

5.8 Políticas contractuales en el ámbito de la atención especializada



Los hospitales y la atención especializada utilizan sistemas contractuales para vincular financiación a compromisos de actividad y calidad; se exponen los contenidos de un contrato de gestión, y resume la historia, situación y perspectiva de la gestión contractual, y se relaciona con los sistemas de financiación y pago a hospitales.

Se gestiona lo que se mide...¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? En primer lugar aquello que se presupuesta o compra; en el mejor de los supuestos actividad.... Vicente Ortún

Autora: M^a Luisa Sánchez Núñez

*Consejería de Sanidad
Principado de Asturias*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Sánchez Núñez ML. Políticas contractuales en el ámbito de la atención especializada [Internet].

Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 5.8. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

En la presente unidad se realiza una revisión de los conceptos de gestión y políticas contractuales en el ámbito de la atención especializada, definiendo previamente su situación, el concepto de contratación y la revisión histórica de los contratos programa y de gestión en los hospitales, analizando las posibilidades y las dificultades de la herramienta en términos de medida de actividad, producto sanitario y costes, y finalmente apuntando alguna de las opciones que permitan una perspectiva integral de contrato por resultados en salud y pago por objetivos.

Introducción

Introducción. Situación de la atención especializada en el SNS

1 Conceptos básicos de política contractual:

1.1 Definición y elementos de un contrato

1.2 Modalidades de gestión de España

1.3 Tipos de contrato en Atención Especializada.

2 Contratos programa y contratos de gestión en atención especializada en el SNS:

2.1 Evolución histórica

2.2 Situación actual

2.3 Contenidos:

a) Actividad

b) Calidad

c) Financiación

3 Posibilidades y limitaciones de la herramienta.

4 Resumen y apuntes para el futuro

ANEXO

Situación de la atención especializada en el SNS:

La atención especializada comprende el segundo nivel de atención sanitaria al que todos los ciudadanos tienen acceso cuando los servicios de atención primaria se han agotado. Es el conjunto de recursos materiales y humanos que se ponen a disposición por parte del sistema de salud, para atender las cuestiones y problemas sanitarios de mayor complejidad.

Quizás esta definición convencional empiece a quedar algo obsoleta; por una parte la mayoría de profesionales de atención primaria son especialistas (medicina familiar y comunitaria, pediatría, y enfermería). Además, la propia atención especializada se expande con la creación de fusiones hospitalarias, se diversifica con hospitales de proximidad o de alta resolución (algunos sin camas), se proyecta

a cuidados domiciliarios o tele-medicina, se reorganiza en unidades terciarias de alta especialización (regional o nacional), y, finalmente, se implica con otros niveles asistenciales en servicios (urgencias) o procesos ("disease management o case management), orientados al paciente.

Con independencia de lo anterior, la atención especializada guarda en España una gran adherencia al contorno del hospital. Y es con éste hospital con el que los financiadores públicos han de establecer acuerdos periódicos para formalizar compromisos que estimulen el trabajo y el esfuerzo, y que movilicen cambios estratégicos desde la perspectiva de las políticas regionales orientadas a la mejora de la salud.

En el Anexo se desarrolla la situación de la atención especializada en el SNS, como contenido complementario para enriquecer y aportar un contexto a los siguientes capítulos sobre gestión contractual.

1. Conceptos básicos de política contractual:

1.1 Definición y elementos de un contrato.

En el tema 5.3 se hacía una introducción general a la gestión contractual en la sanidad; profundizamos en este punto algunos aspectos formales que tienen relevancia en la realización de contratos entre los Servicios de Salud y los Hospitales.

El Diccionario de la RAE define los contratos como: "Pacto o convenio, oral o escrito, mediante entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidos". Es necesario en aquellos ámbitos dónde una parte compra servicios y otra los presta.

El término contrato se utiliza haciendo referencia a cualquier documento que proporcione una especificación cuantificada de los resultados esperados de un servicio de salud, según una financiación y un periodo de tiempo determinado, con unos estándares de calidad definidos previamente.

En el ámbito específico del sector sanitario el contrato-programa o contrato de gestión puede definirse como un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios, que vincula la actividad y calidad asistencial al presupuesto asignado a cada centro.

Pero en función de lo anteriormente expuesto, los acuerdos entre distintas unidades del sector público no deberían de llamarse contratos sino "acuerdos de gestión" o con mayor corrección

"Pacto o convenio, oral o escrito, mediante entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidos"

“especificaciones del rendimiento de los servicios”.

Pero el nombre no debe comprometer la función y el objetivo de la herramienta, ya que es claro que comprador y proveedor delimitan claramente los servicios a prestar, en términos de actividad y calidad asistencial, y el presupuesto asignado al centro de gasto para el cumplimiento de los mismos.

Desde el punto de vista de la legalidad, ya hemos visto que no es posible incluir los “contratos programa/gestión” en el campo de la Ley de Contratos del Sector Público, ya que un principio esencial de la contratación pública es el de publicidad, concurrencia e igualdad de oportunidades, circunstancias que no se dan en este tipo de contratos; asimismo los “firmantes” están predeterminados y falta también el requisito de la obligatoriedad para las partes de lo firmado, y el principio de riesgo y ventura para el contratista. En nuestro caso este principio pasa a ser de ventura sin riesgo (si cumples ganas y si no empatas)

Si estudiamos el Código Civil que se aplica a los contratos excluidos del ámbito de aplicación de la Ley de Contratos del Sector Público, aquí también está presente el carácter obligatorio para las partes de lo establecido en los contratos. El principio de obligatoriedad en el cumplimiento de lo pactado es la esencia de los contratos. El contrato genera derechos y obligaciones. El no cumplimiento supone penalizaciones.

En el ámbito administrativo **el marco legal**, o lo que es lo mismo la formalización de los procedimientos, tiene un peso esencial. Y ello es así ya que, la implantación de los otros dos factores, libertad y responsabilidad, es menor que en otros ámbitos y, por otra parte, el sector que maneja fondos públicos tiene unas obligaciones esenciales como son la transparencia, la publicidad, la concurrencia y la igualdad de oportunidades, que no son exigibles, legalmente, en otros sectores.

Tenemos, por tanto, una característica distintiva en la **función de compras del sector público: la formalización de sus procedimientos**. Que esto sea así no significa ausencia de tensiones motivadas por los posibles intereses distintos del usuario y del financiador, que pueden colisionar bien entre sí, o bien, cualquiera de ellos o ambos, con la formalización del procedimiento.

Es evidente que los procedimientos establecidos por la actual Ley de Contratos del Sector Público (Ley 30/2007 modificada por la Ley 34/2010) son garantistas pero complejos. No obstante una segunda lectura de la Ley en su Título II, sobre racionalización de las técnicas de contratación, permite contemplar posibilidades como la creación de centrales de compra, acuerdos marco y sistemas dinámicos de contratación. Además de lo anterior, también nos ofrecen posibilidades la subasta electrónica, la colaboración público-privada, el dialogo competitivo, a que se refiere la sección quinta del Título I y la tramitación anticipada de expedientes, que ya figuraba en anteriores leyes.

Del articulado de la Ley 30/2007 se desprende que no se cumplen los requisitos para considerar al contrato programa como un tipo de contrato incluido en esa norma. Faltan numerosos requisitos como, a título de ejemplo, la ausencia de capacidad de contratar. Tampoco en el ámbito de la contratación privada tiene cabida el contrato programa, al carecer de un elemento esencial como es la existencia de obligaciones recíprocas entre las partes, tal y como señala el artículo 1.089 del Código Civil. En el contrato programa la noción de obligatoriedad se refiere solamente a una de las partes.

En la mayor parte de los países de nuestro entorno, el problema fundamental en la contratación de servicios sanitarios en el sector público es la falta de definición del producto final de las unidades proveedoras de servicios (distritos, hospitales o centros de atención primaria) a cambio de los fondos asignados.

Sin embargo, independientemente de los problemas que la herramienta pueda tener y que abordaremos más adelante, la contratación pretende introducir mejoras metodológicas de cara a incrementar resultados en salud, eficiencia y responsabilidad financiera. En este sentido, aporta un plus a la planificación y presupuestación al tener mayor potencial en el manejo del rendimiento.

En los últimos años, las políticas contractuales han adquirido importancia, debido al interés suscitado en los países de nuestro entorno, incluido el nuestro, en relación con las reformas que separan compra y provisión de servicios.

1.2 Modalidades de gestión sanitaria en España:

Desde el sistema de gestión más tradicional del extinto INSALUD y las instituciones sanitarias de la antigua red de la Seguridad Social hasta las últimas iniciativas de gestión y provisión privada se han ido introduciendo progresivos márgenes de autonomía de gestión, para ir transfiriendo riesgos al proveedor de servicios.

La búsqueda de esa transferencia de riesgo y con ella de una mayor eficiencia en la producción de servicios, es la razón de los sucesivos intentos de modificación de la gestión.

Podríamos considerar que estas reformas sanitarias comparten los siguientes principios:

- La **división (diferenciación de roles) entre la financiación y la provisión**, donde el Estado mantiene su papel de financiador pero la provisión de los servicios está garantizada por medio de un abanico de proveedores públicos, privados y voluntarios.
- Introducción de **cambios en la financiación a los proveedores**. Los recursos públicos no son asignados por medio de un proceso burocrático, sino distribuidos, por la oferta y demanda de los servicios, al mejor centro sanitario en función de la calidad y precio que oferta.
- Mejora de la posición de los ciudadanos frente a los servicios sanitarios por medio del **aumento de su capacidad de elección**.

Así pues, este modelo organizativo intenta un equilibrio entre los diferentes objetivos prioritarios de la prestación de servicios:

- adecuar la prestación de los servicios ofertados a las necesidades reales observadas
- delimitar el gasto público en salud
- independizar capacidad de pago y nivel de acceso a los servicios asistenciales

Principios reformas en España:

• *División entre financiación y provisión*

• *Cambios en la financiación a los proveedores.*

• *Aumento capacidad elección ciudadano*

- incentivar la eficiencia (empezando por una mejora de los parámetros de productividad).

Por tanto los parámetros que **definirían la función de compra** en el sector sanitario podrían ser:

- El comprador intentará acordar y comprometer aquella actividad necesaria para satisfacer la demanda expresada por la población y también priorizar las necesidades por la propia función de compra.
- Para poder realizar esta tarea, el comprador ha de ser capaz de valorar correctamente la actividad que compra, obteniendo una valoración de la misma que sea objetiva, transparente y homogénea.
- Las variables que explican el valor diferencial entre actividades realizadas en un contexto de la misma productividad y eficiencia son la complejidad de la patología asistida, las características del paciente y la complejidad estructural del centro de provisión

Mientras que **la función de provisión** se definiría por:

- El centro basa su viabilidad económica y social en la voluntad de realizar el mayor volumen de actividad demandada por parte del comprador, al menor coste económico posible.
- En un entorno público donde los proveedores no tienen como objetivo el beneficio privado, cuanto menor sea el coste unitario de actividad, mayor será el rendimiento de la asignación de recursos económicos públicos.
- Las variables que influyen en la mejora de la relación coste-actividad son la productividad y la eficiencia. La productividad de los recursos sería la capacidad de un recurso material o humano de ofrecer su máxima contribución (en tiempo y efecto) al proceso asistencial (ejemplo la anulación de una intervención programada)

merma esta productividad, lo mismo que una avería o el absentismo); la eficiencia (productiva) refiere la cualidad de un proceso bien organizado para producir muchos servicios con los mismos recursos (por ejemplo con un buen sistema de citas, una buena delegación en la enfermería, o eliminando duplicaciones que no añaden valor).

- Estas dos variables, productividad y eficiencia productiva, serán las responsables de la diferencia de costes unitarios entre diferentes establecimientos que realicen el mismo tipo de actividad y sean estructuralmente similares

Las propuestas gerencialistas y de cuasimercados tienen su primera plasmación política en el Informe Abril (1991), que propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y configurar a los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el Derecho Privado y fuera, por tanto, del ámbito del Derecho Administrativo.

Desde entonces, los distintos responsables políticos, tanto del antiguo INSALUD como de otros Servicios Regionales de Salud (SRS) con transferencias, han desarrollado estas estrategias mediante diversas políticas combinadas que pueden agruparse básicamente en las tres mencionadas anteriormente:

- la aplicación de instrumentos gerenciales (sistemas de información sobre actividad y costes, gestión clínica, incentivos monetarios, planes estratégicos a nivel corporativo y de centros, etc.) articulados en torno a los contratos-programa o contratos de gestión en las burocracias públicas del antiguo INSALUD y otros SRS
- la personificación jurídica de algunos centros sanitarios
- la gestión indirecta con proveedores lucrativos o no lucrativos, lo que ha significado en el Sistema Nacional de Salud una auténtica eclosión de formas jurídico organizativas diferentes de las burocracias públicas tradicionales, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas.

Así, en el ámbito de la atención especializada existen múltiples fórmulas de gestión tanto directa como indirecta de la misma.

La **gestión directa** implica la producción del servicio directamente por la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta (ej.: ente público, empresa pública o fundación...). Por el contrario, la **gestión indirecta** se caracteriza porque la producción del servicio es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración Pública la provisión del servicio público mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos las normas de contratación: convenio, concierto, concesión o arrendamiento. En el tema 5.4 se desarrolla por parte de José Martín ampliamente el tema de las formas institucionales de gestión de los centros sanitarios. En el punto siguiente desarrollamos estos conceptos en una tipología de contratos del financiador con los distintos tipos de servicios sanitarios.

1.3 Tipos de contrato en Atención Especializada:

En un intento de efectuar una clasificación de los contratos utilizados en la provisión de servicios hospitalarios, se podrían diferenciar:

a) Por el objeto del contrato: Separación vs Integración.

El objeto del contrato suele ser la actividad clínica que proveen los centros tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada. El objeto del contrato puede realizarse desde la concepción de la separación de niveles asistenciales (primaria vs especializada), o confluir progresivamente hacia una integración de proveedores, que puede suponer desde la unidad en la forma jurídica (fusiones o absorciones con el fin de constituir una organización con personalidad jurídica propia) hasta la incorporación virtual, a través de acuerdos, pactos o programas integrados. El fin último es conseguir la unidad clínica, que suele llevar aparejada la necesidad de definir organización, funciones y responsabilidades en los profesionales.

b) Según la fórmula de gestión:

- **Gestión directa:**

Contratos programa/gestión.

- **Gestión indirecta:**

Concierto. Es un contrato administrativo mediante el cual se realiza la prestación de servicios empleando medios ajenos a los de la administración sanitaria. Las partes son, establecimiento sanitario (privado o público) y el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y por el mismo se determinan, bajo ciertas condiciones, las características y las tarifas de cada uno de los servicios sanitarios concertados. Cabría decir que el centro concertado cumple una función complementaria al hospital público, que es el que cubre el grueso de las necesidades de una población.

Convenio singular. Mediante éste se somete al hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto en los aspectos relacionados con la titularidad del centro y la relación laboral con el personal. En este caso, se entendería que el hospital privado asume un papel substitutorio para la población asignada. Corresponde a lo que la Ley General de Sanidad llamaba centros vinculados, y muchas redes de centros privados de utilización pública han buscado este tipo de convenios que da mayor estabilidad a su función.

Consortio. Es un modelo de gestión por medio de empresa pública sometida al derecho privado. Existe la posibilidad de contratación a Entidades de Base Asociativa (EBAs), constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios y que estén acreditados y gocen de personalidad jurídica propia. Pueden ser Sociedad Anónima, Sociedad Limitada, Sociedad Laboral o Corporativa. Estas asociaciones de profesionales pueden contratar con el financiador público la Atención Primaria de un sector de la población y también la prescripción farmacéutica y comprar determinadas actividades de Atención Especializada (ejemplo, la EBA de Vic).

Concesión administrativa. Se realiza una adjudicación en régimen de concesión administrativa de la asistencia sanitaria primaria y/o especializada de una zona determinada. Ejemplo, el Servicio Valenciano de Salud realiza una concesión administrativa para la Comarca de la Ribera (Alzira). En este caso, se otorga la concesión administrativa a una UTE mediante un modelo de financiación per cápita.

Colaboración o Partenariado Público/Privado: PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP (PPP) :

Esta figura permite fórmulas innovadoras de financiación y construcción privada (Private Finance Initiative) que permiten la participación pública y privada (PPP) en la construcción y explotación de infraestructuras. Regulada por la Ley 13/2003 resulta aplicable a contratos que tienen por objeto la construcción de obra pública (hospitales). En la siguiente tabla están recopilados los diferentes modelos de este tipo de gestión

Gestión directa:

- *Contratos programa/gestión*

Gestión indirecta:

- *Concierto...*

- *Convenio singular...*

- *Consortio. (Vic).*

- *Concesión administrativa...*

- *Public-private partnership (PPP)*

Modelo	Responsabilidad del sector privado	Responsabilidad del sector público
Franquicia Gestión privada de un hospital público	Gestión del hospital público bajo contrato con fondos públicos proporcionando servicios tanto clínicos como no clínicos. También puede poner <i>staff</i>	La autoridad pública contrata a una compañía privada para gestionar un hospital público ya existente. Paga y regula los servicios
Conversión (Australia)	Gestión del hospital. Compra el hospital y continúa trabajando como hospital público bajo contrato	La autoridad pública vende un hospital público a un ente privado
Colocación Ala privada dentro o al lado de un hospital público (Australia, Alemania)	Gestión del sector privado para pacientes privados	Gestión del hospital público para los pacientes públicos y contrata con el ala privada para compartir costes, <i>staff</i> y tecnología
DBFO (<i>design, build, finance, operate</i>) (U.K)	Un consorcio o UTE privado diseña el hospital basado en especificaciones públicas. Construye el hospital, financia el coste y gestiona el hospital proporcionando servicios clínicos, no clínicos o ambos	La autoridad pública saca un concurso con requerimientos específicos La autoridad pública paga posteriormente el capital a largo plazo
BOO (<i>build, own, operate</i>) (Australia)	Construye el hospital Gestiona el hospital Es propietario del hospital	La autoridad pública compra servicios por un periodo fijo de tiempo (30 años), después del cual la propiedad pasa al sector privado
BOOT (Transacción) (<i>build, own, operate, transfer</i>) (Australia)	Construye el hospital Es propietario del hospital por un tiempo y luego revierte la propiedad al sector público Gestiona el hospital	La autoridad pública compra servicios por un periodo fijo de tiempo, después del cual la propiedad revierte al sector público
BOLB (<i>leasing</i>) (<i>buy, own, leaseback</i>) (Australia)	Construye el hospital y lo financia. Es propietario y luego lo cede en <i>leasing</i> al sector público	Compra el hospital en <i>Leasing</i> Gestiona el hospital
BOOA (<i>build, operate, own, agreement</i>) (Modelo Alzira)	Construye el hospital Es propietario del hospital Gestiona el hospital (pago capitativo)	La autoridad pública realiza un contrato con el sector privado para proporcionar cuidados de salud integrales a una población definida mediante pago capitativo
Conversión con venta de un hospital público para uso alternativo	Compra el hospital y lo convierte para uso alternativo	Monitoriza la conversión para asegurar las obligaciones del contrato
Outsourcing de servicios de soporte no clínicos	Proporciona servicios NO-Clínicos, limpieza, catering, seguridad, PKG, mantenimiento) aportando personal propio para ello	Proporciona servicios clínicos y el <i>staff</i> Gestiona el hospital
Outsourcing de servicios clínicos de soporte	Proporciona servicios clínicos de soporte como Radiología o Laboratorio	Gestiona el hospital y proporciona los servicios clínicos especializados
Outsourcing de servicios clínicos especializados	Servicios clínicos especializados (ejemplo Litotricia) o rutinarios (extracción de cataratas)	Gestiona el hospital y proporciona la mayoría de los servicios clínicos

2. Contratos programa y contratos de gestión en atención especializada en el SNS:

2.1 Evolución histórica:

En nuestro país, la primera reforma tuvo lugar al inicio de la década de los noventa, en el año 1991, con el llamado Informe Abril, que definía entre las carencias del sistema nacional de salud, y establecía algunas recomendaciones que a día de hoy siguen plenamente vigentes, una de las recomendaciones que efectuaba era la separación de las funciones de autoridad sanitaria, compra de servicios y provisión, que en el SNS se podrían definir como:

- **La función de autoridad (financiación)** recaía en el Ministerio de Sanidad y actualmente en las comunidades autónomas desde que poseen las transferencias en materia de sanidad. A ellos les corresponderían los aspectos de elaborar el Plan de Salud que oriente todas las acciones sanitarias, determine las prestaciones en función de las prioridades establecidas por el Plan y las disponibilidades financieras y estableciera los recursos económicos para hacer efectivas las prestaciones de una forma equitativa a toda la población.
- **La función de aseguramiento (compra)** recae en los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas. Sus actividades más importantes serían las de adecuar la oferta de servicios a las necesidades de cada territorio, establecer los criterios de distribución territorial de presupuestos y objetivos y establecer la política de compra de prestaciones sanitarias con los centros proveedores, o de las prestaciones complementarias (transporte sanitario, prótesis, etc.).
- Por último, la **función de provisión** recae en los centros sanitarios con la responsabilidad de ofertar unos servicios de calidad a la población, accesibles y satisfactorios; estos centros deben estar dotados de la autonomía e incentivos suficientes para cumplir los objetivos dentro del presupuesto asignado.

*Informe
Abril, 1991:*

- *función de autoridad (financiación), ministerio*
- *función de aseguramiento (compra), SRS*
- *función de provisión (hospital)*

CONTRATO PROGRAMA

Autoridad sanitaria



Estas recomendaciones fueron la base que permitió la formulación en el año 1993 de un contrato-programa marco entre el Ministerio de Sanidad y la Dirección General del INSALUD, con el compromiso por parte del INSALUD de negociar con los responsables de la gestión de los Centros Asistenciales de Atención Primaria y de Especializada.

2.2 Situación actual

SRS (Servicio regional de salud)

.....

CONTRATO DE GESTIÓN

Conceptualmente, el Contrato programa/gestión, se puede definir como un instrumento de relación entre la entidad financiadora con los centros sanitarios públicos que vincula la actividad con el presupuesto asignado a cada centro. Es una herramienta que permite descentralizar obligaciones y objetivos, definidos previamente a cada hospital, impulsa la autonomía y descentralización en la gestión y estimula la eficiencia y el cumplimiento presupuestario.

SRS (Servicio regional de salud)



No son exclusivos del ámbito sanitario, es frecuente encontrar contratos programa en sectores como el educativo (universidades), servicios sociales o empresas (RENFE).

Hospitales

Aunque en nuestro SNS el término contrato programa vs contrato de gestión se utiliza indistintamente, en la mayor parte de las comunidades autónomas, se debería aplicar el término **contrato programa** al establecido entre la función de autoridad (financiación y compra) establecida en la mayoría de nuestras comunidades en las Consejerías de sanidad o salud, y la función de provisión, que realizan los Servicios Regionales de Salud (SRS).

En cambio, el término **contrato de gestión**, se debería aplicar en aquellos acuerdos establecidos entre los SRS y los centros de gasto de atención especializada.

Si hacemos un recorrido por los distintos servicios regionales de salud nos encontramos con diferentes modelos de contratos, que van desde los **contratos o acuerdos marco** que se establecen entre las consejerías de salud (función de autoridad) y los

servicios regionales (función provisor), en el que con carácter anual o plurianual se definen las líneas de actuación prioritarias para esa comunidad autónoma en materia de política sanitaria (planes y programas de salud), y el marco presupuestario que esa comunidad autónoma asigna a la provisión de servicios sanitarios, a los establecidos en la mayoría de los servicios regionales de salud (SRS), dónde la relación contractual se establece entre la **gerencia del SRS y las distintas gerencias de atención especializada** un contrato programa o contrato de gestión, con una estructura similar, aunque con importante variación en el detalle de objetivos e indicadores, que salvo alguna modificación se ajusta a la siguiente:

- **Preámbulo**: se fijan las líneas estratégicas de la conserjería o servicios de salud correspondiente, el marco legal y las partes firmantes del acuerdo.
- **Periodo de vigencia del contrato**: anual o plurianual
- **Objetivos**:
 - Estructura:
 - Dotación instalada y en funcionamiento
 - Dotación en funcionamiento
 - Personal
 - Actividad y/ o funcionamiento de servicios:
 - Actividad asistencial en régimen de internado
 - Actividad asistencial en área de consultas
 - Actividad diagnóstica
 - Actividad quirúrgica
 - Actividad obstétrica
 - Actividad en área de urgencias

- Otros datos de actividad asistencial
- Calidad (algunos ejemplos):
 - Accesibilidad
 - Seguridad del paciente (morbilidad / mortalidad intrahospitalaria y circunstancias adversas referidas a la utilización Hospitalaria)
 - Indicadores clínicos y normas de calidad de los procesos asistenciales
 - Orientación al ciudadano y medida de la satisfacción
 - Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos
 - Continuidad asistencial
 - Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos.
- Económicos-financieros.
 - Gastos y compras
 - Ingresos
 - Gastos en inversiones
- **Seguimiento y monitorización de indicadores.** Generalmente existe una comisión de seguimiento del contrato o acuerdo definida.
- **Evaluación:** sistema y criterios
- **Nuevas acciones**
- **Incentivos**

Estructura de los contratos:

- **Preámbulo**
- **Periodo de vigencia del contrato**
- **Objetivos**
- **Seguimiento y monitorización de indicadores**
- **Evaluación**
- **Nuevas acciones**
- **Incentivos**

La siguiente tabla muestra, a modo de ejemplo, un contrato programa clásico de un hospital, en el que se explicita la actividad y la financiación:

Contrato Programa : Hospital xxx (hospital terciario)					
	Actividad	Actividad	Importe	Importe	% Variación
		C.P. 2008	2009	2008	Importe
Nº TOTAL ALTAS	49.662	49.519	246.844.379	218.830.763	12,80%
TOTAL PESOS	80.928,3298	80.238,9836			
PESO MEDIO TOTAL	1,6296	1,6204			
ALTAS GRD MÉDICOS	25.739	26.010			
PESOS GRD MÉDICOS	32.119,8688	31.760,0156			
Peso Medio GRD MÉDICOS	1,2479	1,2211			
ALTAS GRD QUIRÚRGICOS	23.433	22.940			
PESOS GRD QUIRÚRGICOS	48.194,8461	47.724,6261			
Peso Medio GRD QUIRÚRGICOS	2,0567	2,0804			
ALTAS PSIQUIATRÍA	490	569			
PESOS PSIQUIATRÍA	613,6149	754,3419			
Peso Medio Psiquiatría	1,2523	1,3257			
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS	864.115	860.660	60.796.603	54.395.252	11,77%
CONSULTAS HOSPITALARIAS	425.615	418.460			
Primeras Hospitalarias	81.410	77.378			
Sucesivas Hospitalarias	316.521	305.560			
Consultas de Alta Resolución Primeras	10.663	14.897			
Consultas de Alta Resolución Sucesivas	17.021	20.625			
CONSULTAS EXTRAHOSPITALARIAS	438.500	442.200			
Primeras Extrahospitalarias	164.490	194.036			

· Sucesivas Extrahospitalarias	274.010	248.164			
· INTERVENCIONES CIRUGÍA MENOR	10.429	8.470	1.355.770	1.016.400	33,39%
·					
· TOTAL URGENCIAS NO INGRESADAS			22.495.850	20.956.800	7,34%
· URGENCIAS NO INGRESADAS	173.045	174.640			
·					
· PROG. ESPECIALES DIFERENCIADOS			35.161.924	34.656.363	1,46%
· Diálisis Peritoneal	337	316			
· Hemodiálisis (sesiones)	13.483	12.703			
· Hospitalización a Domicilio	1.103	817			
· Screening Cáncer de Mama (Mamografías)	23.388	16.329			
· HOSPITAL DE DIA	57.076	58.685			
· Extracción de órganos	26	33			
· Prótesis Cirugía Parkinson	39,5	38,5			
· Desfibriladores	50	39			
· Radioterapia	26.351	26.145			
· Metabolopatías	6.759	7.094			
· Resonancias (Exploraciones)	7.145	7.552			
· Estereotaxia de mama	299	314			
· RNM Osatek simples	10.515	10.067			
· RNM Osatek dobles	2.169	1.952			
· RNM Osatek triples	541	412			
· RNM Osatek Plus Complejidad	1.786	1.863			
· RNM Osatek Plus Contraste	2.597	2.776			
·					
· PROG. ESPECIALES BLOQUE			42.596.139	36.868.824	15,53%
· TOTAL FARMACIA AMBULATORIA			26.971.511	22.211.096	
· MATERIAL SANITARIO AMBULATORIO			602.622	596.157	
· APOYO ATENCIÓN PRIMARIA			5.851.563	5.463.404	
· APOYO OTROS CENTROS			1.235.108	1.109.158	
· MEDICINA NUCLEAR			2.790.156	2.528.688	
· REHABILITACIÓN			3.087.260	3.087.260	
· REPRODUCCIÓN HUMANA			1.121.462	1.112.484	
· APOYO SERVICIOS CONCERTADOS DECRETO NORMALIZACIÓN USO DEL EUSKERA			441.583 494.874	433.750 326.827	
·					
· COMPROMISOS DE CALIDAD CERTIFICACIONES Y EVALUACIONES EN CALIDAD			2.603.733	2.581.114 35.000	0,88%
· INVESTIGACIÓN			765.521	617.256	24,02%
· DOCENCIA			735.575	646.723	13,74%
·					
· TOTAL CONTRATO			413.355.493	370.604.495	11,54%

Con carácter general, las gerencias de atención especializada, descentralizaba a nivel de servicio los objetivos del centro pactando con los responsables de los mismos el cumplimiento de los objetivos.

Algunas CCAA han optado en los últimos años por un contrato integrado (primaria y especializada) al apostar por la gestión integrada de sus áreas sanitarias, ej.: Aragón, Extremadura, Comunidad Valenciana...Otras han dado un paso más allá, introduciendo este tipo de herramienta para monitorizar el cumplimiento de los objetivos de las distintas áreas o unidades de gestión clínica, ej. : Principado de Asturias, Andalucía, Cataluña...

2.3 Contenidos:

Si tuviéramos que definir de forma ideal los objetivos contenidos en un contrato programa/ gestión, se deberían **formular** atendiendo a las necesidad de salud establecidas en los correspondientes planes y programas de salud y **medir** posteriormente su efectividad en términos de resultado.

Sin embargo, la indefinición de producto hospitalario, unido a la escasez de herramientas que posibiliten una medida real tanto en términos de producción asistencial como de costes hace que, tradicionalmente, los objetivos establecidos para formalizar la relación contractual comprador-provisor se establezcan en términos de actividad (¿ que tengo que hacer?), calidad (¿ cómo lo tengo que hacer?) y financiación (¿ qué me dan para hacerlo?) y con estas mimbres, los contratos programa/gestión han ido evolucionando como antes se expuso. Así, en la década Insalud, los indicadores iniciales se referían prácticamente a producción asistencial, posteriormente fueron ampliándose en número e incluyendo dimensiones en los objetivos de calidad y resultado, todo ello unido a la definición e implantación progresiva de indicadores de gestión con el fin de incentivar la eficiencia, que se fueron desarrollando, a medida que evolucionaban y mejoraban los sistemas de información que ,permitían a través de los oportunos cuadernos de mando, la monitorización, seguimiento y, evaluación del cumplimiento de los mismos.

Dimensiones incorporadas en los Contratos Programa / Contratos de Gestión

Durante esta década la herramienta tal y como se ha podido demostrar (Ventura y Rodríguez) fue efectiva, ya que existe

evidencia de un incremento notable de la eficiencia durante los años de su implantación así como, la calidad de los servicios en la

1993	1994/5/6	1997	1998-2001
<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de servicios sanitarios • Urgencias-Gestión • Mejora de calidad • Financiación 	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión Servicios • Organización • Calidad • Financiación • Descentralización gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Principios institucionales • Objetivos y programas asistenciales • Organización asistencial • Financiación • Participación e incentivación • Formación continuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Oferta asistencial • Financiación • Objetivos y calidad Asistencial • Calidad • Coordinación primaria-especializada • Participación profesionales • Contratos gestión asistencial • Incentivación • Formación continuada • Incapacidad temporal

atención centrada en nuestros centros, a través de la implantación y monitorización de los objetivos de calidad asistencial.

Actividad:

Entre los **objetivos clásicos de actividad** que actualmente se incluyen en los contratos, destacan los datos de estructura (ej.: camas instaladas, quirófanos, locales de consulta o equipos de alta tecnología), de actividad: ej.: altas, ingresos, estancias, nº de consultas (primeras y sucesivas), nº intervenciones quirúrgicas (con ingreso y ambulatorias), nº urgencias atendidas, nº de partos, tratamientos en hospital de día o sesiones de hemodiálisis, o el número de exploraciones diagnosticas (ecografías, TAC o RNM).

Por otra parte, siempre se incluyen indicadores de funcionamiento o rendimiento, como la estancia media, el índice de ocupación o rotación, el número de cirugía por día de quirófano hábil, o la relación entre el número de consultas primeras y sucesivas. Estos indicadores, establecidos con carácter general para el común de los hospitales del conjunto del SNS permiten la comparación entre ellos y determinar la capacidad y el funcionamiento del hospital en base a la comparación con una cifra determinada establecida para el estándar de hospital de esas características.

Actividad:

- altas
- ingresos
- estancia media
- nº intervenciones
- nº ecografías, etc...

La determinación del comportamiento estándar de un hospital se determina en base a los datos proporcionados por el CMBD. Los hospitales nacionales registran desde principios de los años 1990, por normativa ministerial, el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de cada paciente atendido en cada hospital del país, especialmente los de carácter público. En los últimos años, además de los episodios de ingreso hospitalario convencional, se registran también los episodios de Cirugía sin Ingreso y, más recientemente, los de Hospital de Día.

El CMBD contiene información muy valiosa para conocer la realidad sanitaria de una población, ya que además de recoger los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), registra el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones que presenta el paciente durante el ingreso (diagnósticos secundarios), algunas técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas, sobretodo de tipo quirúrgico, que han sido utilizadas para tratar al paciente (los procedimientos). Finalmente, en el CMBD consta la fecha de ingreso y de alta del paciente, así como su circunstancia de ingreso (urgente, programada) y la circunstancia de alta del paciente (alta a su domicilio, defunción, traslado a otro hospital, etc....).

Los diagnósticos y los procedimientos recogidos se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su modificación clínica (CIE-9-MC). Esta codificación es la que permite en última instancia agrupar los distintos episodios asistenciales atendidos por un hospital en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

Calidad:

Respecto a los objetivos de calidad, tal y cómo se señalaba en el apartado correspondiente a la situación actual de los contratos en el SNS, la tendencia en los últimos años, ha sido diversificar y multiplicar los indicadores de calidad asistencial y rendimiento de servicios, de tal forma que, a día de hoy, podemos hablar de la existencia de una auténtica torre de Babel en materia de indicadores de calidad, lo que impide la comparación y el benchmarking, no sólo a nivel de comunidad autónoma si no en algunas comunidades, entre hospitales del mismo SRS.

*Calidad, SECA:
Enf. Crónicas
relevantes
Cuidados enfer-
mería
Satisfacción o
calidad perci-
bida
etc.*

Con el fin de intentar solucionar el problema la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial), ha impulsado recientemente un proyecto mediante el que se pretendía definir la cartera de servicio, funciones y competencias de una unidad de calidad hospitalaria, a la vez que establecer un sistema básico de indicadores y un repositorio que permita obtener estándares y realizar labores de benchmarking en el conjunto del SNS.

Para ello se efectuó una revisión de las principales propuestas de indicadores a nivel nacional e internacional, así como de los indicadores de calidad que aparecen en los Contratos de Gestión 2010 de los Servicios Regionales de Salud elaborándose un listado de indicadores que cumplieran las condiciones previstas, y que pueden servir de base para que las distintas CCAA establezcan un sistema común de indicadores que cumplan la premisa de ser homogéneos y comparables.

A continuación se muestran los principales resultados de la revisión de los Contratos de Gestión de 2010 realizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial:

- % de Contratos de Gestión con indicadores de calidad coincidentes en **enfermedades crónicas** relevantes:

- EPOC: hay indicadores en 3 C.G. No hay coincidencias.
- Diabetes: solo hay indicadores en 1 C.G.
- Cáncer: hay indicadores en 7 C.G., coincidencia en 1 indicador de cáncer colo-rectal en 2 C.G.

- % de Contratos de Gestión con indicadores de calidad coincidentes en aspectos relevantes de **cuidados de enfermería**:

- UPP (Ulceras por presión): hay indicadores en 9 C.G., coincidencia 1 indicador en 3 C.G.
- Caídas: hay indicadores en 8 C.G., coincidencia 1 indicador en 2 C.G.

- Valoración del dolor: hay indicadores en 4 C.G., no hay coincidencias
- Continuidad de cuidados: hay indicadores en 3 C.G., coincidencia 1 indicador en 2 C.G.

- % de Contratos de Gestión que incluyen indicadores de **satisfacción ó calidad percibida**: hay indicadores en 7 C.G. (53,8%)

Este proyecto inicialmente incluye las dimensiones de la calidad relativas a efectividad, seguridad y accesibilidad, excluyendo eficiencia, satisfacción del paciente y calidad hostelera. Para efectuar la batería se realizó una revisión de las principales propuestas de indicadores a nivel Internacional y nacional:

Internacional:

- Indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ Quality Indicators)
- Indicadores de la OCDE
- Proyecto Performance Assessment Framework for Hospitales (PATH) de la OMS
- International Quality Indicator Project
- Indicadores de Salud de la Comisión Europea ECHI – 2

Nacional:

- Indicadores clave del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Planes de Salud de las Comunidades Autónomas
- Estrategias en Salud del SNS
- Estrategia en Seguridad del Paciente del SNS
- Guías de Práctica Clínica
- Indicadores de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente

- Sociedades Científicas: SEMES, SEGO
- IASIST

La propuesta final de indicadores que elaboran los grupos de trabajo se hace en función de

- **Relevancia:**

¿La mejora en este indicador supone una mejora clínica relevante para los pacientes?

- **Atribución** al hospital

¿Los resultados que mide el indicador son atribuibles de forma sustancial al hospital cuya calidad se pretende valorar?

- **Aceptabilidad**

A quienes tienen que usar el indicador les parecerá válido porque si el indicador cambia, se deberá a cambios en la calidad asistencial y si hay cambios en la calidad asistencial, cambia el indicador.

- **Factibilidad**

¿Las fuentes de información para la medición del indicador ya existen o, el coste/esfuerzo de su recogida es menor que la información proporcionada por el mismo?

Este proyecto puede ser la base para poder obtener, para el conjunto del SNS un panel de indicadores basados en la evidencia, homogéneos y comparables de calidad asistencial que se puedan incluir en el conjunto de los contratos del sistema.

Financiación.

Respecto a **la financiación hospitalaria**, ya hemos señalado que el principal problema con que nos encontramos a la hora de abordar la fórmula de financiación de nuestros hospitales es la indefinición del producto hospitalario.

Desde hace más de dos décadas los distintos sistemas sanitarios del entorno OCDE trabajan por identificar alguna fórmula que permita pagar a nuestros hospitales en función del coste efectivo de los servicios.

Si hacemos una breve revisión de los sistemas de pago que ha habido hasta la fecha podemos diferenciar inicialmente:

- **Financiación prospectiva:** Se pacta previamente la actividad a realizar y se fija de antemano el presupuesto, así el riesgo lo asume el proveedor del servicio, es decir, el hospital.
- **Financiación retrospectiva:** Se paga a posteriori, al proveedor todos los costes en que ha incurrido por actividad. Asume pues, aquí el riesgo el financiador.

En una escala de 0% a 100 % de riesgo para el hospital, el pago por acto sería el mínimo, seguido por el pago por estancia o por ingreso, situándose en últimos términos el pago capitolativo o el presupuesto global cerrado.

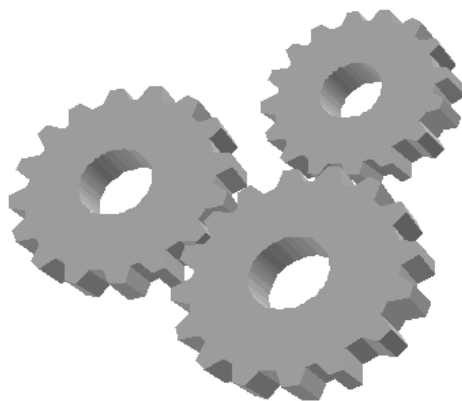
Modificada por Otún, López_Casanovas de Rf. Averill et al. Health Information System Research Report, 2; 9-99.

*Financiación:
- Prospectiva
- Retrospectiva*

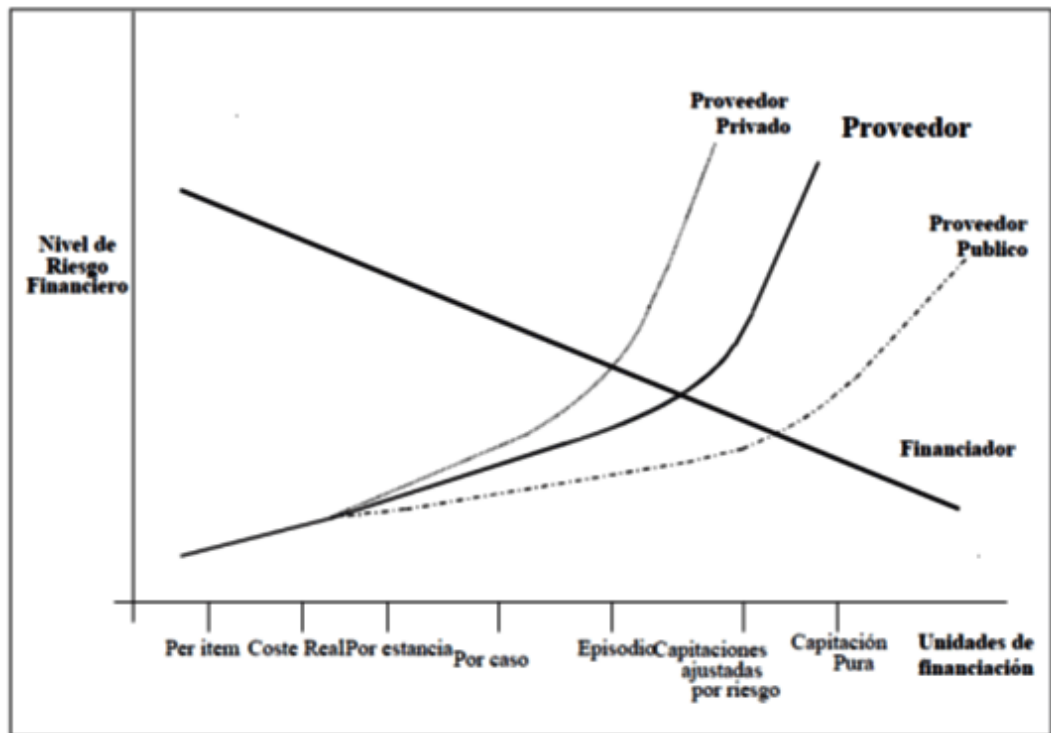
Contenido:

Actividad

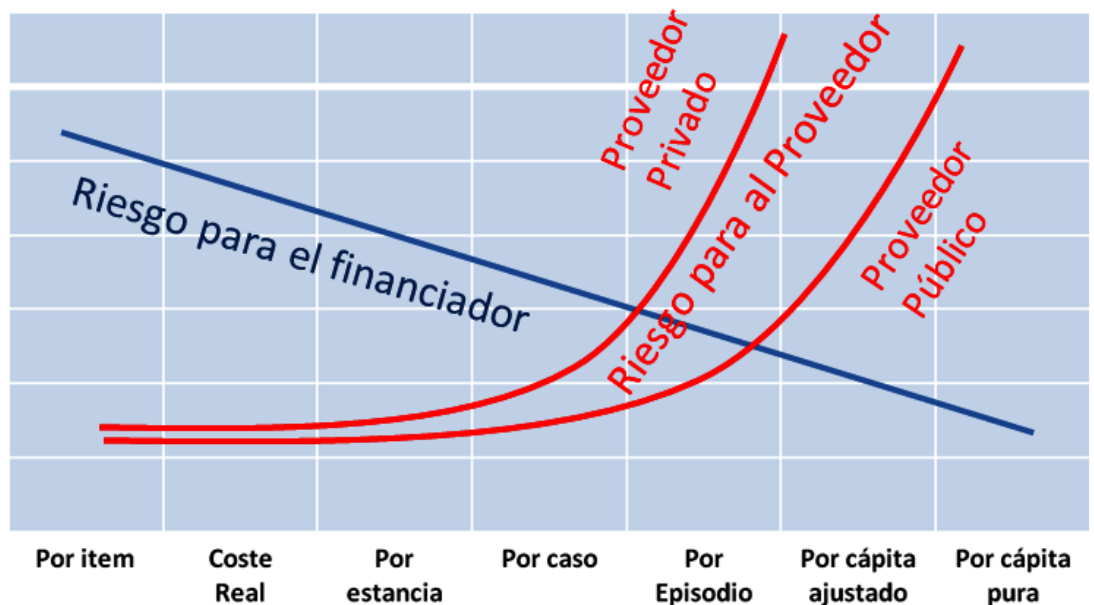
Calidad



Financiación



Es evidente, que la fórmula de financiación induce la fórmula de producción, el pago por acto induce sobre-utilización de servicios (a más actividad, mayor facturación) y el pago caputivo puro o el presupuesto global cerrado, a infrautilización de servicios



y selección adversa (minimizar costes y evitar atenciones complejas, que generan mayores costes).

Se señalan a continuación algunas alternativas a los presupuestos globales:

- Financiación Basada en la Actividad (FBA): la remuneración se adjudica en función del volumen de servicios prestados y de las características de los pacientes atendidos. Requiere dos actuaciones: el desarrollo de un sistema de clasificación de pacientes por grupos que relacione el tipo de paciente y los recursos consumidos; y la asignación de un importe a cada uno de estos grupos. Esta opción supone un fuerte incentivo a la eficiencia de la gestión, puesto que los centros se reservan los posibles excedentes del financiamiento sobre el coste real.
- Modelo mixto, Presupuestos Globales-FBA: este modelo permite equilibrar las fallas de cada método, puesto que la FBA tiende a aumentar el gasto hospitalario mientras que los presupuestos globales lo contienen.
- Financiación basada en población (capitación): esta aproximación se sirve de características de población (edad, género, condición socio-económica, etc.) para determinar la suma que cada provincia asigna a sus regiones sanitarias. El gobierno regional decidirá la distribución de estos recursos entre sus centros hospitalarios utilizando los criterios que considere más oportunos. Es un modelo que precisa definir claramente los ajustes por riesgos, un proceso efectivo de integración vertical (primaria-especializada), descentralización de la gestión y un sistema de información transparente.
- Financiación basada en episodios: modelo muy similar al FBA, solo que en este caso la asignación se extiende del caso hospitalario al conjunto del proceso asistencial (de la pre-admisión a los cuidados tras el alta de agudos, contemplando el pago a los médicos implicados). A pesar de ofrecer unas condiciones óptimas, la implementación de este modelo exige un sistema de salud altamente estructurado y queda condicionado por la regulación sobre la materia de cada provincia.
- Pay-for-Performance (P4P): como complemento a cualquiera de los modelos presentados, el P4P busca recompensar a aquellos hospitales que han demostrado una gestión

*Alternativas de
Financiación:
Financiación
Basada en la
Actividad (FBA)
Modelo mixto,
Globales-FBA
Financiación
basada en po-
blación (capita-
ción)
Financiación
basada en epi-
sodios
Pay-for-Perfor-
mance (P4P)*

adecuada y una asistencia de alta calidad. Estos *bonus* se adjudican a los centros que consiguen buenos resultados en indicadores como la tasa de mortalidad, la de readmisiones no planeadas o la de infecciones adquiridas en el hospital. Se está introduciendo con fuerza en los sistemas sanitarios de países desarrollados, tanto en los que se basan en el mercado y pago por acto, como en los sistemas públicos con pago por capitación o salario. Aunque presentan limitaciones (no consideran sobreutilización, afectación de equidad, escasa validez de algunos indicadores, o abordaje de la calidad cómo un problema individual, entre otros) parecen ser una herramienta de futuro, pues son plásticos en incentivos, cantidades, indicadores y criterios, pudiendo ser útiles al SNS en aquellos aspectos no abordables por los actuales indicadores, como resultados, desigualdades, incidir en aquellos programas más coste-efectivos, y aplicarse en un entorno de incentivación no exclusivamente económica.

Sin embargo, en muchos lugares incluidos la mayor parte de los hospitales de nuestro país, se siguen aplicando **financiación prospectiva** aplicando los ajustes por casuística, en un intento de unir medida de actividad, producto hospitalario y financiación. No obstante, no debemos dejarnos llevar por una apariencia de financiación prospectiva; en la práctica los déficits de los centros sanitarios públicos revierten al financiador, y por ello una modalidad de presupuestación ex ante, puede en la práctica parecerse a una financiación retrospectiva tras la inevitable operación de salvamento. Por esta misma razón la presupuestación de base histórica es injusta, pues consolida todas las acciones de rescate anteriores.

En relación con la medición de la actividad las primeras unidades de medida utilizadas fueron la Unidad Básica de Actividad (UBA) y posteriormente la Unidad Ponderada de Actividad (UPA) tenían grandes deficiencias, aunque supusieron un avance en la homogeneización de la medición del producto hospitalario. Actualmente, la codificación de todas las altas hospitalarias permiten aplicar una técnica de medición del producto hospitalario más precisa, agrupando las mismas en el sistema de GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO, comúnmente conocidos por GRD, cuya característica fundamental es que la agrupación de los procesos se basa en los consumos de los recursos empleados

en cada enfermo (al alta hospitalaria) expresados en pesos relativos, a los que se añaden un conjunto de parámetros.

Aunque se desarrollan en otros temas, conviene recordar aquí que los GRD son un Sistema de clasificación de pacientes (SCP) diseñado para hospitalización de agudos en el que los episodios asistenciales de una misma clase presentan cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo esperado de recursos similar. Cada clase o grupo lleva asociado un Peso Relativo (PR) como expresión del coste relativo de dicho grupo en relación al episodio promedio en hospitalización de agudos. El sentido clínico de las categorías resultantes, junto con sus propiedades iso-consumo, han convertido a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en el SCP más utilizado universalmente para valorar la producción de un hospital. Actualmente, son ampliamente utilizados en muchos países como base de la categorización del producto hospitalario a efectos de gestión, planificación y financiación.

Utilidad de los GRD

- El sistema de los GRD presenta a su favor la facilidad de manejo, por cuanto responde a un número limitado de casos con una información relativamente fácil de obtener.
- Permite definir el producto que suministran los hospitales en función de su contenido, es decir, el conjunto de servicios que recibe cada paciente.
- Permite relacionar dichos servicios con los recursos que implican. El consumo de recursos es muy variable entre unos médicos y otros.
- Al definir los productos del hospital, permiten medir la eficiencia con la que se utilizan los recursos.

Limitaciones de los GRD

- Escaso número de categorías que abarca. No engloba a todos los pacientes, especialmente a aquellos con enfermedades menos ortodoxas, más complejas o más graves.
- Por otro lado, la clasificación de los GRD se ha realizado

Usos GRDs:

- *Fácil manejo*
- *Definen producto*
- *Relacionan servicios y recursos*
- *Miden eficiencia*

Limitaciones GRDs:

- *Escaso nº categorías*
- *Limitan autonomía profesional*
- *Falta definir isoconsumo ambulatorio*

sobre la base de las prácticas médicas conocidas y preestablecidas. Se aceptan como procedimientos estandarizados y prestaciones de servicios los que ya existen. Esto puede llegar a limitar la autonomía del médico para adoptar soluciones distintas y obligarle a actuar dentro de los parámetros fijados.

- Falta por definir el isoconsumo en la atención ambulatoria.

En un intento de avanzar en las fórmulas de financiación **otros países han optado por otras modalidades de pago:**

PpR (Pago por Resultados):

La reforma del sistema de financiación hospitalaria es la respuesta británica a los pasos que se han dado en esta área en EEUU, Australia, y algunos países europeos. El NHS británico está implementando la financiación en base al case-mix, un sistema de pago que se determina en función de lo que los hospitales realmente hacen. Las diferencias clave respecto a previos sistemas de contratación radican en que: las tarifas se establecen a nivel nacional; los ingresos financieros de los hospitales se basan en la actividad producida; los límites máximos de actividad se relajan. Los hospitales reciben una tarifa prefijada por cada tipo de paciente tratado. La denominación de 'pago por resultados' (PpR) representa un mecanismo que premia a los hospitales por los volúmenes de actividad asistencial ajustados a las diferencias en case-mix.

Los HRG son un sistema de clasificación diseñado para agrupar pacientes con costes esperados similares. Los HRG representan la versión británica de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), se establecen a través de información electrónica sobre pacientes. Los hospitales están obligados a recopilar un conjunto mínimo de datos sobre pacientes y enviar esa información cada trimestre a un organismo central. La información sobre el paciente se agrupa y asigna a un único HRG que incluye procedimientos, diagnósticos y edad. Los principios generales que sustentan el sistema de pago por resultados (PpR) han sido aceptados a lo largo del NHS.

Tanto los hospitales como los Primary Care Trusts –PCT– (centros gestores de agrupaciones de centros de salud con

función de compra para servicios hospitalarios) asumen que una igual recompensa financiera debe existir para un similar nivel de actividad alcanzado. Asimismo, existe consenso de que la transparencia del PpR es una de sus mejores características. Muchos hospitales han experimentado incrementos en su actividad, sabiendo que serán reembolsados en base a un coste medio nacional, han reconocido la ventaja de reducir los envíos de pacientes a centros especializados, y en su lugar, invertir en más y mejores facilidades de atención primaria y ambulatoria. Sin embargo, aunque en teoría los PCT tienen la posibilidad de invertir en facilidades alternativas a la hospitalización, en la práctica pueden estar limitados. En efecto, los PCT han ocupado siempre una posición negociadora relativamente débil respecto a los hospitales, debido al hecho de que no disponen de información para controlar el comportamiento y actividad de estos. Los PCT tampoco disponen de instrumentos eficaces para controlar e influir en los envíos de pacientes a hospitales por parte de los médicos generalistas.

3. Posibilidades y limitaciones de la herramienta:

Posibilidades:

- Estimulan la eficiencia (capacidad demostrada en la época INSALUD)
- Permite identificar de forma transparente y definida objetivos y actuaciones.
- Ha incentivado la descentralización y participación de los profesionales en la gestión, sobre todo en aquellas comunidades autónomas en que se ha implantado la gestión clínica en unidades y áreas.
- Si se articula de forma correcta es una herramienta útil en la dirección por objetivos, permitiendo una delimitación concreta de objetivos por parte de la autoridad sanitaria, su descentralización a los centros de producción y la posterior evaluación del cumplimiento de los mismos.
- Puede ser un instrumento muy útil en un futuro cambio en la fórmula de pago a nuestros centros y profesionales introduciendo un cambio en el sistema de incentivos basado en la obtención de resultados, en vez de la linealidad y homogeneidad retributiva independiente del rendimiento. Los posibles incentivos económicos ligados al CP/CG, aunque

Posibilidades:

- *Estimulan la eficiencia*
- *Permite identificar objetivos y actuaciones.*
- *Incentiva la descentralización y participación de los profesionales en la gestión,*
- *Herramienta útil en la dirección por objetivos.*
- *Muy útil en un futuro cambio en la fórmula de pago a nuestros centros y profesionales*

Limitaciones:

- *Es un acuerdo de voluntades, legalmente no es un contrato y sus firmantes no tienen hoy por hoy compromiso legal de cumplimiento.*
- *Incentivación no ligada al cumplimiento de objetivos.*
- *Escasa formulación de objetivos de cara a una integración efectiva de servicios.*
- *Ausencia de contratos en cascada, su conocimiento no llega a los profesionales*

tienen un papel limitado para resolver todos los problemas del sistema sanitario, permiten avanzar en la línea de las múltiples ocasiones en las que se ha recomendado la modificación de los sistemas de incentivación fuera del actual "café para todos"

Limitaciones:

- Posiblemente la mayor limitación está en que es un acuerdo de voluntades, legalmente no es un contrato y sus firmantes no tienen hoy por hoy compromiso legal de cumplimiento. No se establecen sanciones por el incumplimiento de objetivos, ni tampoco se produce una transferencia real del riesgo a los proveedores.
- Los equipos y, en ocasiones, profesionales individuales pueden recibir incentivos económicos por el cumplimiento de determinados objetivos estratégicos (por ejemplo, la prescripción racional de medicamentos, el uso de medicamentos genéricos, la reducción de los tiempos de espera en determinados procedimientos, etc.); no obstante, el importe de dichos incentivos tienen poca o nula relación con los objetivos de establecidos en los Planes de salud de nuestras CCAA. Pero en la mayoría de ellos no se asocia incentivación al cumplimiento de objetivos.
- Hasta el momento, la separación de las acciones sanitarias en los dos niveles asistenciales Atención Primaria/Atención Especializada (AP/AE), ha dificultado al planificador en la formulación de objetivos de cara a una integración efectiva de servicios. A pesar de que se hacen esfuerzos por unir estas acciones por medio de algún clausulado común o el conocimiento mutuo del CP/CG de los dos niveles, en la mayor parte de las ocasiones no traspasa la declaración de intenciones sin ningún resultado integrador, y la descoordinación y a veces contradicción de las actuaciones crece en la misma proporción que la dificultad del cumplimiento del CP/ CG de cada gerencia.
- En muchos casos no se hace contratos en cascada, su conocimiento no llega a los profesionales y se limita a un acuerdo que no va más allá de los equipos directivos de las gerencias.

4. Resumen y apuntes para el futuro:

El contrato programa es un acuerdo de voluntades que, participando de algunas características de los contratos, tiene singularidades que hacen que sea una forma peculiar de pacto para conseguir un fin consensuado.

Así pues, en contrato (programa/gestión) quedaría definido por:

- Todo contrato-programa tiene que reforzar la corresponsabilidad de las partes, el grado de la cual está sujeto a evolución.
- Cada contrato-programa tiene sus características específicas, a consecuencia de los diferentes tipos de objetivos de cada uno.
- Por lo tanto, en cada caso será necesario el análisis de unos o más ámbitos priorizados, la profundidad del cual depende de motivos diversos.
- El marco de relaciones establecido en un contrato-programa es un marco evolutivo, no estático. Esta evolución es implícita en cualquier organización y se ha de basar en el seguimiento de los resultados del contrato-programa y en la determinación de nuevos objetivos.
- Un contrato-programa comporta una mayor información sistematizada para ambas partes, que impulsa la evolución del contenido y de sus especificaciones.

Apuntes para el futuro:

- Es una herramienta a potenciar, utilizada correctamente, se ha demostrado eficiente.
- Se debe avanzar en la integración vertical de servicios, formulando objetivos que introduzcan mejoras evidentes en resultados de salud, implantar de forma progresiva actuaciones en materia de asistencia que disminuyan la variabilidad, impulsando a través de los contratos el uso de guías de PC. Los contratos deberían formularse en el ámbito de la provisión integral de servicios, eliminando definitivamente la separación interniveles, incluyendo objetivos contrastados que aporten mejoras en términos de salud.
- Implementar, objetivos económico-financieros que permitan la transparencia y que el pago refleje no sólo actividad sino calidad y resultados.
- Introducir mejoras en el ciclo, negociación, seguimiento y evaluación a través de la inclusión de la evaluación de los objetivos que se consideren prioritarios en los oportunos planes anuales de inspección, tal y cómo en su día se hizo en el extinto Insalud.
- Modificar el sistema de incentivación, de tal forma que la ausencia de incentivos o la linealidad de los mismos se sustituya por un sistema que impulse la descentralización y la implicación directa de los profesionales en su cumplimiento. Es decir, formalizar en cascada el

proceso de contratación implicando directamente a los profesionales de las áreas o servicios, impulsando el uso de la herramienta como media de gestión de las unidades y áreas de gestión clínica. Se debe avanzar en un sistema de pago a nuestros profesionales, que retribuya la asunción de riesgos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de objetivos clínico-asistenciales y económicos, introduciendo un sistema de incentivación que premie hacer las cosas de forma correcta.

- Es preciso la comparación a nivel del SNS de resultados, en términos de actividad, calidad y costes. No se puede mejorar si no se tiene un estándar de referencia. Quizás sería preciso, articular de forma centralizada un conjunto de objetivos en indicadores básicos, como los que incluye el NHS en sus últimos contratos, comunes para todos, y básicos, como la cartera de servicios comunes del SNS. Es inconcebible que exista una cartera común sin objetivos, indicadores y sistema de evaluación común del cumplimiento de objetivos por los distintos servicios regionales de salud. Quizás no estaría de más que nuestro sistema implementase algunas de las actuales reformas que se aplican en el nuevo libro blanco del NHS: facilitando en la medida de lo posible la integración vertical, disminuyendo aquellos costes que no se han demostrado efectivos a al hora de mejorar la salud de los ciudadanos, reformulando objetivos hacia aquellas sendas en las que se ha demostrado que realmente introducen mejoras en calidad y resultados, utilizando el contrato como herramienta para la descentralización, seguimiento y evaluación del cumplimiento de esos objetivos asistenciales, de calidad y de eficiencia.
- El desarrollo progresivo de este modelo unido a otros factores endógenos y exógenos al propio sistema sanitario, ha dado lugar a una preocupación respecto a su sostenibilidad (dado el incremento constante de consumo de recursos por encima del crecimiento económico) y respecto a la propia definición del modelo: ¿seguimos hablando de un Sistema Nacional de Salud?. En cuanto a la sostenibilidad del sistema, las medidas de gestión irán acordes a la concepción política que en cada ámbito territorial se tenga respecto a cómo debe ser la provisión de los servicios: pública, privada, mixta.

Por su parte el nivel de prestaciones y servicios en cada ámbito territorial va a estar ligado no solo a las políticas de salud, sino a la mayor o menor eficiencia en la utilización de los recursos alcanzada en su gestión.

- Desde el punto de vista de la gestión es más que probable que todo ello sea incompatible con el actual modelo de gestión de las organizaciones sanitarias, haciéndose necesarias otras fórmulas en las que imprescindiblemente se defina el rol que desempeñara la función gestora del futuro: administración versus compromiso.

Referencias Bibliográficas:

1. Bestard, J.J.; Sevilla, F.; Corella, M. I. y Elola J. (1993): "La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria", *Gaceta Sanitaria*, 39, páginas 263-273.
2. Poulhier, J.P. «From risk aversion to risk rating: trend in OECD health care systems». *J Health Planning Management* 1987; 2:9-33.
3. Figueras, J. y Saltman, B. «Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa». *RAS* 1997; 1(2): 39-65.
4. Salas, V. «La organización empresarial del sector público. Reflexiones desde la teoría de los contratos». En *XV Jornadas de Economía de la Salud: Instrumentos para la gestión de la Sanidad*. Ed. Asociación de Economía de la Salud. Libro de Comunicaciones; 1995: 34-52.
5. Ortún, V. y López-Casasnovas, G. «La reforma del Sistema Sanitario Español: radicalismo selectivo». *Rev. Hacienda Pública*, 1994:15-31.
6. Bengoa, R. «Nuevas tendencias en la organización y gestión de los servicios de salud». *Jano* 1991; XLI (964): 44-8.

7. «Comisión de Análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud». Informe de la Subcomisión de Atención Primaria, marzo. INSALUD, 1991. Publicación núm. 1.618.
8. Ibern, P. «Las funciones de financiación, compra y provisión de servicios en los sistemas nacionales de salud». *Jano* 1991, XLI (965): 55-65.
9. López-Casasnovas, G. «Descentralización y simulación de mercados: instrumentos para la eficiencia en el sector sanitario público». *Papeles de Economía Española* 1989; 1:172-80.
10. Elola, J. *Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: SG Editores; 1994.
11. *Consolidación y Modernización del SNS (Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997)*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo 1998. Nipo: 351-98-003-7.
12. *Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del INSALUD*. BOE 1996; núm.147: 19950-2.
13. *Real Decreto-Ley 858/1992, de 10 de julio, sobre estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo*. BOE 1992; núm. 170: 24606-12.
14. García, C.E. «La gestión contractual de las organizaciones sanitarias públicas». En: Ruiz Iglesias, L. *Las claves para la Gestión Clínica*. Madrid: McGraw-Hill; 2004: 154-70.
15. Martín, J. y Cabasés, J. «Cambios en la Gestión Sanitaria». En: Navarro, C., Cabasés, J. y Tormo, M.J. *La salud y el Sistema Sanitario en España. Informe Sespas 1995*. Barcelona: SG Editores S.A, Barcelona; 1998: 203-11.
16. Martínez Aguayo, C. y Martín Acera, S. «El Contrato Programa: ¿Qué es?, ¿Cuál es su importancia?», *Rev. San. Hig.*

Púb. 1994; 68: 331-4.

17. *Martín, J., Garijo, A., Carmona, G., Carretero, L., López, M.P. y Carmona, J. «Sistemas de incentivos para directivos hospitalarios públicos. Un modelo experimental en el Servicio Andaluz de Salud». Actas de las XI Jornadas de Economía de la Salud; 1991 junio; Alicante: Asociación de Economía de la Salud, 1991.*
18. *Martín, J. (2003) "Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias." Fundación Alternativas. Documento de trabajo 14.*
19. *González López-Valcárcel, B., Políticas contractuales en atención especializada. En Repullo JR, Iñesta A ed. Sistemas y Servicios Sanitarios. Manuales de Dirección Médica y gestión clínica. Ed. Díaz de Santos. Madrid 2006...*
20. *Peiró S., García Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SEESPAS*
21. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/>
22. <http://www.atlasvpm.org>
23. http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/quality_es.htm
24. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>
25. *Evidence-informed options for hospital funding. Canadian Health Services Research Foundation. 2011 [acceso 8 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/researchreports/articleview>*
26. *White Paper Equity and excellence: Liberating the NHS, en <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications>*

Anexo: Situación de la atención especializada en el SNS:

Situación de la atención especializada en el SNS:

- a. *Cartera de Servicios*
- b. *Hospital y Clasificación*
- c. *Situación en España*
 - *Recursos materiales*
 - *RRHH*
 - *Actividad*
 - *Costes*

El artículo 13 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, regula las características de la atención especializada que se presta en España. En España existen, en el año 2011, un total de 47 especialidades médicas divididas en clínicas, quirúrgicas, médico-quirúrgicas y especialidades de laboratorio. Muchas de estas especialidades están reconocidas por otros países pero algunas de ellas son propias de la medicina española.

a. Cartera de Servicios:

La cartera de servicios comunes del SNS es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

El contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) está regulado en el art. 20 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de 28 de mayo, y en el art. 2 del RD 1030/2006, de 15 de septiembre.

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel y comprende:

- Asistencia especializada en consultas.*
- Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.*
- Hospitalización en régimen de internamiento.*
- Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.*
- Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.*
- Atención a la salud mental.*
- Rehabilitación en pacientes de déficit funcional recuperable.*

La atención especializada deberá prestarse, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

Además de la investigación y la docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención

primaria.

b. Hospital y Clasificación:

El hospital (establecimiento sanitario que se utiliza tanto para el internamiento clínico de un paciente como para la asistencia especializada y complementaria que requiera dentro de su zona de influencia), puede estar constituido por un único centro hospitalario o por dos o más que se organizan e integran en el complejo hospitalario, aunque estén distantes entre sí; se le pueden adscribir uno o varios centros de especialidades.

Teniendo en cuenta la clasificación de los centros sanitarios con internamiento establecida en el Anexo I del Real Decreto 277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se configuran los siguientes grupos:

En función de la Finalidad asistencial: que es aquella especialidad médica a la que prioritariamente dedique el centro la mayor parte de su actividad y recursos.

- Generales

Hospitales destinados a la atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría.

- Agudos

Hospitales dotados de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes. Incluye General, Quirúrgico, Maternal, Infantil, Materno-infantil, Oncológico, Oftálmico u ORL, Traumatológico y/o Rehabilitación, Médico-quirúrgico y Otros.

- Psiquiátricos

Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías[:]

- Larga Estancia

Hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan

cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento.

En función de la Dependencia funcional, se clasifican en:

- *Públicos-SNS*

El centro presta toda su oferta asistencial a una población asignada perteneciente al SNS, y gran parte de su actividad proviene de este contrato.

- *Hospitales públicos dependientes de las Administraciones Públicas:*

Administración General del Estado, Administraciones de las Comunidades Autónomas o las Entidades que integran la Administración Local y hospitales de dependencia privada pertenecientes a la Red de Utilización Pública (XHUP) en Cataluña y hospitales en el resto del territorio nacional con concierto sustitutorio.

- *Privados*

Incluye centros dependientes de entidades privadas sin ánimo de lucro (Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, Cruz Roja, Iglesia y Otros centros privados), y centros dependientes de entidades privadas con ánimo de lucro.

c. Situación en España:

Según los datos del censo de hospitales extraído del Catálogo Nacional de Hospitales, actualizado a 31 de diciembre de 2009, del total de hospitales, 353 (46%) corresponden a la red del Sistema Nacional de Salud (hospitales dependientes de las diferentes Administraciones Públicas, Red de Utilización Pública de Cataluña y los centros que tienen concierto sustitutorio con el Sistema Nacional de la Salud) y 417 (54%) son de dependencia privada.

- Recursos materiales :

La red de dependencia pública dispone del 71,8% del total de las 158.418 camas instaladas. El ratio de camas por 1.000 habitantes para el total de hospitales es de 3,45 del total de camas instaladas, de las que el 92% han estado en funcionamiento a lo largo del año.

De las 113.755 camas instaladas en hospitales públicos el 91 % corresponden a hospitales de agudos, el 5% a hospitales psiquiátricos y el 4 % a hospitales de larga estancia, mientras que en los hospitales privados, de las 44.663 camas disponibles, el 57 % están en hospitales de agudos, el 21 % en hospitales dedicados a la atención psiquiátrica, y un 22 % en hospitales de larga estancia, que aumentan en un punto porcentual respecto al año anterior.

En cuanto al resto de equipamiento, el sector público sigue contando con casi la mayoría de incubadoras (84%), más de dos tercios de quirófanos (69%), porcentaje que aumenta respecto al año anterior, y casi tres cuartas partes de los paritorios (73%).

La oferta de plazas de hospital de día en los hospitales generales sigue siendo predominantemente pública (92%), mientras que en el resto de hospitales, sobre todo en los de larga estancia, es el sector privado el que predomina, acumulando el 69% de las plazas. También en hospitales psiquiátricos y otros agudos el porcentaje se inclina ligeramente hacia los hospitales privados en un 53% y 57% respectivamente.

- Recursos Humanos:

A 31 de diciembre de 2009 trabajaban, en los establecimientos sanitarios con internamiento, hospitales y centros de especialidades dependientes de los hospitales públicos, un total de 517.704 profesionales vinculados mediante contrato, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario,

a jornada completa o parcial, excluyendo el personal en formación postgrado. De ellos, un 73,93% son mujeres. Hay que contabilizar además 23.365 colaboradores habituales, personal que no tiene relación laboral con el centro en el que realiza su actividad, de los cuales, el 21,65% son mujeres.

El colectivo mayoritario, dentro del personal vinculado, es el personal sanitario, con 382.163 efectivos, agrupando casi tres cuartas partes del total de trabajadores (74%). Por categorías, de cada 100 sanitarios 22 corresponden a médicos (83.177), 39 a personal de enfermería (150.617) y 37 a ayudantes sanitarios (136.392).

El personal sanitario es mayoritariamente femenino, casi el 76% del total, y más claramente en algunas categorías como enfermería y ayudantes sanitarios (83% y 88% de mujeres, respectivamente); también va en aumento su presencia entre los médicos[,] donde casi el 41% son mujeres (39% en 2007).

Por especialidades, los médicos especialistas en Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas, incluidos los pertenecientes a Traumatología y Obstetricia-Ginecología, agrupan al 27,79% del total, porcentaje ligeramente inferior al año 2008 (28,15), al igual que lo médicos de servicios centrales. Las especialidades médicas casi no cambian respecto al año anterior, y si se incluye medicina intensiva suponen el 31,82% de médicos. Un 9% de médicos corresponde a los servicios de urgencias. Respecto a su distribución por dependencia del hospital, como en años anteriores, 9 de cada 10 médicos y 8 de cada 10 enfermeras empleadas mediante contrato están adscritos a la red pública. En 2009 se registra un aumento del número de médicos por cada 1.000 habitantes, 1,81 (1,76 el año anterior), siendo igual el de diplomadas en enfermería por cada 1.000 habitantes.

- Actividad:

Los últimos datos de ESCRI, encuesta de centros sanitarios con régimen de internado, (2009) publicados por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales nos dan una idea del volumen de actividad y coste que representa la atención especializada en nuestro sistema sanitario, y del peso que supone la provisión pública de servicios frente a la provisión privada en este ámbito.

En los hospitales españoles fueron ingresados 5.267.417 pacientes que causaron un total de 42.267.958 estancias; también se realizaron 82.142.477 consultas y se atendieron 26.898.627 en los servicios de urgencias de dichos hospitales.

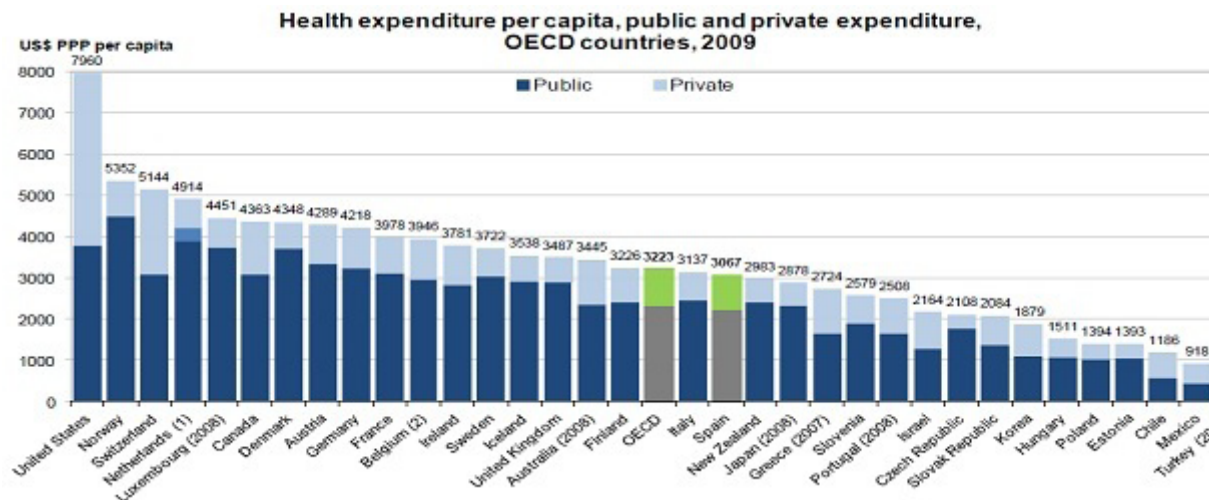
Sigue percibiéndose la tendencia a la baja de la actividad en hospitalización, mientras que la actividad en el área ambulatoria consultas y en el área urgencias mantiene su tendencia ascendente.

La mayor actividad de hospitalización sigue correspondiendo a la red pública, que concentra una frecuentación de 86 ingresos por cada mil habitantes.

	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
Pacientes ingresados	3.948.615	1.318.802	5.267.417
Pacientes dados de alta	3.941.247	1.328.608	5.269.855
Estancias causadas	30.709.672	11.558.286	42.267.958
Consultas totales	70.041.105	12.101.342	82.142.447
Urgencias	21.217.425	5.681.202	26.898.627
Actos quirúrgicos	3.181.346	1.482.484	4.663.830

- Costes:

En el 2009, el gasto sanitario como proporción del PIB alcanzó el 9.5% en España, igual al promedio en los países de la OCDE, aunque sigue por debajo del promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con un gasto promedio de 3,067 USD en el 2009 (ajustado por poder de paridad de compra), mientras el promedio en la OCDE alcanzó 3,223 USD.



Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2009.

En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con las inversiones.

Los gastos totales no incluyen las inversiones. Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011, Junio 2011.

Por último, respecto al estado de salud de los ciudadanos y los factores de riesgo, los expertos de la OCDE destacan la alta esperanza de vida de los españoles, (81,8 años), solo superados por japoneses (83) y suizos (82,3). Parece pues, que, a la vista de estos datos, y de la situación económica actual, nuestro sistema sanitario proporciona, en función del coste, niveles de salud aceptables con carácter general, y obviando la necesidad de un análisis detallado de indicadores de resultados en salud y las desigualdades que existen entre los distintos habitantes de nuestro país, y que son objeto de estudio en otras unidades.

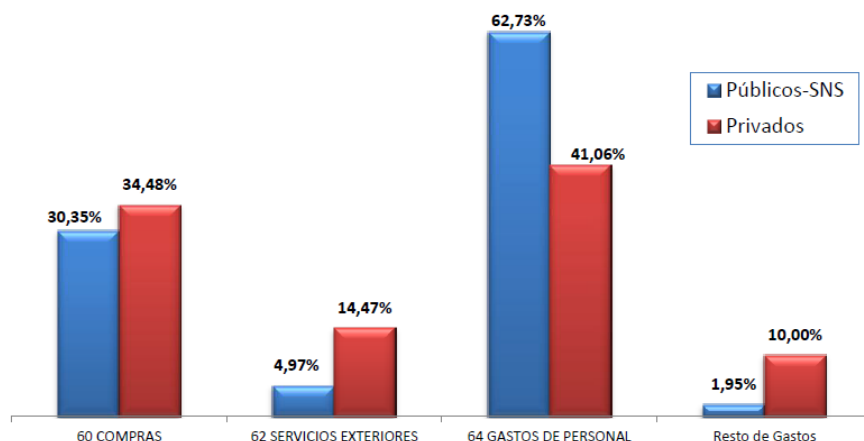
En términos de gasto público, los servicios hospitalarios y de atención especializada, según los últimos datos publicados de cuenta satélite, representaron en 2009 el 56,25% de los gastos de las CCAA, respecto al 52,9% en 2002, duplicándose en estos años los costes en gastos de personal y consumos intermedios.

La mayor parte de la actividad de hospitalización tuvo financiación pública y así, casi el 79% de los más de cinco millones de altas de 2009 corrieron a cargo de los presupuestos del Sistema Nacional de Salud, mutuas de accidentes de trabajo o a través de las mutualidades de funcionarios. De ellas, casi un 8% se produjeron en hospitales de dependencia privada. Igualmente, del total de las más de 26 millones de urgencias atendidas en hospitales, el Sistema Nacional de Salud financió un 77% , de las que un 2,8

% fueron atendidas en centros hospitalarios privados. De los más de un millón de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria que tuvieron financiación pública, un 12% fue atendido en el sector privado (125.075 intervenciones) lo que supone que una de cada tres intervenciones de CMA de dichos hospitales fue financiada a cargo del SNS. El volumen total de compras y gastos de los hospitales, en 2009, asciende a 41.116,7 millones de euros en los hospitales de dependencia pública y a 5.671,6 millones de euros en los hospitales de dependencia privada, lo que sitúa el gasto financiero global por habitante en 895,2 euros.

En el apartado de gastos, tanto en hospitales de dependencia pública como en los privados, sigue siendo más alto el correspondiente al personal en un 62,7 y 41%, respectivamente. El resto de gastos corrientes, dedicados en su mayoría a las compras y servicios exteriores, tiene mayor peso en los hospitales de dependencia privada, ascendiendo a un 58,9% del total de compras y gastos.

Compras y Gastos según dependencia



Con objeto de completar el espectro de indicadores económicos, la tabla que se muestra a continuación, recoge (para evitar la redundancia) indicadores de coste unitario para cada una de las áreas de actividad de los centros hospitalarios como aproximación a la medición de costes de producción, con base en los datos de gasto total y mediante cálculos de unidades ponderadas de actividad (UPA):

Bibliografía:

1. *http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Anexo_01.pdf*
2. *Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011, Junio 2011*
3. *Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de 28 de mayo*