

ANEXO V

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

ANEXO V ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Juan Ventura Victoria

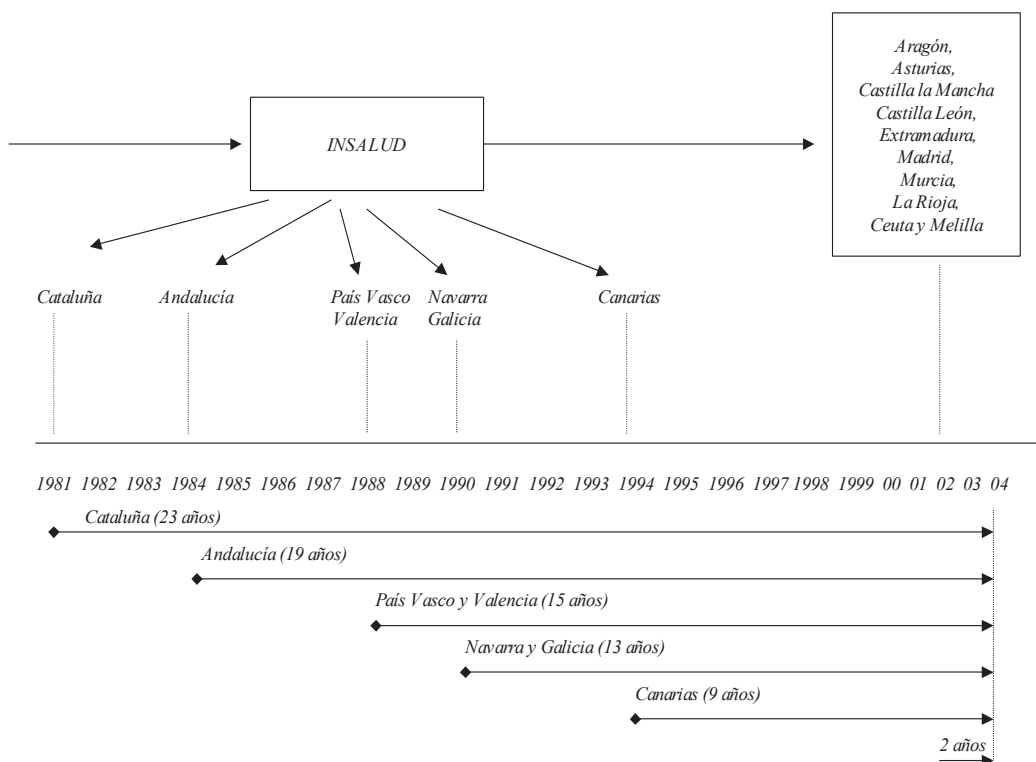
Universidad de Oviedo

5.1. Introducción

El objetivo de este capítulo consiste en describir, analizar y valorar las experiencias en el ámbito de la organización y gestión de la atención sanitaria, a partir de las iniciativas acumuladas durante el período temporal comprendido desde 1981, año en que se realiza la transferencia sanitaria a Cataluña, hasta el momento presente en que se ha completado el proceso de transferencias en España, con especial énfasis en las innovaciones de carácter más reciente.

En este sentido cabe diferenciar claramente dos grupos de iniciativas, de un lado las realizadas por las Comunidades Autónomas que reciben en primer lugar las transferencias en materia sanitaria (figura 1), y de otro el sistema de organización y gestión desarrollado por el INSALUD para el resto de Comunidades. Finalmente, en el año 2002 se cierra el proceso de transferencias iniciándose una nueva etapa en la forma de gestionar la sanidad en nuestro país, basada en la descentralización política y consiguiente autonomía en el diseño organizativo y sistema de gestión de acuerdo a lo previsto en la Ley General de Sanidad.

Figura 1: Cronología del proceso de transferencias



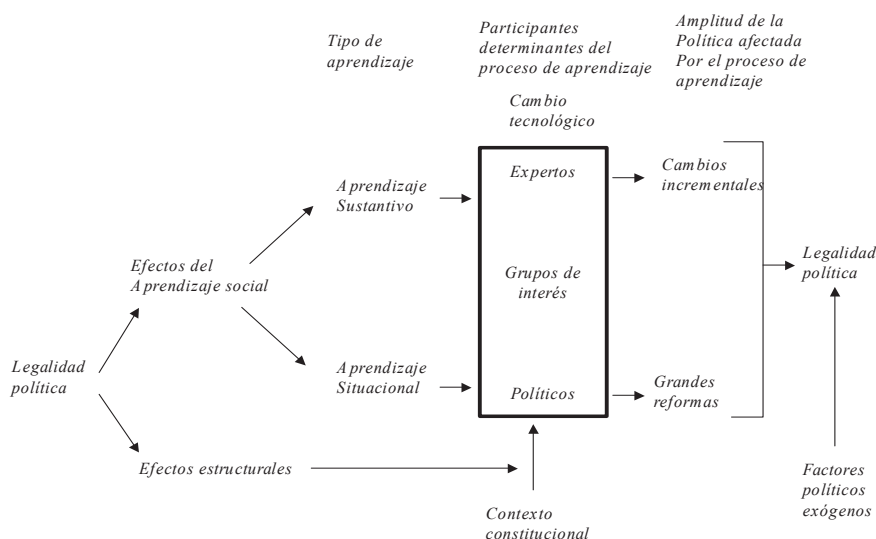
En consecuencia, y como se desprende de la figura 1, el proceso de descentralización desarrollado en España ha posibilitado, dentro de los grados de libertad que la legalidad vigente permite, reformas organizativas y de gestión suficientemente dilatadas en el tiempo como para permitir obtener algunas conclusiones a la luz de la evidencia acumulada.

Previamente, interesa dejar constancia de la problemática a la que se enfrenta todo proceso de aprendizaje social en un campo tan complejo como sin duda lo es la organización y gestión de

un sistema sanitario público de calidad, coste efectivo y sostenible. Sistema sanitario con un alto grado de descentralización y autonomía, lo que posibilita el aprendizaje basado en las experiencias desarrolladas por otras CC.AA. que pueden servir de referente.

A tal fin se describe en primer lugar el modelo del proceso de aprendizaje social de Peterson (1997) (figura 2). Dicho modelo describe la secuencia de acontecimientos que suceden entre dos cambios legislativos y los factores explicativos del mismo, destacándose el papel del aprendizaje social como antecedente explicativo de las reformas.

Figura 2 :Modelo del proceso de aprendizaje social (Peterson,1997)



El marco regulador (legalidad política) tiene en primer lugar un efecto estructural sobre el sistema sanitario (por ejemplo la Ley General de Sanidad de 1986, o el nuevo Estatuto Marco), y otro impulsado por el proceso de aprendizaje social generado, bien mediante la experiencia propia, bien basado en las experiencias relevantes de otros actores sociales (benchmarking). Conceptualmente, se pueden diferenciar dos grandes tipos de aprendizaje social que conjuntamente determinan el avance o estancamiento de las innovaciones políticas. Dichos tipos son el aprendizaje sustantivo y el aprendizaje situacional. El aprendizaje sustantivo se caracteriza por estar basado en el análisis de la experiencia acumulada, la observación y el estudio de los resultados obtenidos; en este sentido dicho aprendizaje tiene como fundamento el conocimiento acumulado, entendiéndose por conocimiento la obtención de relaciones de causalidad basadas en evidencias de carácter científico. De otra parte en el aprendizaje situacional lo relevante es preguntarse por las reformas posibles y sostenibles desde un análisis político, basado en la percepción de las normas, valores culturales, mercado de votos y valoración mediante encuestas del grado de apoyo o soporte a diferentes iniciativas por parte de los ciudadanos y grupos de interés. En este sentido el aprendizaje sustantivo influye sobre el aprendizaje situacional pero no es el único determinante del mismo. Iniciativas defendibles desde un punto de vista sustantivo por su superioridad en términos analíticos pueden no ser aceptadas en términos políticos debido a los riesgos inherentes desde un punto de vista situacional.

Los actores principales del proceso de aprendizaje social descrito en todo sistema democrático son tres, los expertos, los grupos de interés y los políticos. Los expertos analizan y producen información y estudios sobre el funcionamiento de determinadas políticas y posibles reformas a fin de alcanzar objetivos. Los grupos de interés tratan de influir en las decisiones políticas a fin de obtener regulaciones favorables a sus intereses. Para ello también generan estudios o contratan trabajos que buscan aportar evidencia científica a favor de sus argumentos, en el plano del aprendizaje sustantivo. Finalmente los políticos tienen la autoridad legal de tomar iniciativas en nombre de los ciudadanos que los han elegido y someterse al control electoral de los mismos. En este sentido si bien la resultante de los procesos de aprendizaje sustantivo son

de interés para la toma de decisiones, estos se ven mediatizados por los imperativos de los procesos de reelección.

Otro aspecto a tener en cuenta en el modelo descrito es la amplitud de la política afectada por el proceso de aprendizaje. En este sentido se pueden diferenciar dos tipos de cambios, los cambios rutinarios y las grandes reformas. El proceso de aprendizaje social puede dar lugar a ajustes incrementales como respuesta a nuevos datos que aportan información en un ámbito limitado y normalmente dominado por el aprendizaje sustantivo. En cambio, las grandes reformas o cambios de paradigma van acompañados de un intenso proceso de aprendizaje social con participación de todos los actores señalados. Este tipo de grandes reformas en el ámbito de la salud tienen fuertes repercusiones en la percepción de los ciudadanos y en consecuencia el aprendizaje situacional domina al aprendizaje sustantivo. El modelo finaliza con la aparición de una nueva legalidad resultante de la intersección de los procesos de aprendizaje social descritos con factores políticos exógenos que los condicionan.

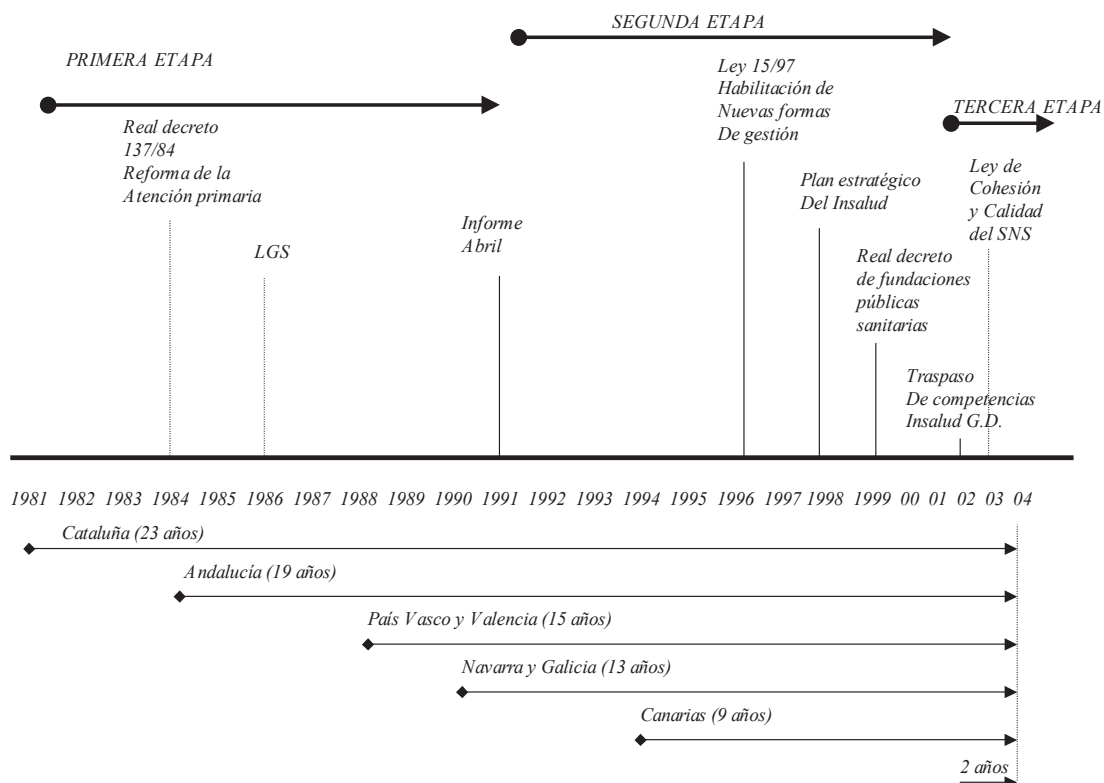
El objetivo de las páginas siguientes es describir y analizar el conjunto de iniciativas y reformas que se han ido produciendo en el ámbito de la organización y gestión de la sanidad pública, siguiendo un desarrollo lógico y exponiendo sin ánimo de exhaustividad, algunas de las iniciativas que se han considerado más relevantes. Dicho proceso se ha visto enriquecido por las experiencias aportadas por las CC.AA. que iniciaron el proceso de transferencias (CC.AA. de vía rápida y siguientes) y por las reformas emprendidas por el INSALUD.

Durante el corto período de tiempo transcurrido desde 2002, las CC.AA. transferidas en bloque han dado los primeros pasos en el diseño de sus estructuras organizativas para asumir sus nuevas responsabilidades. Dichas comunidades parten de una herencia común en las formas de organización y gestión, lo cual marca una dependencia de senda que puede crear ciertas inercias, si bien dichas comunidades pueden a su vez aprovecharse de un amplio conjunto de iniciativas y experiencias desarrolladas en cabeza ajena. De nuevo el aprendizaje sustantivo disponible y la situación política de cada comunidad darán lugar a diferentes resultantes en el desarrollo de nuevas iniciativas de organización y gestión.

5.2. Antecedentes

Se pueden diferenciar tres grandes etapas históricas en la evolución del Sistema Sanitario Público en España. 1) Una primera etapa comprendería básicamente la década de los ochenta y se caracteriza por dos grandes iniciativas legales: el inicio del proceso de transferencias y la promulgación de la LGS en el año 1986. Durante el transcurso de esta década se evidencia la necesidad de introducir cambios y reformas en la organización de la sanidad pública, proceso de reflexión que concluye con la presentación del Informe Abril en el año 1991. 2) Una segunda etapa comprendería el período 1992-2001 y se caracteriza por la paulatina introducción de algunas recomendaciones contenidas en el citado informe. Las más relevantes son sin duda la figura del contrato programa y el desarrollo de innovaciones fruto de la experiencia acumulada en el autogobierno de las CC.AA. transferidas. 3) Finalmente, a partir de 2002, con el cierre del proceso de transferencias sanitarias, el nuevo modelo de financiación autonómico y la aprobación de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en 2003 se inicia la tercera etapa en la que nos encontramos inmersos.

Figura 3: Etapas en la evolución del Sistema Sanitario Público español



5.2.1. Primera etapa (1981-1991)

Esta etapa comprende desde el año 1981 en que se transfiere las competencias en materia sanitaria a Cataluña hasta el año 1991 en que se publica el Informe Abril. La LGS en 1986 configura un modelo sanitario tipo SNS caracterizado por la universalización de la atención sanitaria, la integración de todos los dispositivos sanitarios de titularidad pública en un Servicio Nacional de Salud, la progresiva financiación mediante impuestos y el traspaso de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas.

En el desarrollo de este modelo se han generado crisis importantes debido a la dificultad de financiar, organizar y gestionar una atención sanitaria pública en cantidad y calidad para prácticamente la totalidad de la población española. La preocupación por la contención del gasto sanitario y la prestación de servicios coste efectivos pasa a ser prioritaria, generándose un intenso debate sobre el tipo de reformas a emprender a la luz de las evidencias acumuladas con los instrumentos de gestión utilizados hasta ese momento.

Un aspecto crucial de esta etapa lo constituye el Real Decreto 137/84 de Reforma de la Atención Primaria, mediante el cual se va a ir sustituyendo de forma paulatina el sistema de ambulatorios de la Seguridad Social por los Centros de Salud gestionados por Equipos de Atención Primaria, donde prestan sus servicios médicos contratados a tiempo completo.

Durante esta etapa se avanza en el diseño de los mapas sanitarios y el consiguiente esfuerzo en las inversiones previstas, se integran las redes públicas, se da prioridad a la atención primaria y se inicia el proceso de gerencialismo dentro de la sanidad pública. Se parte de la premisa de que la mala gestión es la causante de muchas de las ineficiencias detectadas y para resolverlas se propone la profesionalización de las gerencias y sus equipos. Con ello se inicia una etapa de conflicto latente entre los equipos directivos, al frente de los hospitales y

unidades de atención primaria, nombrados por las autoridades sanitarias y los médicos que ven aumentar las restricciones y controles sobre su trabajo¹.

Durante esta etapa se inicia el proceso de transferencias a las CC.AA. lo que permite efectuar algunas comparaciones entre las decisiones y resultados del autogobierno en materia sanitaria efectuado por Cataluña, Andalucía y el País Vasco y el resto del territorio gestionado directamente por el INSALUD (González et al, 1998)

En el año 1981 Cataluña inicia el proceso de transferencias en materia sanitaria, con características claramente diferenciadas del resto de CC.AA., al disponer de una amplia red de centros sanitarios no dependientes del INSALUD,-- la transferencia se limitó al 30% de las camas hospitalarias, dependiendo el 70% restante de diferentes instituciones --. Durante los dos primeros años se despliega el mapa sanitario con una propuesta claramente integradora de todos los recursos existentes; también durante esta etapa se inicia el proceso de acreditación de centros y se dicta la primera orden de conciertos. La segunda fase, 1983-1989 permitió sentar las bases del modelo, se crea el Instituto Catalán de la Salud (ICS) como entidad gestora de las prestaciones y servicios sanitarios de la Seguridad Social, se crea la red hospitalaria de utilización pública (XHUP), y se inicia el proceso de reforma de la Atención Primaria, al mismo tiempo que en el INSALUD. En 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), que formaliza el modelo sanitario catalán como un modelo mixto, que integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recogen una gran variedad de formas de gestión.

De esta forma Cataluña ha sido pionera en el diseño de los contratos con los centros hospitalarios, debido a la necesidad de contratar con una amplia red de centros privados sin ánimo de lucro, donde se requiere explicitar la cantidad y la calidad de los productos. Asimismo se avanza en la implantación de los procesos de acreditación hospitalaria. La Ley 15/90 de Ordenación Sanitaria de Cataluña establece que el Servicio Catalán de la Salud puede prestar los servicios sanitarios de cobertura pública mediante el establecimiento de acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.

Durante esta década se va abriendo camino un consenso respecto a los grandes problemas estructurales en el diseño organizativo y los instrumentos de gestión utilizados hasta ese momento, consenso que puede ser interpretado como el fruto del proceso de aprendizaje sustantivo desarrollado durante este período y que sintetizamos a continuación:

- Centros sanitarios sometidos a un corsé de tipo administrativo en lo que atañe a su regulación, que persigue en mayor medida el cumplimiento de la legalidad que la eficacia en el uso de los recursos públicos.
- Relaciones laborales de tipo funcional, caracterizadas por un estatuto rígido que dificulta la correcta gestión de los recursos humanos.
- Ausencia de una clara separación de responsabilidades entre quienes producen las prestaciones y quienes las financian.
- Ausencia de personalidad jurídica propia de los centros asistenciales, que tienen la consideración de centros de gastos.
- Los centros asistenciales responden a lo que Niskanen define como burocracia: actuación en régimen de cuasi monopolio; ausencia de contrapartida monetaria en el momento de la prestación; y no apropiación de los excedentes por parte de quienes los generan.

¹ *Los problemas financieros, retributivos y de regulación de compatibilidades de puestos públicos están en la base de la conflictividad vivida en el sector que desemboca en la huelga médica de 1987 (Repullo y Fernández, 1999)*

- El proceso de toma de decisiones en las instituciones sanitarias, como es habitual en las administraciones públicas, está altamente formalizado y reglamentado. Se pretende con ello evitar los procesos de influencia en la asignación de recursos.
- Fracaso del presupuesto como instrumento de gestión: el presupuesto aprobado para el ejercicio siguiente era inferior al presupuesto liquidado (real); ello propició la total falta de efectividad de la política presupuestaria y el recurso a la ampliación de crédito como práctica común. Resulta difícil conocer el gasto real de cada ejercicio, debido a los gastos efectuados por cada centro y no pagados, que se deslizan a ejercicios siguientes, hasta que afloran en regulaciones sucesivas.
- El punto anterior implica que el presupuesto tuviera en la práctica un carácter retrospectivo, con el consiguiente desfase en su aplicación, lo que anuló las posibilidades de una correcta gestión de compras y relaciones con proveedores.
- El presupuesto no se vincula a la actividad, ello implica que los centros asistenciales desde el punto de vista de la estructura del control se asemejen a centros de gastos discrecionales.
- Ausencia de una cultura propia que sirva de elemento de cohesión; en su lugar la cultura dominante es la de los profesionales, caracterizada por una ausencia de consideraciones de eficiencia en su práctica clínica.
- A medida que las autoridades sanitarias empiezan a tratar de controlar el crecimiento del gasto sanitario los hospitales se han ido convirtiendo en arenas políticas, lo que implica un conflicto latente y permanente entre gestores y clínicos.

Esta etapa finaliza con la publicación en 1991 del denominado Informe Abril (Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud) donde se constata la falta de incentivos para mejorar la eficiencia del sistema, o aún peor, se pone de manifiesto que existen incentivos perversos con el funcionamiento actual del sistema sanitario público español, caracterizado por la existencia de un seguro público obligatorio y la integración de una red pública de centros asistenciales tanto en atención primaria como en especializada. En dicho modelo, la ausencia de un control presupuestario que permita asignar recursos para una actividad pactada —transfiriendo al mismo tiempo la autoridad para gestionar dicho presupuesto con autonomía y, por tanto, con responsabilidad— ha viciado el funcionamiento de las instituciones sanitarias. A ello se añaden las dificultades inherentes que plantea gestionar una organización dominada por profesionales, que tienen en última instancia el control sobre la productividad con que ejercen sus funciones y el gasto que ocasionan sus decisiones. Finalmente, la ausencia de incentivos que incidan positivamente sobre la cantidad, calidad, y coste de la actividad realizada ha propiciado una cultura organizativa alejada de cualquier preocupación por la eficiencia.

En definitiva, el funcionamiento del sistema sanitario en esta etapa responde a un modelo sin separación de funciones entre quienes financian y producen, con dilución de responsabilidades, con un sistema de financiación retrospectivo y con un régimen funcional para la mayor parte del personal asistencial.

El informe Abril propugna una serie de medidas encaminadas a mejorar la eficiencia que pueden resumirse en:

- Separar la financiación (pública) de la producción de servicios (públicos y privados).
- Creación de un mercado interno de proveedores, a fin de estimular la competencia.
- Modificar el marco estatutario que regula la vinculación laboral.
- Aprobación de un nuevo marco jurídico que permita a determinados hospitales autogestionarse, transformándose en sociedades estatales con autonomía financiera.

5.2.2. Segunda etapa: los contratos programa (1992-2002)

La fórmula del contrato programa, en vigor desde 1992 para el INSALUD no transferido, puede ser considerada como un primer paso en el proceso de separación de funciones entre compradores y proveedores². Mediante el contrato programa se pretende sustituir el uso de la autoridad dentro de una organización pura por una separación de funciones, mediante la cual la coordinación de actividades requerida para el logro de los objetivos asistenciales, se alcanza mediante una amplia descentralización basada en el cumplimiento de los objetivos fijados en una cuasi negociación³ entre las partes implicadas. Ello no supone que la relación sea de mercado, dado que en caso de conflicto los derechos residuales de decisión están claramente retenidos por la autoridad jerárquica del financiador sobre el centro sanitario, pero implica un cambio importante respecto a la situación pasada, en la medida que se establecen claramente los resultados esperados y los medios comprometidos. El contrato programa, si bien pretende establecer un sistema de presupuestación prospectiva, en la realidad no lo consigue al fijarse los presupuestos de gasto en función de presupuestos históricos. El contrato programa puede ser considerado como una ficción legal mediante la cual se simula una cuenta de resultados provisional para cada centro asistencial, pero sin trasladar un riesgo efectivo, ni a las organizaciones, ni a los directivos, ni a los profesionales.

Esta experiencia generó, a juicio del propio INSALUD, un cambio en la cultura de la organización, debido a la mejora en la conciencia del gasto, los sistemas de información sobre actividad, el desarrollo de sistemas de gestión, la definición de la cartera de servicios y la implicación de los profesionales. Sin embargo son numerosos los problemas e incógnitas que dicha modalidad suscita. En primer lugar la adopción de contratos programas no contempla de forma explícita ningún mecanismo que asegure una coordinación eficaz entre diferentes niveles asistenciales. Cada centro es considerado de forma separada lo que aumenta la autonomía en su funcionamiento, pero a costa de las ventajas en la explotación de las interdependencias, si bien desde 1995 se estableció como objetivo mejorar la coordinación entre la atención primaria y la especializada mediante el desarrollo de protocolos conjuntos para determinadas patologías, entre otras medidas.

En segundo lugar la autonomía de cada centro para alcanzar los objetivos firmados se ve limitada en la práctica por la normativa existente derivada de su carácter público, lo que dificulta una eficaz delegación y control de resultados a posteriori; se puede afirmar que existen contradicciones entre los derechos residuales de decisión y control transferidos en el contrato programa y los que se establecen a través del resto de la normativa de cada Administración Sanitaria.

El sistema de incentivos-sanciones asociados al cumplimiento-incumplimiento del contrato programa ha estado presidido por una ambigüedad calculada, lo cual se desprende en parte de su carácter ficticio, por lo que, en ausencia de mecanismos más explícitos, la experiencia acumulada por cada centro en sus relaciones con el comprador, así como el grado de transparencia y resultados comparativos de los demás centros de referencia han sido determinantes de la escasa credibilidad del sistema. En todo caso la implantación de los contrato programa debe ser contemplada y analizada como un proceso temporal mediante el cual se desarrolla un aprendizaje organizativo que se plasma en nuevas rutinas y pautas de comportamiento. Desde una perspectiva de largo plazo también se debe tener en cuenta el

² *Dicho contrato es la resultante de una compleja red de relaciones de agencia sucesivas. En una primera instancia el principal de la relación lo forman el conjunto de los ciudadanos que delegan en los representantes políticos; a su vez el Ministerio correspondiente fija los presupuestos y grandes directrices a seguir y establece una segunda relación de agencia con el INSALUD no transferido (u organismo ad hoc en las Comunidades transferidas), para la realización en su nombre de una actividad delegada mediante el uso de unos recursos pactados. Finalmente, el INSALUD, mediante una nueva relación de agencia, contrata la realización de dicha actividad en una amplia red de centros asistenciales propios, tanto en atención primaria como en especializada.*

³ *En muchas ocasiones el Contrato Programa desde el INSALUD ha sido impuesto sin que haya habido capacidad y tiempo para establecer una verdadera negociación por parte de las gerencias de los centros asistenciales convocados a Madrid en bloque.*

efecto positivo que la dinámica de contratación y separación de funciones ejerce en la capacidad de absorción o asimilación de nuevas pautas de gestión de cara al futuro (Cohen y Levinthal, 1990)

El INSALUD ha utilizado la gestión por Contrato Programa desde 1992 hasta el año 2002 en que se transfiere en bloque las competencias a las 10 CC.AA. que lo integraban. Durante este dilatado período de tiempo se han ido introduciendo sucesivas modificaciones, impulsadas por el aprendizaje incremental de una parte (debido a la experiencia acumulada) y de otra por la mejora en los sistemas de información aportados por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Los cambios introducidos se orientan a priorizar determinados objetivos ligados a la accesibilidad de los servicios hospitalarios y al control de la calidad. De esta forma se pactan objetivos de demora máxima y media y se fijan un amplio conjunto de indicadores ligados a la calidad asistencial. Se busca la mejora en la coordinación con la Atención Primaria, mediante pactos de derivaciones y desarrollo de ciertos protocolos y vías para la gestión de determinados procesos. Asimismo se trata de fomentar una cierta descentralización hacia los servicios y unidades asistenciales con el objetivo de implicar a los profesionales. El pago de incentivos incorpora evaluaciones del cumplimiento de los objetivos de calidad, además de los objetivos ligados a la actividad, si bien todavía no se ha logrado un sistema claro, creíble y que discrimine en función de la productividad con que se trabaja.

5.2.2.1. Evidencia empírica

González y Barber (1996) estimaron índices de eficiencia para 75 hospitales del INSALUD durante el periodo de introducción de los contratos programa (1991-1993). El trabajo contrastaba un incremento significativo de la eficiencia media tras la introducción de los contratos programa.

Por su parte, Ventura, González y Cárcaba (2003) estimaron índices de eficiencia para 68 hospitales del INSALUD durante el periodo siguiente 1993-1996. Los índices en este caso muestran un incremento de productividad del 8% entre 1993 y 1996. La descomposición del índice revela que el mayor cambio se debe a la mejora de la eficiencia, teniendo un menor peso el cambio técnico sobre el incremento en la productividad total de los factores. Adicionalmente, se contrastó la hipótesis de existencia de un efecto trinquete en la negociación sucesiva de los contratos programa, es decir, que los hospitales que presentaban mejores datos de cumplimiento recibían condiciones más exigentes en los contratos-programa siguientes. Esta hipótesis fue respaldada en varios modelos con diferentes especificaciones, para comprobar su robustez.

5.2.2.2. El fracaso de la reforma del INSALUD

A finales de 1997 el INSALUD publicó su Plan Estratégico mediante el cual se pretendía efectuar una reforma de gran calado, consistente en modificar el diseño organizativo y la capacidad de gestión de sus centros asistenciales. Como no podía ser menos, dada la importancia del mismo, dicha reforma estuvo acompañada de un amplio debate, tanto en el plano político-situacional como desde el aprendizaje sustantivo, sobre la base de las evidencias acumuladas en España y en otros países de nuestro entorno, especialmente el Reino Unido. Finalmente, en el año 2001 y después de disponer de la cobertura legal necesaria para su implantación, las autoridades político-sanitarias priorizaron el cierre del proceso de transferencias, cediendo en consecuencia el poder de decisión a cada CC.AA..

Los objetivos del plan estratégico del INSALUD fueron: consolidar la incipiente separación de funciones que plantean los contratos programa, posibilitando la transformación de los centros hospitalarios en Fundaciones Públicas Hospitalarias, figura jurídica de nuevo cuño, que conjuga personalidad jurídica propia con personal estatutario⁴. Se pretende reforzar la

⁴ El Presidente Ejecutivo del INSALUD, Alberto Núñez Feijóo, en declaraciones a *El Médico*, en 1999 señala: "Se trata de establecer una personificación jurídica-pública adecuada a las circunstancias de las instituciones sanitarias públicas existentes, salvaguardando el régimen estatutario del personal. De hecho se ha tenido que promover la creación de una nueva forma jurídica ad hoc para poder plasmar la

autonomía de gestión y la separación real entre los entes compradores y las instituciones sanitarias suministradoras de servicios asistenciales. El respaldo legal para esta transformación se encuentra en la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, de 1997, aprobada bajo el mandato del Partido Popular. Para ello la red de hospitales públicos, como paso previo a su transformación en fundaciones, tenían que desarrollar -- y desarrollaron -- planes estratégicos para acreditar su capacidad organizativa para asumir con ciertas garantías la descentralización que esta medida supone⁵. Se avanza de esta manera en un proceso de desintegración vertical de la red pública en tanto en cuanto el financiador y/o la agencia compradora (Dirección Territorial del INSALUD) adquiere a través de contratos legales los servicios asistenciales que previamente eran realizados internamente. El Plan Estratégico del INSALUD conlleva un cambio importante en la filosofía de gestión ya que apuesta por la variedad en la gestión de los centros frente al modelo uniforme de la etapa previa. La consolidación de dicho modelo podría ser descrita como el paso de una empresa integrada en la financiación y provisión de servicios asistenciales a una empresa que subcontrata a una red de proveedores cuasi autónomos la prestación de servicios asistenciales.

El desarrollo legislativo posterior a la publicación del Plan Estratégico continúa con la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999, que incluye la posibilidad de transformar todos los centros sanitarios del INSALUD en Fundaciones Públicas Sanitarias (art.111 de la Ley 50/98). Con posterioridad, y después de largas negociaciones con todos los grupos de interés y amplia controversia sindical y profesional, se dicta el Decreto 29/2000 que establece el Reglamento de las nuevas formas de gestión.

De esta forma el Sistema Sanitario dispuso después de un largo período de gestación de una nueva figura jurídica caracterizada por los siguientes rasgos:

- Posibilidad de ser adoptada por cualquier centro sanitario
- Aprobación por el Consejo de Ministros, no se precisa Ley para ello
- Personalidad jurídica propia
- Autonomía de gestión parcial (presupuesto y tesorería propios)
- Personal Estatutario
- Contratación de acuerdo a las Administraciones Públicas
- Director nombrado por el INSALUD
- Consejo de Gobierno (con representantes externos)

Cabe señalar que hasta el momento presente ninguna de las CC.AA transferidas en bloque han decidido adoptar las propuestas contenidas en el Plan Estratégico del INSALUD. Puede afirmarse que su gestión se ha caracterizado por el continuismo y la inercia en la forma de funcionar heredada del INSALUD, salvo pequeñas reformas de carácter selectivo e incremental. Esta situación no deja de ser llamativa, dado que el INSALUD consideraba antes de su extinción agotado el modelo de gestión vía contratos programa con los centros sanitarios integrados. Sin embargo, el traje a medida de las FPS no parece gustar a sus destinatarios que en uso de su autonomía prefieren seguir con el modelo histórico.

En consecuencia puede afirmarse que el intento de modificar de forma global la figura jurídica de los centros sanitarios mediante su transformación en Fundaciones Públicas Sanitarias ha concluido en un fracaso. Quizás sea de lamentar que dicha figura no haya sido adoptada ni por el INSALUD antes de su extinción, ni posteriormente por ninguna de las CC.AA. transferidas. De esta forma no podemos evaluar su potencial para generar cambios y mejoras frente a su alternativa actual. Máxime cuando el propio INSALUD ha optado para hospitales de nueva creación por la figura de las Fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, cuestión que será analizada en otro apartado de este texto.

voluntad de futuro de que el personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social mantenga su carácter estatutario como vínculo más idóneo para la prestación de la asistencia sanitaria pública”.

⁵ Los primeros hospitales que realizaron su Plan Estratégico se concentraron territorialmente en Madrid y Murcia.

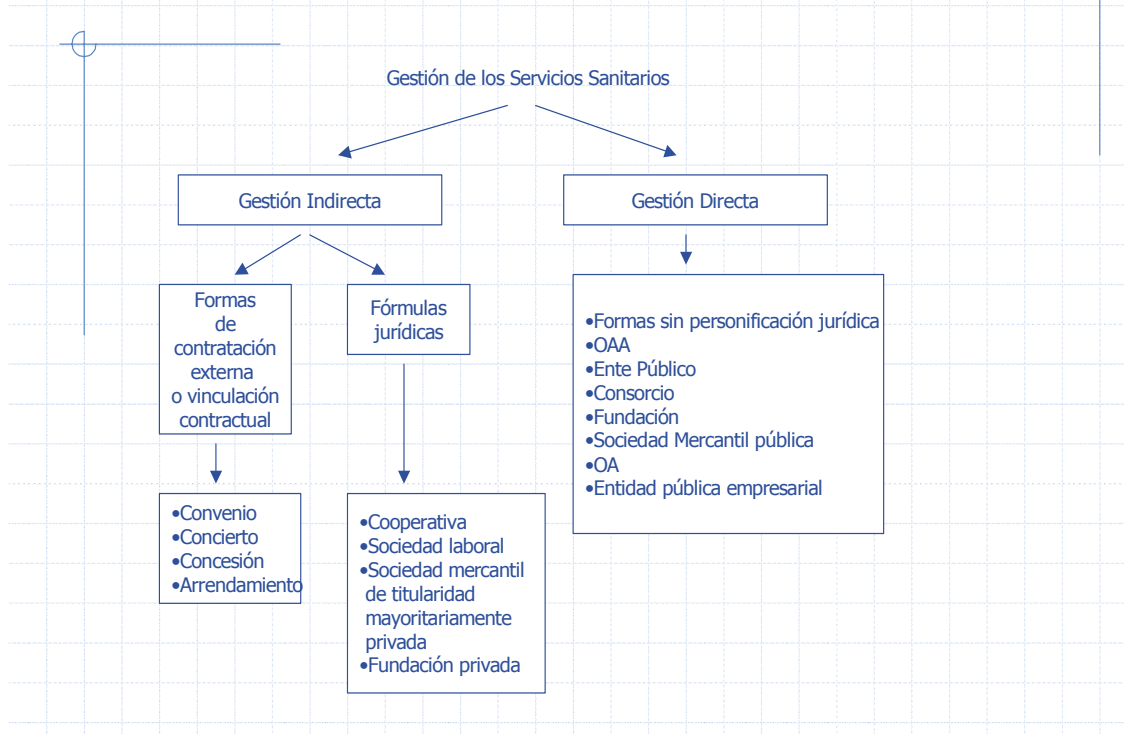
5.3. Análisis de las nuevas formas de gestión

5.3.1. Introducción

En este apartado se revisan y analizan las nuevas formas de gestión introducidas en el Servicio Nacional de Salud, como consecuencia de las iniciativas desarrolladas por las CC.AA. que primero asumieron las transferencias sanitarias o bien al amparo de iniciativas desarrolladas por el extinto INSALUD.

Una primera clasificación de las formas de gestionar la atención sanitaria responde a la naturaleza de los proveedores de la misma y su relación con los financiadores-compradores. Así, la gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración Pública, si bien esta puede desarrollarse mediante organismos sin personalidad jurídica propia o bien mediante persona jurídica interpuesta. La gestión indirecta se caracteriza por la producción del servicio público mediante la contratación de la misma a entidades generalmente privadas, con o sin ánimo de lucro.

Figura 4: Fórmulas de gestión de los servicios sanitarios



En nuestro SNS la modalidad dominante es la Gestión Directa sin personalidad jurídica propia. En este modelo los centros sanitarios responden en su funcionamiento y organización a los principios y restricciones generales del sector público. Desde el punto de vista legal tienen la consideración de Organismos Autónomos de Carácter Administrativo (OACA), no disponen de patrimonio propio, la Administración Pública fiscaliza a través de la Intervención el cumplimiento de la legalidad vigente, el personal es estatutario, y no disponen de tesorería propia. La toma de decisiones está sujeta al cumplimiento de la normativa, reglamentos y disposiciones públicas que buscan garantizar la legalidad de los procedimientos como primer objetivo, lo cual suele ir en detrimento de la eficiencia en el uso de los recursos asignados.

Ello no obsta para que con un carácter experimental y selectivo se hayan ido incorporando nuevas formas de gestión. Dichas nuevas formas de gestión se han aplicado en el ámbito de la

gestión directa para dotar de personalidad jurídica propia a hospitales de nueva creación, manteniéndose sin modificaciones sustantivas el grueso de los hospitales públicos.

En cuanto a la gestión indirecta se han desarrollado un conjunto de nuevas iniciativas de gran interés, entre las que cabe destacar la figura de la concesión administrativa, las entidades de base asociativa y los conciertos de carácter sustitutorio.

5.3.2. Gestión directa

5.3.2.1. Las Fundaciones Públicas

Las fundaciones en nuestro ordenamiento jurídico son organizaciones dotadas de personalidad jurídica propia y constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas y jurídicas, públicas o privadas, que por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general.

Esta figura jurídico-organizativa apenas ha sido utilizada por las Administraciones Públicas. Sin embargo, en el ámbito de las recientes innovaciones organizativas de la sanidad pública ha sido objeto de gran interés y debate al haber sido elegida, con modificaciones ad hoc, por el extinto INSALUD como el marco legal más idóneo para permitir la autonomía de gestión de los hospitales públicos sin perder el control por parte de la Administración Sanitaria, posibilitando la transformación colectiva del conjunto de hospitales dependientes del INSALUD.

La introducción de esta figura jurídica en la sanidad pública tiene su origen en la nueva Ley de Fundaciones aprobada en noviembre de 1994, en cuyo artículo 6.4 se alude a las fundaciones públicas en los términos siguientes: "las personas jurídicas públicas tendrán capacidad para constituir fundaciones, salvo que sus normas reguladoras establezcan lo contrario". Recientemente la Ley de Fundaciones, de 26 de diciembre de 2002, define a las fundaciones del sector público estatal como aquellas en las que concurra alguna de estas dos circunstancias: a) que se constituyan con una aportación mayoritaria, directa o indirecta de la Administración General del Estado, sus organismos públicos o demás entidades del sector público estatal, o b) que su patrimonio fundacional, con un carácter de permanencia, esté formado en más de un 50% por bienes y derechos aportados o cedidos por las referidas entidades (disposición final segunda). La disposición adicional cuarta de esta Ley establece que las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, seguirán rigiéndose por su normativa específica, aplicándosele los preceptos del capítulo XI (Fundaciones del sector público estatal) con carácter supletorio⁶.

El Real Decreto 29/2000 de 14 de enero desarrolla reglamentariamente la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión. En el artículo 3 de este decreto se alude a dos figuras jurídicas claramente diferenciadas: Las Fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994 de 24 de noviembre y las Fundaciones Públicas Sanitarias. Como ya se ha señalado estas últimas no han sido utilizadas en la práctica. En consecuencia, la discusión sobre la supuesta bondad o maldad de las Fundaciones debe efectuarse sobre la realidad existente, teniendo en cuenta que estas fundaciones se han creado con la cobertura jurídica de la Ley de Fundaciones de 1994.

Las experiencias disponibles se circunscriben a iniciativas de carácter selectivo y minoritario dentro del antiguo territorio INSALUD y a iniciativas desarrolladas en la Comunidad Gallega, que ha apostado claramente por esta modalidad para los hospitales comarcales de nueva creación. Seguidamente se comenta la evidencia disponible.

⁶ Recientemente el Tribunal Supremo ha desestimado el recurso interpuesto por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) contra el Real Decreto 29/2000 que regula figuras como fundaciones, consorcios, sociedades estatales y fundaciones públicas sanitarias, al no ser escuchado el Consejo Interterritorial.

▪ *Fundaciones Públicas Hospitalarias en Galicia*

Galicia ha sido la Comunidad Autónoma que más ha utilizado la figura jurídica de la Fundación Pública. En el cuadro 1 se señalan las iniciativas desarrolladas hasta el momento. De dicho cuadro se desprende que las Fundaciones han sido elegidas como forma jurídica para los hospitales comarcales de nueva creación y para gestionar otras actividades como centros monográficos, urgencias, centros de formación o entidades creadas para fomentar la cooperación con Iberoamérica en materia de salud.

Seguidamente se describen los rasgos más relevantes de las Fundaciones Públicas Hospitalarias mediante el análisis de sus estatutos. Dichas fundaciones, denominadas de Competencia Autonómica, son entidades sin ánimo de lucro, con personalidad jurídica propia y que tienen afectado su patrimonio básicamente a la prestación de servicios sanitarios, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo a los criterios de atención primaria y especializada (Art. 7.a), siendo beneficiarios de la misma todas aquellas personas que tengan derecho a la asistencia gratuita dentro del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 1: Fundaciones sanitarias en Galicia

HOSPITALES
Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira
Fundación Pública Hospital da Barbanza
Fundación Pública Hospital de Verín
Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés
OTROS CENTROS
Fundación Pública Instituto Galego de Oftalmología
Fundación Pública Centro de Transfusión de Galicia
Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061
Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria
Fundación Pública Foro Permanente Galego e Iberoamericano do Saúde

El régimen jurídico del personal es de carácter laboral y sus ingresos provienen básicamente de los obtenidos mediante la firma del contrato programa con el SERGAS. Deben realizar un proyecto anual de presupuesto de ingresos y gastos que deberá ser aprobado por el patronato y cuya aprobación está supeditada a la aceptación de las partidas consignadas con cargo a los presupuestos generales de la Comunidad⁷. La fundación podrá endeudarse mediante créditos por necesidades de tesorería con un plazo de amortización y pago de intereses inferior a un año.

La Fundación se rige por el patronato, que es el órgano colegiado que detenta las funciones de gobierno, control y representación. La composición del patronato se caracteriza por estar totalmente dominada por las Autoridades Sanitarias (Consejería de Salud y SERGAS); así el presidente es el Consejero de Sanidad o en quien este delegue, siendo vocales natos el director médico y el director de gestión del hospital de referencia, el gerente del área de atención primaria, el director de la Fundación con voz pero sin voto y un representante de los ayuntamientos de su área de influencia designado por un período de dos años; los patrones elegidos se designan por un período de dos años, siendo designados tres por el Consejero de Sanidad, y otros tres por el presidente del SERGAS. Completa la composición un secretario con voz pero sin voto. Además, el Consejero de Sanidad podrá nombrar hasta un máximo de tres personas adicionales en calidad de asesores con voz pero sin voto.

El director de la Fundación es nombrado por el patronato mediante contrato laboral por una duración no superior a cuatro años, prorrogables mediante acuerdo de las partes.

⁷ *Las Fundaciones en Galicia han sido objeto de una reforma legislativa conducente a incrementar el control público sobre sus actividades introducida en la Ley de acompañamiento de los presupuestos gallegos para el año 2001. De esta forma se obliga a cambiar su régimen de contrataciones, y sus presupuestos deberán estar sometidos al control parlamentario, siendo el consejo de la Xunta de Galicia quien decida su creación, modificación o disolución.*

La actividad asistencial de las fundaciones se organiza mediante áreas clínicas que agrupan a las unidades funcionales que integrarán a los profesionales y los equipos interdisciplinarios que se responsabilizan de la gestión de un grupo específico de procedimientos asistenciales.

Desde su puesta en marcha ha habido un fuerte debate sobre los resultados obtenidos por las Fundaciones en Galicia, sin embargo este se ha desarrollado desde posicionamientos políticos con apriorismos ideológicos que dificultan el diálogo y provocan frecuentes descalificaciones que sustituyen las valoraciones basadas en el análisis de los datos. Desde un punto de vista estructural los hospitales gestionados como fundaciones tienen una escala menor, la media de camas en los mismos es de 80 mientras que en los comarcales es de 120, la dotación de recursos humanos medida por población de referencia también es menor, sobre todo en personal de enfermería y personal no sanitario (la media de las fundaciones por cada 10.000 habitantes para ambos colectivos es respectivamente 25,6 y 31,25; mientras que en los hospitales comarcales se elevan a 41,7 y 119,6 respectivamente). A partir de un estudio comparativo sobre datos agregados, Martín (2003a) se obtienen las siguientes conclusiones: las fundaciones, en promedio, realizan menos actividad, tienen más pacientes en listas de espera y derivan más a otros hospitales que los hospitales comarcales gestionados directamente. La pregunta relevante en cuanto a la dotación de recursos señalados no puede ser en función de las cantidades absolutas, dando por supuesto que más dotación es mejor, sino que debe venir en función de la calidad y la eficiencia con que se prestan los servicios asistenciales para la población protegida. En este sentido, y con datos que recogen la actividad asistencial para el 2002 se constata que en las fundaciones se han realizado más operaciones quirúrgicas y que cada facultativo realiza más primeras consultas (442 en las fundaciones frente 403,8 en los otros hospitales).

Así pues, el debate, a falta de datos concluyentes, parece situarse en la mayor derivación de las Fundaciones, en la menor dotación de recursos y en la mayor eficiencia respecto a los hospitales comarcales gestionados directamente por el SERGAS. Además el debate se dificulta por los problemas estructurales que presentan los hospitales comarcales, con cifras bajas de ocupación que encuentran su justificación en razones de equidad. En este sentido las Fundaciones se han adoptado en los comarcales de nueva creación que responden a una menor dotación estructural lo cual dificulta la comparación sobre la eficacia relativa de cada forma de gestión.

De cara al futuro, la ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA), en su capítulo VIII, dedicado a las "Formas de gestión de servicios sanitarios con personalidad jurídica propia", admite diferentes formulas para gestionar centros sanitarios: fundaciones, sociedades públicas autonómicas, entes públicos, consorcios públicos –en concurrencia con otras entidades públicas o privadas o cualquiera otra forma jurídica admitida por la legislación vigente. Así pues viene a consolidar la figura de las Fundaciones Sanitarias. En su artículo 70 señala que todas las fundaciones sanitarias constituidas por la Comunidad Autónoma de Galicia son de titularidad y naturaleza pública, la creación de nuevas fundaciones, así como su modificación o extinción debe ser aprobada por decreto del Consello de la Xunta, a propuesta del Conselleiro de Sanidad (Art 71). La relación jurídica del personal al servicio de las fundaciones públicas sanitarias será de naturaleza laboral (Art.72). Podrán disponer de su propio patrimonio y podrán tener bienes y derechos adscritos por la Administración de la Comunidad Autónoma, los recursos económicos tendrán la consideración de ingresos de derecho público, y en materia financiera, presupuestaria y de control, las fundaciones públicas sanitarias se regirán por lo previsto para las sociedades públicas autonómicas en el decreto legislativo 1/1999, de 7 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Régimen Financiero y Presupuestario de Galicia.

Además, dicha ley en su artículo 69⁽⁵⁾ propone que el SERGAS podrá prestar asistencia sanitaria a través de entidades de naturaleza asociativa dotadas de personalidad jurídica propia, integradas mayoritariamente por profesionales del sector sanitario, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de éstos en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público. Con ello se posibilita la adopción de las Entidades de Base Asociativas (EBAs) utilizadas únicamente hasta el momento en Cataluña.

▪ *Otras Fundaciones: La experiencia del INSALUD*

El INSALUD ha llevado a cabo un proceso de experimentación de nuevas formas de gestión en hospitales de nueva creación, bajo la forma de Fundaciones Públicas al amparo de la Ley 30/1994. Dicho proceso se inicia en 1997 con la creación de la fundación hospital de Manacor, seguida por la de Alcorcon al año siguiente. A estas dos experiencias iniciales le ha seguido la Fundación Hospital de Calahorra, constituida el 7 de abril de 2000 por el Consejo de Ministros, que presta atención a una población de 62.219 habitantes de La Rioja Baja, con una dotación inicial de 83 camas, incorporando el Centro de Especialidades ya existente en la localidad. La última experiencia del INSALUD, antes de su extinción, ha sido la creación como Fundación del Hospital Son Llátzer en Palma de Mallorca, que ha iniciado su andadura a principios del año 2002, dispone de 340 camas y atiende una población de 225.000 habitantes. Se trata pues de experiencias distintas, en entornos distintos, sobre las que no se ha efectuado un proceso de evaluación riguroso, por lo que se dispone de evidencias dispersas y no sistematizadas.

En términos generales las Fundaciones constituidas por el INSALUD se caracterizan por ser entidades con personalidad jurídica propia, regidas por un patronato controlado por las Autoridades Sanitarias, que a su vez determinan los ingresos de estas entidades mediante la contratación de sus servicios. Su personal se rige por el derecho laboral y no están sometidas a la Ley de Contrataciones del Estado. En consecuencia puede afirmarse que, a grandes rasgos, el marco regulador es muy semejante al de las Fundaciones creadas en Galicia y responden a una misma filosofía de gestión e impulso político⁸.

Tabla 2: Fundaciones creadas por el INSALUD

Fundación Hospital de Manacor (Islas Baleares) 1997
Fundación Hospital de Alcorcón (Comunidad de Madrid) 1998
Fundación Hospital de Calahorra (La Rioja) 2001
Fundación Hospital Palma II (Sont Llátzer) (Islas Baleares) 2001

El INSALUD en su memoria del año 2001 aporta una comparación de resultados entre las Fundaciones Hospital de Alcorcón y el conjunto de hospitales del grupo 2. De dicha comparativa se desprende que la Fundación Hospital Alcorcón para el año 2000 presenta una estancia media inferior a su grupo de referencia, un porcentaje de ingresos por urgencia claramente inferior, y un porcentaje de cirugía ambulatoria sobre intervenciones programadas superior. Estos resultados se obtienen con un índice de complejidad superior.

Tabla 3: Comparación resultados (Memoria del INSALUD 2001)

	F. H. Alcorcón	Grupo II
Estancia media	5,50	7,22
Relación Sucesivas/primeras	2,13	1,86
% Urgencias ingresadas	9,91	15,34
% C.A./Interv. programadas	60,36	49,81
Complejidad (peso medio)	1,40	1,36
Indice Estancia Media Ajustada	0,78	-

Por su parte la Fundación Hospital de Manacor se compara con el grupo 1 de los hospitales del INSALUD, obteniéndose una estancia media ligeramente inferior, y un porcentaje de cirugía ambulatoria sobre intervenciones programadas mayor, para una mayor complejidad. El porcentaje de ingresos urgentes es ligeramente superior a su grupo de referencia.

⁸ *La experiencia piloto se desarrolló en Galicia con la Fundación Hospital de Verín, y en 1996 con el triunfo del PP en las elecciones generales se extendió al ámbito del INSALUD.*

Tabla 4: Comparación de resultados (Memoria INSALUD 2001)

	F. H. Manacor	Grupo I
Estancia media	5,43	5,88
Relación Sucesivas/primeras	1,45	1,88
% Urgencias ingresadas	15,52	14,55
% C.A./Interv. programadas	57,25	50,98
Complejidad (peso medio)	1,33	1,22
Indice Estancia Media Ajustada	0,89	-

Al margen de estos datos, no obstante, se constata la falta de estudios rigurosos que permitan comparar los pros y contras de las fundaciones respecto a los hospitales tradicionales.

En Andalucía el modelo de Fundación Pública se ha desarrollado para gestionar otras actividades tales como investigación, formación, etc. (Fundación Progreso y Salud, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo -FAISEM-, Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y Fundación IAVANTE).

5.3.2.2. Las Empresas Públicas Sanitarias

Se pueden distinguir dos modalidades de empresas públicas: las Entidades de Derecho Público, cuya actividad se sujeta al derecho privado y las Empresas públicas con forma societaria, cuya titularidad corresponde a una Administración Pública.

Los Entes de Derecho Público (Ente Público), se definen como “Organizaciones con personalidad y organización jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creados para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad”.

El régimen jurídico de las Entidades Públicas se establece por su propia ley de creación y desarrollo, lo que permite adaptarlas a los fines perseguidos por los Autoridades Sanitarias. La gestión de los recursos humanos se rige por el derecho privado, (de hecho esta puede ser una de las finalidades que se busca con su creación), si bien puede aplicarse el régimen funcionarial o incluso el estatutario si así lo establece su Ley de creación. Los órganos de gobierno están integrados por el Consejo de Administración y por la figura del Director gerente.

Las Entidades Públicas se venían rigiendo por el derecho mercantil para la contratación de bienes y servicios, pero la Ley 13/1995 obligó a éstas a someterse a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, lo que limita su autonomía de gestión al objeto de incrementar el control y garantías públicas.

Los Entes Públicos han sido utilizados en la Sanidad Pública a dos niveles claramente diferenciados: de una parte como figura jurídica de algunos Servicios Autonómicos de Salud, como es el caso del Servicio Catalán de la Salud⁹ y el Servicio Vasco de Salud¹⁰ (Osakidetza) y de otra como forma jurídico-organizativa de empresas proveedoras de servicios sanitarios.

Andalucía ha sido la CC.AA. que más ha utilizado la modalidad de Ente Público junto a Cataluña, para organizar algunas de las empresas proveedoras de servicios sanitarios. En la tabla 5 se reseñan las iniciativas desarrolladas hasta el momento.

⁹ En Cataluña, la Ley 15/90, Ordenación Sanitaria (LOSC), define al SCS como un Ente Público responsable de la ordenación y regulación de los servicios sanitarios, asumiendo por tanto las funciones de aseguramiento, compra y contratación de servicios.

¹⁰ En el País Vasco, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria, transformó el Servicio vasco de Salud en su totalidad en un Ente Público, subrogándose en todos los derechos y obligaciones del Organismo Autónomo administrativo (OAA) que se extingue.

Tabla 5: Empresas Públicas en Andalucía, Madrid y Cataluña

ANDALUCÍA

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (1994)
Empresa Pública Alto Guadalquivir (ámbito territorial Andújar): responsable de la gestión del Hospital de Andújar (1999) y del Hospital de Montilla (2003).
Hospital Costa del Sol (1992)
Hospital de Poniente (1997)
Hospital de Andújar (1999)
Escuela Andaluza de Salud Pública

COMUNIDAD DE MADRID

Hospital de Fuenlabrada (2003)

CATALUÑA

Instituto de diagnóstico por la imagen (1991)
Energética de Instalaciones sanitarias. S.A. (1991)
Gestión de Servicios sanitarios (1992)
Instituto de Asistencia Sanitaria (1992)
Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992)
Sistema de Emergencias Médicas S.A. (1992)
Agencia de Evaluación de la Tecnología e Investigación Médica (1994)
Instituto Catalán de Oncología (1995)
Servicios Sanitarios de Referencia – Centro de Transfusión y Banco de Tejidos (1995)
Parc Sanitari Pere i Virgili (1999)

Como señala Martín (2003 a) “En Andalucía, la creación de Entes Públicos como el Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, el Hospital de Poniente o el de Andújar ha buscado ante todo la obtención de mayores grados de libertad en la gestión y la posibilidad de desarrollo de políticas laborales y retributivas específicas en los centros sanitarios, con el objetivo de obtener mayores niveles de eficiencia en la provisión de servicios sanitarios”.

Estos hospitales obtienen su financiación de acuerdo con el presupuesto aprobado en la Ley de presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía y según la cuantía de los objetivos asistenciales fijados en su contrato programa. Asimismo pueden acudir al endeudamiento, si bien con controles y cautelas del regulador.

En Cataluña esta figura ha sido utilizada para organizar una amplia variedad de servicios sanitarios no hospitalarios, al objeto de hacer posible una gestión más autónoma y más flexible. En estos casos la titularidad de dichas empresas recae en la Generalitat de Cataluña.

En diciembre del año 2002 la Comunidad de Madrid ha creado como empresa pública el Hospital de Fuenlabrada, al amparo de la Ley de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid para 2003. Dicho hospital, de 385 camas, se constituye como una Entidad de Derecho Público con personalidad jurídica propia, en el que el personal se rige por el derecho laboral y la actividad asistencial se organiza en Unidades de Responsabilidad.

▪ *Evidencia analizada*

El Hospital Costa del Sol es una de las experiencias de gestión alternativa al modelo burocrático que más atención ha recibido. Los más de diez años transcurridos desde su creación como empresa pública permiten obtener algunas conclusiones respecto a los resultados alcanzados. El HCS es una entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, que por ley ha de ajustar sus actividades al ordenamiento privado.

Los órganos de gobierno y de gestión están formados por el Consejo de Administración y la figura del Director Gerente y su equipo directivo, además de una comisión consultiva.

El Consejo de Administración está formado por diez miembros, claramente dominado por las Autoridades Sanitarias, con representación institucional de seis miembros (dependientes del Servicio Andaluz de Salud) dos miembros (dependientes de la Consejería de Economía y Hacienda), además del Gerente y del secretario.

La Comisión Consultiva está presidida por el Director Gerente y compuesta por representantes de la Administración Sanitaria, Organizaciones Sindicales, Organizaciones Empresariales, Mancomunidad de Municipios de la Costa del Sol y Organizaciones de Consumidores y Usuarios. Sus funciones son: proponer medidas a desarrollar para dar respuesta a problemas sanitarios de la comunidad, promover la participación ciudadana, la salud pública y los estilos de vida saludables y conocer e informar la memoria anual y el anteproyecto de presupuestos del hospital. Resulta clara la voluntad de control político sobre el Consejo de Administración y el papel meramente consultivo del resto de stakeholders del hospital.

Algunas de las características organizativas del mismo, como consecuencia de su capacidad para tomar decisiones son: autonomía en la gestión de los recursos humanos que posibilita un sistema de selección de candidatos basado en el perfil de competencias y la adaptación a la cultura del centro. Un sistema retributivo que combina una retribución fija basada en la categoría y otra cuantía variable basada en el logro de objetivos. Autonomía financiera al disponer de fondos propios y poder gestionar su tesorería, externalización de numerosos servicios lo que implica una mayor flexibilidad y capacidad de concentración en los problemas asistenciales.

El sistema de control de la gestión se basa en el contrato programa con la Consejería de Salud, mediante el cual se fija de forma creíble la cuantía de la actividad a realizar y el presupuesto de ingresos. El segundo escalón se basa en la negociación mediante una Dirección Participativa por Objetivos (DPPO) con los servicios asistenciales responsables en última instancia de los resultados, que conlleva una descentralización por centros de responsabilidad del presupuesto asignado, lo cual permite trasladar capacidad de decisión e involucrar en la misma a los profesionales. En este sentido la estructura organizativa del hospital se basa en centros de responsabilidad, denominadas Áreas Integradas de Gestión (AIG), con las cuales se lleva a cabo una presupuestación prospectiva provisional por AIG y a los procesos que tratan (GDR)

Pérez, Martín, Carretero y López (1997) llevan a cabo un amplio estudio comparativo que permite disponer de evidencia empírica sobre la eficiencia del HCS. En este estudio se evalúa la eficiencia del HCS en relación con el resto de los 18 hospitales públicos comarcales de Andalucía, todos ellos pertenecientes al SAS, utilizando tres metodologías distintas; los resultados obtenidos señalan el elevado nivel de eficiencia del HCS.

Otra empresa objeto de análisis ha sido la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) creada en Andalucía por la Ley 2/1994, de 24 de marzo, con el objetivo de llevar a cabo la prestación de la asistencia sanitaria a las personas con urgencias médicas, cuyo diagnóstico o tratamiento requiera una asistencia inmediata y de alta complejidad, a la vez que comporte un riesgo grave para la vida, o pueda producir secuelas graves y permanentes al individuo. La EPES se organiza internamente en Centros de Responsabilidad para cada Provincia, con una actividad homogénea lo que facilita la medición de su producto. El personal es laboral y se retribuye mediante una política de incentivos que tiene como ejes la simplicidad de la estructura retributiva y la importancia de la parte variable asociada a los resultados a conseguir. Además el Contrato Programa vincula de forma clara el cumplimiento de los objetivos con las retribuciones variables del equipo directivo y del resto de profesionales.

5.3.2.3. Los consorcios sanitarios en Cataluña

Un consorcio es una fórmula orgánica de colaboración entre diferentes Administraciones, aunque también pueden formar parte entidades privadas sin ánimo de lucro, sin que con ello se desvirtúe la naturaleza pública del ente. La creación de los consorcios sanitarios encuentra su justificación en encontrar respuestas a unas necesidades concretas de ordenación y de optimización de recursos en un territorio dado.

Los consorcios se rigen por sus propios estatutos, que adquieren gran importancia dada la singularidad de la figura jurídica y la variedad de situaciones que pueden recogerse bajo esta denominación. El gobierno de los consorcios depende de su Junta General y/o de su Consejo Rector, cuyos miembros representan a las diversas entidades consorciadas, de acuerdo con la aportación patrimonial de sus miembros, y/o las establecidas en sus estatutos. El ejecutivo recae en la figura del gerente nombrado por el órgano de gobierno de la entidad, si bien éste puede decidir otorgar estas funciones a otra entidad ajena. La contratación de personal suele ser en régimen laboral, si bien puede admitir la adscripción de personal perteneciente a la plantilla de cualquiera de las entidades consorciadas, aunque este tenga vinculación de carácter funcional o estatutaria. Les es de aplicación la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, y están sujetos a un control financiero mediante auditoría anual, por lo que dispone de autonomía de gestión y rendimiento de resultados a posteriori. Los consorcios pueden tener patrimonio propio o adscrito, siendo lo normal que las entidades consorciadas adscriban su patrimonio al consorcio o cedan sus derechos de uso.

Tabla 6: Consorcios sanitarios en Cataluña

Consortios Sanitarios en Cataluña
Consortio Hospitalario de Vic (1986)
Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (1986)
Consortio Sanitario de Terrassa (1988)
Consortio Sanitario de Barcelona (1988)
Consortio Sanitario Integral (1994)
Consortio Sanitario de la Selva (1992)
Consortio Sanitario del Alt Penedés (1994)
Consortio Sanitario del Maresme
Consortio Sanitario de la Anoia (1992)
Consortio del Laboratorio Intercomarcal del Alt Penedés, la Anoia y el Garraf
Corporación de Salud del Maresme y la Selva

La Comunidad Autónoma que más ha utilizado esta figura es la Catalana (véase tabla 6), debido a la existencia de numerosos centros sanitarios dependientes de diferentes administraciones locales. Los consorcios en Cataluña se crean al amparo del artículo 7.2 de la LOSE, que permite al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) crear entidades, o participar en ellas, para la gestión y la ejecución de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público.

▪ *La aportación del TOP 20*

La consultora lasist, filial española de la empresa americana Solucient viene aportando en los últimos cuatro años (2000-2003) un estudio comparativo (Benchmark) de hospitales públicos españoles que deciden participar de forma voluntaria. Para ello se obtienen y analizan un conjunto de indicadores sobre calidad asistencial, estructura y eficiencia (sostenibilidad).

Los hospitales mejor situados integran el denominado TOP 20, formado por los cuatro hospitales mejor situados en cada una de las cinco categorías en que se subdividen (Grandes hospitales docentes, hospitales docentes, grandes hospitales generales, hospitales generales medianos y hospitales pequeños).

La tabla 7 recoge los resultados en las cuatro ediciones realizadas hasta la fecha. De los datos aportados en estos cuatro años cabe destacar la aparición de la Fundación Pública de Manacor (en tres ediciones) y de la Fundación Pública de Alcorcón (en dos ediciones) La Fundación Pública de Igualada sobresale al aparecer en las cuatro ediciones. El controvertido Hospital de la Ribera se incluye entre los mejores en las tres últimas ediciones. Finalmente cabe destacar a la Fundación Pública Hospital Vires da Xunqueira (Galicia) y a la Fundación Pública Hospital de Calahorra entre los hospitales de pequeño tamaño que aparecen en el Top 20 del año 2002.

Estos resultados, tomados con las debidas cautelas, parecen avalar en primera instancia las ventajas de las nuevas formas de gestión sobre las tradicionales, si bien como todo estudio empírico requiere efectuar un análisis más detallado. Así, Peiró (2002) señala algunas

deficiencias de los sistemas de información para ajustar por el riesgo que pueden limitar la validez de los indicadores de calidad. Por otro lado se señala que el enfoque del estudio es fundamentalmente productivista, destacando aquellos hospitales con estancia media corta, con elevada ocupación, con buen registro, recursos alternativos para derivar pacientes, poca plantilla y cirugía sin ingreso. El estudio no analiza el estado de salud de los pacientes una vez dados de alta, lo cual plantea ciertas dudas, que deberían ser subsanadas para poder disponer de una comparativa totalmente fiable y generalmente aceptada.

Tabla 7: Resultados del Top 20

Grandes Hospitales	2000	2001	2002 (146 Hospitales)	2003 (139 Hospitales)
	H.U. Son Dureta de Mallorca	H.U. Son Dureta de Mallorca	H. Clínico y Provincial de Barcelona	H. Clínico y Provincial de Barcelona
	H. Clínico y Provincial de Barcelona	H. Clínico y Provincial de Barcelona	H. Valle de Hebrón (Barcelona)	H. Santa Cruz y San Pablo (Barcelona)
	H. Santa Cruz y San Pablo (Barcelona)	H.U. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	H.U. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	H. Valle de Hebrón (Barcelona)
	H. de Cruces (Baracaldo)	Hospital de Cruces (Baracaldo)	H.U. de Salamanca	Virgen de la Arrixaca (Murcia)
Hospitales Docentes	2000	2001	2002	2003
	C.S. Parc Tauli (Sabadell)	H.Mutua de Tarrasa	H. de Sabadell (C.S.Parc Tauli)	H.U. Juan XXIII de Tarragona
	H.U. Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)	H.U. Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)	H. Mutua de Tarrasa	C.H. de Tarrasa
	H.U. de Getafe	H.U. Sant Joan de Reus	C.H. Ciudad Real	H. Severo Ochoa
	H.U. Juan XIII	H.U. Dr. Peset	H.U. Dr. Peset	H.U. Dr. Peset
Grandes Hospitales Grles	2000	2001	2002	2003
	Cruz Roja de Hospital Llobregat	H.G. de Vic	H.G. de Vic	H.G. de Vic
	H.G. de Vic	C.S. del Maresme (Mataró)	C.S. del Maresme (Mataró)	F. H. de Alcorcón
	H. de Mataró	H.G.U. Morales Messeguer	F.H. Alcorcón	H.G.U. Morales Messeguer
	H. Morales Messeguer	Hospital de la Ribera	H. de la Ribera	H. de la Ribera
H.G. Medianos	2000	2001	2002	2003
	F.H. Manacor	F.H. Manacor	F.H. Manacor	H.G.U. Marina Alta (Denia)
	C.H. Unidad Coronaria de Manresa	C.H. Unidad Coronaria de Manresa	F.S. Igualada	H.M. de Badalona
	F.S. de Igualada	F.S. de Igualada	H. de Figueres (Gerona)	F.S. de Igualada
		H. de Figueres (Gerona)	H. de San Pau i Santa Tecla	H. de Figueres (Gerona)
H.G. Pequeños	H.C. de l'alt Penedés	H.G.U. Marina Alta (Denia)	F.P.H. Virxe da Xunqueira	H.C. de San Bernabé en Berga
	H. San Jaume	H. San Jaume	F.H. de Calahorra	Hospital San Jaime en Olot
	H. de Palmós	H. de Palmaos	H. San Sebastián	Pius Hospital de Valls (Tarragona)
	Pius Hospital de Valls (Taragona)	Pius Hospital de Valls (Tarragona)	H.G. de Onteniente (Valencia)	H.G. de Onteniente (Valencia)

HU = Hospital Universitario; CS = Corporación Sanitaria; CH = Complejo hospitalario; FH = Fundación hospitalaria; HGU = Hospital General Universitario; FS = Fundación Sanitaria; HC = Hospital Comarcal

5.3.3. Gestión indirecta

5.3.3.1. La concesión administrativa: El hospital de la Ribera

La modalidad de concesión administrativa para prestar la atención sanitaria de una comarca es una de las experiencias innovadoras más radicales y por tanto más sujeta a controversia de las desarrolladas en las CC.AA. transferidas. La técnica jurídica utilizada es la del concierto regulado por el artículo 157 del Texto Refundido de la Ley Contratos de las Administraciones Públicas para llevar a cabo una contratación externa (con medios ajenos a la Administración sanitaria). La implantación de esta fórmula se ha desarrollado en la Comunidad Valenciana para prestar la atención sanitaria hospitalaria en una primera fase, y en una segunda se ha reformulado la concesión para gestionar conjuntamente la atención primaria y la especializada, para los habitantes del área 10 (Comarca de la Ribera).

El concesionario es una Unión Temporal de Empresas (UTE) integrada por Adeslas (Grupo Agbar) con una participación del 51%, un grupo de Cajas de Ahorro regionales con el 45% y con un 2% respectivamente las constructoras Dragados y Lubasa. La concesión en su fase inicial tenía una duración de 10 años prorrogables a 15 de la gestión de la Atención Especializada del área 10, de forma que el concesionario se compromete a construir el hospital de la Ribera (que inicia su andadura en 1999) y a cambio recibe una contraprestación en forma de pago capítativo (no ajustado) de 224,58 euros/año por persona.

Mediante esta modalidad el concesionario realiza las inversiones que revierten a la Generalitat Valenciana al finalizar la concesión, por lo que con independencia de otros aspectos permite financiar inversiones de muy alto coste mediante el pago de un flujo anual estipulado durante la vida temporal de la inversión.

Esta modalidad estuvo vigente hasta marzo del año 2003, en que se ha renegociado y sustituido por una nueva concesión durante 15 años, prorrogables a 20 de la gestión conjunta de la atención primaria y especializada del área 10. Como consecuencia de la cancelación anticipada se ha indemnizado a la concesionaria con un rescate por lucro cesante por cancelación anticipada de la concesión¹¹. La nueva concesión para la gestión integrada de la AP y AE (2003-2018) ha sido adjudicada a la misma UTE con un canon de acceso de 72 millones de euros y un nuevo per cápita de 379 euros por habitante y año¹². Las prestaciones incluidas son la atención primaria y especializada, unidades de conducta auditiva y la planificación familiar, estando excluidos los servicios ambulatorios de farmacia y oxigenoterapia, prótesis y el transporte. La concesión obliga a un compromiso de inversiones (a fin de evitar el riesgo de descapitalización del activo toda vez que este va a acabar revertiendo al concesionario), con un mínimo de 68 millones de euros para atención primaria y especializada por el período de la concesión, incluyendo la construcción de un nuevo centro de salud en Alzira. Se introduce una cláusula de limitación de la tasa interna de rentabilidad (TIR) sobre las inversiones efectuadas que no podrá superar el 7,5% anual.

El personal que presta sus servicios en el hospital de la Ribera es laboral, estando sujeto a un convenio colectivo propio. Dicho convenio establece un número de horas anuales de trabajo superior en 150 (de promedio) al personal estatutario del SVS¹³. El sistema retributivo establece incentivos en función del logro de objetivos, con la filosofía de que quien más y mejor

¹¹ Esta renegociación no ha estado exenta de críticas al discutirse el importe del lucro cesante por valor de 25 millones de euros, dado que durante los primeros años de la concesión el hospital ha incurrido en pérdidas (2,67 millones de euros en 2002). En la medida que existan dudas sobre la capacidad de renegociar condiciones favorables a la vista de resultados inferiores a los deseados por la concesión la capacidad prospectiva del acuerdo y la credibilidad del mismo se debilita y con ello el conjunto de incentivos y reparto de riesgos diseñado.

¹² El crecimiento interanual de la tarifa se realizará según el crecimiento presupuestario de la Conselleria de Sanidad teniendo como límite inferior el IPC y como límite superior el gasto del Estado en sanidad para el año correspondiente.

¹³ Los médicos y enfermeras trabajan alrededor de 1700-1800 horas/año.

trabaja más cobra. Se busca alinear los intereses de los profesionales con los de la empresa concesionaria mediante el reparto de las mejoras en la productividad alcanzadas.

El sistema de supervisión por parte de las Autoridades Públicas se establece mediante una Comisión Mixta integrada por representantes de ambas partes cuya función consiste en vigilar el cumplimiento de las cláusulas del contrato establecido. Se establece la figura del Comisionado cuya función es la inspección y control, con facultades sancionadoras y normativas. De esta forma la responsabilidad última y los derechos residuales se retienen por el concesionario.

Otros aspectos a destacar en el funcionamiento del Hospital son: apuesta clara por la cirugía mayor ambulatoria (el 51% de la actividad quirúrgica es CMA), menor estancia media, hospitalización domiciliaria (35 camas fuera del hospital), mejora en la accesibilidad del hospital con horarios de 8 a 22 horas (consultas y quirófanos), menor tiempo de respuesta del sistema, y mejoras en las amenidades (habitación individual con cama de acompañante).

De cara al futuro (nuevo horizonte temporal 2002-2018) la integración de los dos niveles en la misma concesión implica el reto de diseñar una nueva organización, en la cual la división del trabajo, la coordinación, los sistemas de información y los incentivos permitan explotar las ventajas potenciales de un planteamiento basado en la promoción de la salud frente a la gestión de la enfermedad.

Para ello algunas de las líneas que se están introduciendo son los Departamentos Asistenciales Integrados (DAIs), formados por profesionales de todos los niveles, la definición de nuevos Circuitos de Atención y nuevos Mapas de Procesos Asistenciales, la potenciación de la capacidad resolutive de la atención primaria y el refuerzo de su papel coordinador en el uso de los recursos del sistema para atender a cada paciente.

En el momento actual no se dispone de información independiente sobre los primeros resultados de esta iniciativa. Algunos de los problemas a resolver pueden deberse a la integración del personal estatutario procedente de la Atención Primaria con el personal laboral del Hospital de la Ribera, con culturas y contratos claramente diferenciados, pero que deberán trabajar de forma coordinada y con valores compartidos para avanzar en la integración y la reforma.

5.3.3.2. Las Entidades de Base Asociativas

▪ *Descripción*

La producción de servicios asistenciales con medios ajenos a la Administración sanitaria mediante el uso de Entidades de Base Asociativas (EBAs) ha sido implantada en Cataluña desde 1991, año en que se constituyen las dos primeras EBAS, la Mutua de Tarrasa y SAGESA, para prestar los servicios asistenciales de Atención Primaria en tres áreas básicas de salud. Dicha modalidad consiste en la creación de una sociedad con personalidad jurídica propia constituida totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios (al menos el 51% del capital debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ella sus servicios). La fórmula jurídica puede ser una Sociedad Anónima, una Sociedad Limitada o una Sociedad Laboral o Cooperativa. El respaldo legal a esta modalidad se encuentra en la Ley 15/90 de julio, de Ordenación Sanitaria, modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre¹⁴. La

¹⁴ El artículo 7 de la Ley 11/95 señala “De acuerdo con lo que establecen los artículos 7, apartado 2, y 22. apartados 2 y 3, de la presente Ley, el Servicio catalán de la Salud y, en su caso, las regiones sanitarias pueden establecer contratos para la gestión de centros servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, que deben ser acreditados al efecto con, entidades de base asociativas legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal a que se refiere el artículo 49, apartado 1, en los términos y con las condiciones previstas por la legislación vigente, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público”.

justificación de esta nueva modalidad de prestación de servicios se fundamenta en la búsqueda de una mayor implicación de los profesionales con el sistema sanitario público.

Las relaciones entre el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y las EBAs es de tipo contractual, fijando el contrato los mecanismos de financiación, regulación y control de estas entidades. La forma de pago para financiar la AP es capítativa y pueden disponer de un presupuesto dedicado a la compra de productos intermedios y consultas externas. En relación al gasto farmacéutico se pueden introducir mecanismos de corresponsabilidad a fin de apropiarse de una parte de los posibles ahorros obtenidos sobre los estándares pactados (entre el 20% y el 100%), si bien en caso de desviación negativa se incurre en pérdida.

Las EBAs representan un nuevo modelo de prestación de atención sanitaria en Cataluña, caracterizado por la autogestión de los propios profesionales sanitarios y la concertación con el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Existen tres grandes modalidades de proveedores, los que pertenecen al Instituto Catalán de la Salud y son gestionados directamente, los denominados "Otros Proveedores" que son centros de atención primaria con diferentes formas de dependencia – dependencia de hospitales (Mutua de Terrasa, Hospital Clínico, Consorcio hospitalario Parc Tauli), dependientes de Fundaciones o Consorcios (Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample a modo de ejemplo) – y finalmente las EBAs.

En el momento actual existen en Cataluña 12 EBAs que prestan atención sanitaria a 250.000 habitantes, estando previsto alcanzar la cifra de 16, dentro del marco estratégico de la política sanitaria catalana de diversificación de proveedores en Atención Primaria¹⁵.

El ejercicio de la autogestión por parte de las EBAs significa una mayor autonomía en políticas salariales, sistemas de incentivos, contratación de personal, decisión de horarios y políticas de compras y mantenimiento. También conlleva una mayor implicación de los profesionales que pueden encontrar formas adecuadas de conjugar la práctica clínica con la eficiencia en la gestión, dado que asumen un riesgo en función del carácter prospectivo de su financiación.

▪ *Evidencia disponible*

Recientemente la Fundación Avedis Donabedian ha realizado un estudio titulado "Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios" (Ponsá et al 2003) con la finalidad de evaluar mediante un conjunto muy amplio de indicadores los resultados obtenidos en el marco de los contratos programa durante el año 2001. Este estudio permite obtener una primera comparación de los resultados obtenidos por los tres grandes tipos de proveedores de la Atención Primaria (ICS, Otros proveedores OP, y EBAs)¹⁶.

El objetivo señalado por las Autoridades Sanitarias consiste en obtener información sobre los resultados que en la práctica estaban obteniendo los diferentes grupos de provisión para a partir de este punto, poder introducir las mejoras "exportables", entre unos y otros. El trabajo de evaluación se ha centrado en los ocho indicadores siguientes: accesibilidad, práctica clínica y efectividad, continuidad y coordinación, eficiencia, atención comunitaria, estructura, actividad asistencial, y satisfacción de los profesionales. Destacamos en este apartado las principales diferencias encontradas en función del tipo de proveedor:

En general la accesibilidad es mayor en las EBAs medida por los siguientes indicadores: porcentaje de médicos generales sobre el total que tienen horario flexible (ICS 0,4%; EBAs 24,4% y otros proveedores 5,6%) ; y pediatras (en los centros del ICS el 46,2 % con horario

¹⁵ De las 360 áreas básicas de salud existentes en Cataluña está previsto que 126 pasen a ser gestionadas por entidades ajenas, ya sea consorcios, fundaciones, mutualidades hospitalarias o entidades de base asociativa.

¹⁶ La población del estudio la constituyen los EAP puestos en funcionamiento antes del 1 de enero de 2001 y los datos de la evaluación hacen referencia al año 2001. Se ha realizado un muestreo aleatorio de 50 EAP, de los cuales 34 son gestionados directamente por el ICS, 5 gestionados por EBAs y 11 gestionados por otras entidades proveedoras.

exclusivamente de mañana, mientras en las EBAs es el 0% y el 11.2% en los otros proveedores).

En cuanto a la práctica clínica se observan algunas diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. Así, los médicos de las EBAs parecen ser más resolutivos al derivar menos pacientes a ínter-consultas, y por contra solicitan más análisis clínicos y estudios radiológicos que los otros dos grupos de comparación. El porcentaje de visitas médicas con solicitud de interconsulta en la atención especializada es: ICS 10,4%; EBA 7,8% y otros proveedores 9,7%. El porcentaje de visitas médicas con solicitud de análisis clínico es: ICS, 11,8%; EBAs 12% y otros proveedores 9,5%. El porcentaje de visitas médicas con solicitud de radiología es: ICS, 3,8%, EBAs, 5,2% y otros proveedores, 4,5%.

Se observan también diferencias significativas en cuanto al uso de antibióticos en el tratamiento de los procesos víricos, siendo el porcentaje de pacientes con diagnóstico de síndrome febril de origen vírico con tratamiento antibiótico del: ICS, 31,4%; EBAs 11,3% y otros proveedores 30,7%. La misma pauta se observa en porcentaje de pacientes con gastroenteritis tratada con antibióticos: ICS, 16,7%; EBAs, 6,3% y otros proveedores 30,7%.

El análisis de la eficiencia se ha efectuado midiendo en primer lugar el coste por habitante y año ocasionado conjuntamente por el personal adscrito al EAP y el consumo de bienes y servicios, siendo éste ligeramente inferior en las EBAs (ICS, 99,9 euros; EBAs, 95,4 euros y otros proveedores 98,5 euros). La otra gran partida en el gasto de los EAP es el importe líquido de la prescripción farmacéutica por habitante y año, donde de nuevo las EBAs presentan un mejor resultado con diferencias más significativas (ICS, 162,5 euros; EBAs, 149 euros y otros proveedores 170,1 euros). Finalmente las EBAs tienen una desviación negativa por importe del 5,1% respecto del presupuesto de farmacia, seguido por los otros proveedores con una desviación negativa del 1,9% y finalmente el ICS con una desviación positiva del 3%.

En cuanto a los datos de estructura se observan diferencias en la composición de los EAP, lo que sugiere diferentes formas de organización de la división del trabajo según tipo de proveedor. Así, el ratio de enfermeros/as en relación con la población empadronada difiere de forma muy significativa entre las EBAs y las otras dos modalidades, siendo mucho menor en las primeras, con un enfermero/a por cada 2.903 habitantes frente a 1.549 en el ICS y 1.530 en otros proveedores. También se encuentran diferencias significativas en el número de auxiliares administrativos, con la mayor dotación para los otros proveedores, con 1/1.829, seguido por las EBAs con un ratio de 1/2.318, y en último lugar en cuanto a dotación el ICS con 1/2.534.

Para medir la satisfacción de los profesionales se ha utilizado el cuestionario profesional de vida profesional (QVP), validado estadísticamente. Dicho cuestionario permite medir el grado de calidad de vida percibida por los profesionales en relación con el equilibrio entre las demandas y las cargas de trabajo, por una parte y los recursos para afrontarlas de otra. Las diferencias obtenidas entre los tres grupos de provisión no son importantes. Así, el constructo de indicadores de demanda (exigencias de la organización) arroja los siguientes resultados: ICS 6,31, EBA, 5,91 y otros proveedores 6,07, ligeramente favorable a las EBAs. En cuanto a los recursos se obtuvieron las siguientes puntuaciones: ICS 6,11, EBAs 6,96 y otros proveedores 6,59. Como los autores del estudio destacan en alguno de los ítem del apartado "recursos" se encontraron diferencias más acusadas. Así, la satisfacción con el sueldo es claramente superior en las EBAs con una puntuación de 6,05, seguida por otros proveedores con 4,56 y el ICS con 4,17. En cuanto a la percepción de la voluntad de la empresa por mejorar la calidad de vida del puesto de trabajo las EBAs vuelven a salir mejor paradas con una puntuación de 5,83, seguidas por otros proveedores con 4,62 y en último lugar el ICS con un 3,83.

Como señalan los autores con gran cautela al hacer una valoración general de las diferencias entre proveedores: "Para buena parte de los indicadores obtenidos, no se observan en la muestra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de provisión definidos. En los casos donde sí se encuentran, las hay relevantes, que acostumbra a estar relacionadas con rasgos característicos del tipo de provisión: de manera particular los aspectos de los servicios que tienen mayor relación con el hecho de que haya una auténtica relación contractual con la entidad proveedora y con la flexibilidad en la gestión de los recursos

humanos y económicos (ajuste en el presupuesto de farmacia, accesibilidad horaria de los profesionales, determinadas dotaciones de equipamiento) presentan mejores resultados en las EBAs y el grupo de otros proveedores”

5.3.3.3. Otras modalidades: el concierto

La gestión indirecta también se puede llevar a cabo mediante el concierto con proveedores privados (con o sin ánimo de lucro). En este caso se puede hablar de una auténtica separación de funciones y en consecuencia las relaciones entre el financiador-comprador y el proveedor se rigen por contratos legales en toda regla. Cataluña ha sido pionera en este tipo de modalidad, dada el fuerte peso de los centros privados integrados en la Red de Utilización Pública (XHUP). Un aspecto relevante de este tipo de contratación es la vocación de continuidad entre las partes, lo que aconseja establecer duraciones superiores al año para garantizar la cobertura y asegurar la necesaria estabilidad y capacidad de los proveedores para llevar a cabo inversiones. En consecuencia puede hablarse de relaciones cooperativas, en tanto en cuanto tienen vocación de continuidad y dependencia bilateral entre las partes.

El INSALUD utilizó esta modalidad de contratación con dos instituciones hospitalarias privadas sin ánimo de lucro, la Fundación Jiménez Díaz en Madrid y la Fundación Hospital de Jove¹⁷ en Asturias. El tipo de concierto se denomina sustitutorio, mediante el cual se adscribe al centro concertado un área asistencial cumpliendo igual función que los hospitales propios en su ámbito geográfico. Esta modalidad tiene gran interés dado que permite establecer comparaciones entre centros privados y públicos de la misma red.

La gestión indirecta puede efectuarse también mediante un carácter subsidiario, en ese caso el financiador-comprador público contrata a proveedores privados mediante diferentes modalidades una amplia variedad de servicios, así se pueden establecer conciertos para procedimientos quirúrgicos (con pago por proceso), conciertos por estancias en función de necesidades coyunturales, conciertos para servicios de CMA, o para la prestación de servicios diagnósticos (TAC, Resonancia Magnética, etc), determinados tratamientos (diálisis y oxigenoterapia) y complementaria (transporte de enfermos).

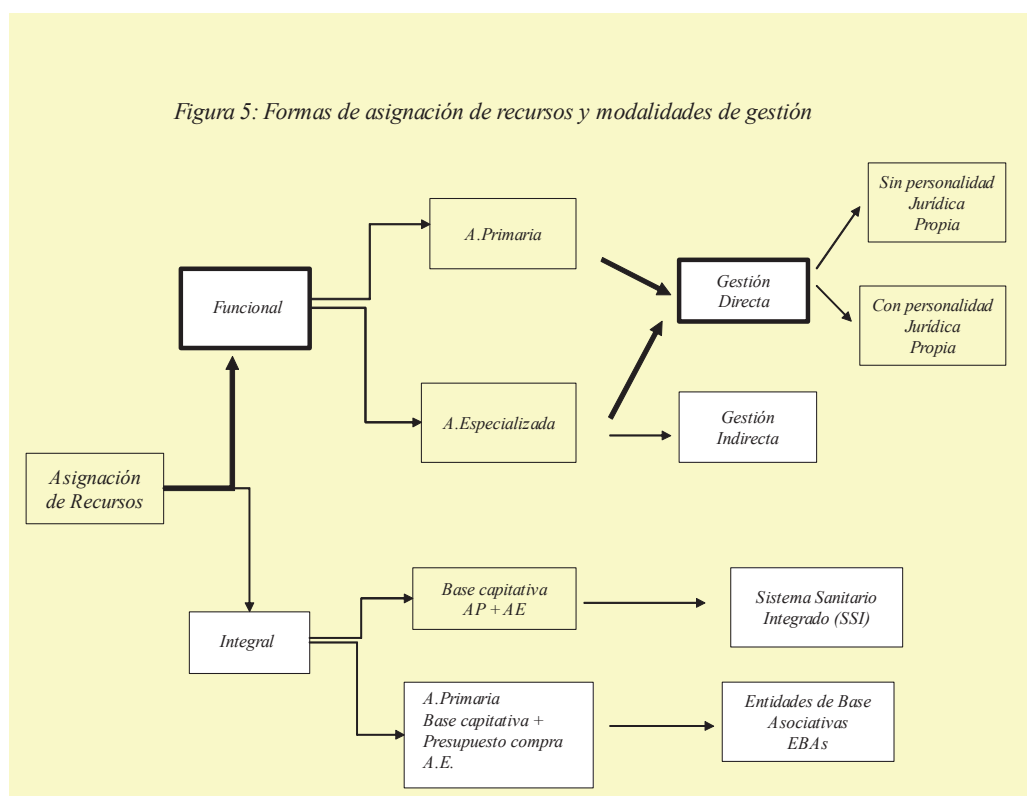
Finalmente, cabe considerar en este apartado la externalización o contratación externa de servicios que anteriormente eran realizados directamente por los hospitales públicos, siendo los más habituales los servicios de limpieza, alimentación, mantenimiento y seguridad y en menor medida lavandería Puig-Junoy y Pérez (2003).

¹⁷ *El Hospital de Jove es una fundación sin ánimo de lucro que se rige por el régimen de la Ley de Fundaciones (Ley 50/2002) y por sus propios Estatutos, el régimen del hospital es de derecho privado, los trabajadores prestan sus servicios en un régimen de selección, contratación, disciplinario o extinción no sujeto a normas administrativas, sino laborales. A ello se une que el régimen de contratación y compras no se rige tampoco por la Ley de Contratos del Estado, sino por el derecho civil o mercantil ordinario. Sus ingresos provienen fundamentalmente de la facturación, si bien el hospital atiende a todo tipo de pacientes, prácticamente el 95% de su actividad la presta a la Seguridad Social. El concierto pivota sobre la Unidad Ponderada de Asistencia, la UPA, que equivale a una estancia de Medicina Interna. El resto de la actividad (resto de las estancias, consultas y urgencias) está ligada al precio de la UPA que se establece año a año. Este sistema nació ya en época de preocupación de las listas de espera quirúrgica y prima, por tanto, la actividad quirúrgica frente al resto, que en general son deficitarias (particularmente urgencias y consultas). Por otra parte, el concierto establece un máximo de actividad anual, penalizando la actividad si se rebasa este máximo, abonando por encima de él sólo una parte del precio de la UPA. De igual modo, el sistema tiene una importante penalización si la Estancia Media excede a la pactada. Las limitaciones más importantes de este modelo, que inicialmente supuso una innovación muy importante como forma de pago de la actividad hospitalaria, y no sólo para este Hospital, vienen derivadas de que la lógica presupuestaria que rige la actuación de la Administración ha hecho que el límite de actividad se haya mantenido idéntico desde hace ya doce años, impidiendo de ese modo el normal desarrollo del centro. Por otra parte, el sistema de pago no tiene ningún incentivo implícito para transformar el hospital en el sentido en que están haciéndolo el resto de los centros: así, por ejemplo, no hay ninguna tendencia a bajar la Estancia Media, a poner en marcha la cirugía ambulatoria o más genéricamente hospitales de día, a montar unidades de corta estancia o atención domiciliaria.*

5.4. Sistemas de asignación de recursos

5.4.1. Topología de sistemas de asignación de recursos

Los sistemas de asignación de recursos entre el financiador-comprador y los proveedores de atención sanitaria pueden clasificarse en dos grandes categorías: A) Sistemas Funcionales, los recursos se asignan sobre la base de las diferentes funciones a realizar, atención primaria, atención especializada, sociosanitaria, emergencias y B) Sistemas Integrales, los recursos se asignan en función de las necesidades de atención sanitaria de la población tomando como base criterios capitativos (posteriormente se deberán reasignar funcionalmente). En la figura 5 se presentan los dos grandes sistemas de asignación de recursos junto al tipo gestión del proveedor, directa o indirecta.



En los sistemas funcionales o segregados la coordinación entre las diferentes actividades no se logra fácilmente, pero a cambio se mide de forma más precisa lo que se compra y el financiador retiene más control sobre el proveedor. En los sistemas integrales la coordinación entre funciones es inherente al sistema de contratación, por el contrario el financiador concede un mayor grado de autonomía para organizar la prestación de servicios basados en la necesidad de la población, con la consiguiente pérdida de supervisión más estrecha.

Cruzando ambas categorías: Sistemas funcionales/Integrales y gestión Directa/Indirecta obtenemos cuatro categorías que nos permiten clasificar todas las experiencias desarrolladas en nuestro Sistema Sanitario.

Figura 6: Matriz de formas de gestión y asignación de recursos

		Gestión de los servicios sanitarios	
		Gestión Directa	Gestión Indirecta
Sistema de asignación de recursos	Funcional	Hospitales y Equipos de Atención Primaria gestionados Directamente o por medio de figura pública interpuesta	Hospitales gestionados bajo diferentes modalidades por el sector privado
	Integral	Gerencias únicas con Presupuesto capitativo	Entidades de Base Asociativa Con presupuesto para A.E. Concesión administrativa de Alzira

Sistemas de salud Integrados SSI

La modalidad dominante en todas las CC.AA., a excepción de Cataluña, es la combinación funcional / gestión directa (sin personalidad jurídica propia y relaciones basadas en contratos programa). En Cataluña, en cambio, predomina la resultante funcional / gestión indirecta (instituciones privadas sin ánimo de lucro con relaciones basadas en el concierto). Los sistemas de asignación de recursos integrales y con gestión directa corresponderían a un presupuesto capitativo para atender un área sanitaria con gestión pública. Una forma de llevar a cabo esta propuesta sería integrar las gerencias de AP y AE y los presupuestos que serían gestionados de forma conjunta. Esta modalidad puede ser desarrollada con sistemas mixtos entre proveedores públicos y privados que se asocian en un Sistema de Salud Integrado, financiado de forma capitativa. Finalmente, las EBAs, son sistemas integrales y de gestión indirecta, en tanto en cuanto son sociedades privadas con un presupuesto capitativo para atención primaria y asignación presupuestaria para comprar atención especializada. La concesión administrativa de Alzira para gestionar conjuntamente atención primaria y especializada correspondería también a asignación integral y gestión privada.

5.4.1.1. Contratos

En un sistema basado en la separación de funciones entre la financiación-compra y la provisión los contratos regulan las compensaciones y contribuciones que obligan a cada parte, con independencia de la exigibilidad y credibilidad de los mismos. Antes de describir y valorar las experiencias más relevantes en cuanto a sistemas de asignación de recursos, se sintetiza brevemente cuáles son las dificultades y los aspectos relevantes en el diseño de los contratos. La literatura al respecto se ha centrado básicamente en el diseño de contratos para hospitales al hilo de la mejora en los sistemas de información sobre la complejidad, siendo mucho menor el desarrollo tanto teórico como práctico de los contratos en la Atención Primaria.

- *Contratos funcionales*

Uno de los aspectos principales sobre los que pivota el diseño de contratos para la compra de servicios asistenciales es la incertidumbre y el reparto de riesgos que soportan las partes (comprador / proveedor). Los sistemas de pago prospectivos fijan la cantidad a pagar ex-ante y el diferencial entre el gasto real incurrido y el financiado repercute sobre el proveedor que en consecuencia soporta un elevado riesgo. En un sistema retrospectivo el pago se determina ex-post en función de los costes en que se ha incurrido, de modo que el financiador-comprador asume todo el riesgo.

La otra variable relevante es lo que se compra, pudiéndose comprar actividad (pago por caso, acto, estancia, etc) o bien fijándose un presupuesto global.

La combinación de estos dos aspectos da lugar a una amplia tipología, si bien se reconocen tres grandes tipos de sistemas de financiación: sistemas de pago por acto, sistemas de presupuesto global y sistemas mixtos (Glaser, 1997; Newhouse, 1996).

El primer paso para definir un sistema de pago consiste en entender las causas de las variaciones en los costes. Se considera que dichos costes varían en función del volumen de casos atendidos, del coste de los inputs, de la casuística, de la intensidad de los recursos y la eficiencia.

Desde mediados de los años ochenta se ha avanzado notablemente en el conocimiento de la casuística, mediante el sistema conocido como Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), sistema de clasificación de pacientes disponible por los hospitales en España. Ello ha permitido introducir modificaciones en la forma contractual encaminadas a incorporar la casuística de los pacientes ingresados.

Los nuevos diseños se caracterizan por su carácter mixto, de una parte se retribuye a los hospitales en función del tipo de pacientes atendidos (casuística) y de otra en función de la estructura (variable que recoge la intensidad de los recursos de que dispone el hospital). Un sistema mixto se define como aquel que tiene en cuenta la actividad realizada y el rol del hospital en la red a que pertenece (Cots y Castells, 2001).

- *Nuevos diseños en la contratación hospitalaria*

Las dos CC.AA. que han adoptado sistemas mixtos como forma de pago a sus hospitales son Cataluña, que introdujo esta reforma en 1997, y Andalucía, que la asumió en 1998. Seguidamente se analizan los rasgos principales de estas dos reformas (Ibern, 2003; Cotx y Castells, 2001).

En Cataluña los hospitales pertenecientes a la XHUP son pagados a partir de 1997 según un sistema mixto basado en dos componentes que modulan la tarifa por alta: el componente de estructura (IRE), con un 65% de peso, y el componente de casuística (IRR) con un 35%. Nótese que el pago total se efectúa en función del alta. Para el cálculo del componente de estructura se utiliza el GOM -método de alta complejidad estadística- y difícil visualización generado a partir de 60 variables referidas a la capacidad instalada en los hospitales. La casuística se ha valorado según los GRD y pesos elaborados para el Medicare en el modelo Catalán.

En Andalucía, a partir de 1998, se introduce un sistema mixto de pago que presenta notables similitudes con el Catalán. Los hospitales andaluces reciben un presupuesto global mediante el contrato programa. En dicho contrato se establecen dos formas de pago, la casuística basada en el uso de los GRD y el pago de los costes de entorno o estructurales obtenido mediante la valoración del coste de los Centros Básicos. En este modelo la casuística¹⁸ representa el 75% mientras que la estructura pondera el 25% restante. El cálculo del componente estructural se obtiene mediante el coste medio real por estancia¹⁹ de aquellos conceptos de coste que no se relacionan con la patología (costes básicos que incluyen limpieza, seguridad, docencia, administración, admisiones, personal subalterno, mantenimiento, tintorería y nutrición).

El modelo Sanitario Andaluz es asimilable al resto de CC.AA. (con excepción de Cataluña), caracterizado por una red de centros propios gestionados directamente por el SAS mediante Contratos Programas. En consecuencia la problemática de su implantación así como el análisis

¹⁸ *En el modelo andaluz se ha conseguido establecer una continuidad entre el sistema anterior basado en la EVA y el sistema actual de GRD al construir una tabla de conversión entre la EVA con la valoración por puntos GRD, de tal forma que se puede hablar claramente de un sistema de Unidades de Medida Ponderadas (UMP) refinadas por el case mix (Cots y Castells, 2001)*

¹⁹ *El programa de contabilidad analítica COHAN permite establecer costes unitarios estandarizados según diferentes unidades de medida del conjunto de los CB para cada nivel tecnológico de los hospitales andaluces. Sobre la base de estos costes unitarios se construyen las tarifas, que reconocen la realidad estructural de estos hospitales.*

de sus ventajas e inconvenientes puede ser de interés para el resto de CC.AA. El modelo señalado puede entenderse por tanto como un intento por mejorar la información sobre la actividad que se compra y los determinantes de su coste (estructura y complejidad). Ahora bien este nuevo modelo limita como los anteriores con las dificultades de transferir riesgos a proveedores integrados en una red pública de gestión directa. Por ello de forma transitoria se recurrirá a la subvención para aquellos hospitales que generen unos ingresos con el nuevo modelo inferiores a su presupuesto de gasto real.

El modelo diseñado en Cataluña responde a una realidad claramente diferenciada del resto de las CC.AA., como lo avala que los hospitales dependientes del ICS representen tan solo el 16% de los centros y el 28% de las altas de la red de utilización pública. En consecuencia coexistían dos modalidades de pago para cada grupo de proveedores, con niveles de exigibilidad contractual no equiparables. Con el nuevo modelo se busca la uniformidad de toda la red en su financiación. Para ello todos los hospitales aportan la información necesaria para conocer la complejidad de su patología y la estructura de cada hospital. Con la experiencia disponible hasta el momento Cots y Castells (2001) identifican algunos aspectos problemáticos en su diseño e implantación (1997-2000). En primer lugar el nuevo modelo no contempla ningún período transitorio, pero su aplicación sin más habría creado desajustes muy importantes, por ello se adoptó un período transitorio de facto en el cual la ponderación por estructura se adulteró para asegurar la financiación histórica. Por otra parte al tener que asegurar la continuidad de todos los hospitales de la red pública, se disipan los incentivos a la eficiencia.

La reflexión señalada para Andalucía en el sentido de medir mejor lo que se compra pero verse abocados a aceptar la subvención para asegurar la viabilidad de los centros ineficientes, puede ser válida en Cataluña. No obstante, en este caso, dado que los contratos tipo concierto son exigibles y vinculantes se ha optado por adulterar (al menos de forma transitoria) los componentes del pago para encajarlos en las necesidades de financiación históricas.

- Coordinación atención primaria / especializada en un sistema de asignación de recursos funcional y con gestión directa basada en contratos programa

Nuestro sistema sanitario está organizado sobre dos niveles asistenciales, AP y AE, que se interrelacionan constantemente en la resolución de los problemas de salud de la población. La AP o servicios de primer nivel se caracteriza por su gran accesibilidad y por su capacidad resolutoria en aquellas patologías más frecuentes y menos complejas y por ser la puerta de entrada para la AE que se supone interviene cuando previamente hay una decisión médica que justifica el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad.

En la práctica se es consciente de que ambos niveles han funcionado y funcionan en buena medida como compartimentos estancos, cuando no enfrentados. Tienen equipos directivos separados, presupuestos separados y contratos a cumplir diferenciados. Sin embargo, los flujos de trabajo entre AP y AE siguen un acoplamiento de carácter secuencial cuando no recíproco, el paciente pasa de un nivel a otro y vuelve al primero. Ello explica la necesidad de encontrar mecanismos de coordinación adecuados para mejorar la eficacia y eficiencia conjunta del sistema sanitario.

Solamente de forma reciente se ha empezado a tratar de resolver estas importantes disfunciones, abordándolas con diferentes estrategias, entre ellas incluir en los contratos-programa determinadas cláusulas con compromisos claramente especificados y monitorizados a cumplir por las gerencias de ambos niveles o en quien estas deleguen. Se pretende establecer un pacto entre la oferta de servicios hospitalarios y la demanda de los mismos por los equipos de AP. De esta forma la gerencia de AP realiza una estimación de la demanda que espera realizar, mientras que la gerencia de AE debe analizar sus recursos de cara a atender la demanda prevista.

Otra segunda vía de actuación consiste en aumentar la capacidad resolutoria de la AP con la adecuada dotación de medios y el establecimiento de protocolos que sirvan de guía clínica para nuevas actuaciones.

En tercer lugar se han utilizado Comisiones integradoras de directivos de ambos niveles que tratan de alcanzar consensos sobre los protocolos a seguir en el tratamiento de aquellos procesos con fuertes interdependencias. Se pretende con ello que el diálogo entre las partes genere el consenso sobre la forma más idónea para alcanzar un funcionamiento coordinado.

Finalmente las nuevas tecnologías de la información pueden facilitar en gran medida la coordinación necesaria entre agendas, transferencia de pruebas, historias clínicas únicas y otros aspectos clave para compartir la información relevante, evitar duplicaciones y aprovechar sinergias.

Estas actuaciones se han ido desarrollando tanto por el INSALUD a partir de 1998, con el nuevo contrato de gestión, como por las CC.AA. ya transferidas. De hecho cabe afirmar que esta es una de las áreas donde más esfuerzos se están realizando en cada uno de los diecisiete servicios de salud existentes.

Como reflexión final cabe señalar que con gerencias y contratos separados se pueden impulsar ciertos niveles de coordinación pero no se dispone de capacidad jerárquica para reorganizar y redefinir los procesos, protocolos y secuencias de trabajo. En la medida que el diálogo posibilite el consenso y los profesionales entiendan y se involucren en cambios sustantivos en sus respectivos hábitos de trabajo, se podrá hablar de resultados relevantes.

5.4.1.2. Contratos integrados

- *Financiación Capítativa*

Una de las posibilidades más atractivas e innovadoras para introducir reformas en los sistemas sanitarios consiste en asignar la financiación con criterios capitativos. Se trata de modificar la asignación de recursos a proveedores funcionales (financiar la oferta), por una financiación capitativa basada en una estimación de las necesidades promedio de una población determinada. Con ello se fomenta la articulación entre niveles asistenciales, dado que se transfiere una cantidad fija de forma prospectiva que deberá ser asignada internamente de forma coste eficiente entre las diferentes unidades prestadoras de servicios asistenciales.

Si bien la idea resulta clara y atrayente su puesta en marcha presenta múltiples dificultades e interrogantes a resolver. Entre ellos cuál es la transferencia de riesgo real que se efectúa, qué se descentraliza (o desconcentra), y en quién se descentraliza²⁰.

A pesar de sus dificultades se empieza a disponer de algunas experiencias, si bien todavía en estado embrionarias en algunas CC.AA.. En este apartado se revisará en primer lugar el planteamiento teórico, para en segundo lugar explicitar la experiencia piloto implantada en Cataluña (Vargas, 2002), y la experiencia de Andalucía en el diseño de un sistema de financiación capitativa a los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

La asignación per cápita puede ser idéntica para el conjunto de la población o puede ajustarse por el riesgo, proceso mediante el cual se trata de adecuar la financiación capitativa a ciertas características predecibles de cada persona de las cuales se pueden inferir sus necesidades y en consecuencia su nivel esperado de gastos. Dichas variables suelen ser edad, sexo, y estado de salud, entre otras.

Los sistemas de financiación capitativa pueden tener una base geográfica (la población de un área de salud por ejemplo) o basarse en una afiliación voluntaria. En esta revisión estamos interesados en los primeros por ser los que mejor se adaptan a nuestro Sistema de Salud.

²⁰ Según Hutchinson et al (1999) las características deseables para una fórmula de asignación per cápita son: validez a la hora de reflejar las necesidades relativas de salud de la población, aceptabilidad por parte de los agentes involucrados (financiadores, proveedores y ciudadanos), resistencia a la manipulación por parte de los receptores de la cápita, flexibilidad en cuanto a la relocalización de fondos, desincentivación de prácticas perversas y factibilidad para su implantación.

La financiación capitativa requiere despejar el interrogante de a quién se le transfiere la financiación y la responsabilidad para organizar y gestionar los servicios de la salud para la población asignada. Vargas (2002), siguiendo a Hurlley et al (1999) define un Sistema de salud Integrado (SSI) como “aquel responsable de cubrir un rango de servicios para una población definida, durante un período de tiempo determinado, ya sea mediante la provisión directa o la compra de servicios a otros proveedores”.

Con la financiación per cápita se persigue la integración de los proveedores²¹. Dicha integración puede producirse mediante la propiedad conjunta (integración y coordinación mediante la autoridad jerárquica sobre diferentes tipos de proveedores), o bien, mediante acuerdos contractuales que pueden asemejarse a alianzas estratégicas, (empresas que actúan dentro de un rango de objetivos compatibles y aportan recursos de naturaleza complementaria).

Lograr una adecuada coordinación, con independencia de la forma en que se consiga, tiene como objetivo último conseguir que cada problema sea tratado en el lugar más adecuado – el más resolutorio – y que no se retengan casos ni se deriven innecesariamente. Como señalan Ortún y López (2003) “no habrá buena medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin conocimiento mutuo entre AP/AE y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación”.

Se trata de alcanzar una adecuada coordinación en la atención del paciente a lo largo de las diferentes unidades operativas del SSI, en pos de la medicina más coste-efectiva (integración clínica)²². Pero para ello se requiere que el SSI disponga de un adecuado sistema de integración funcional y de unidades de apoyo (planificación estratégica, sistemas de información compartidas como historia clínica única, tecnologías de información adecuadas, gestión financiera y de recursos humanos). Para que la integración funcional sea realmente efectiva se requiere que los profesionales estén identificados con los objetivos del sistema y su viabilidad y participen activamente (integración médica).

La asignación per cápita supone la transferencia de riesgo al SSI, debido a que la financiación es independiente de la cantidad de servicios prestados y de la eficiencia en que se incurre. Dicha financiación conlleva un techo de ingresos que incentiva a mantener los costes por debajo; con ello el financiador se asegura un control de costes pero incurre en el riesgo de que el proveedor reduzca la calidad (menor número de servicios de los potencialmente necesarios según estándares), máxime si esta no es fácilmente observable.

Para lograr los beneficios de la integración clínica se requiere que todas las partes que conforman el SSI perciban que el presupuesto de ingresos es común y que la forma en que cada parte actúe influye sobre el resultado conjunto. En consecuencia, cada componente del sistema debe buscar el óptimo global, para lo cual se tiene que consensuar la forma correcta de dividir el trabajo en la búsqueda de las soluciones más coste-efectivas dentro del continuo asistencial. Con autoridad se pueden obtener resultados basados en la planificación. En

²¹ Según Shortell y Hull (1996) la integración de esta red de proveedores puede ser de tres tipos, clínica, funcional y médica. La integración clínica se define como el grado de coordinación de la atención al paciente a lo largo de las diferentes unidades operativas, funciones actividades y personal del sistema. La integración funcional se define como el grado de coordinación de las diferentes funciones y actividades de apoyo del sistema (gestión de recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejora de la calidad). Por último la integración entre los profesionales y el sistema se define como el grado en que los profesionales se identifican con el sistema, y participan activamente en su planificación, gestión y dirección.

²² Ortún y López (2003) señalan que “Respecto a la coordinación, debe establecerse que la calidad de un sistema sanitario (medida por ejemplo por sus indicadores de salud, la supervivencia de los enfermos diagnosticados de cáncer, la tasa de complicaciones graves de diabetes, la prevalencia de resistencias bacterianas, la incidencia de enfermedades innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables ...) no se consigue sumando calidades de los centros. Un sistema sanitario funciona tanto mejor cuanto más sentido común tiene la política y más integrados están sus componentes”.

ausencia de autoridad se pueden obtener resultados fruto de un adecuado consenso, que permitan alcanzar acuerdos cooperativos entre las partes que integran la red de proveedores.

Otra solución es asignar el capitativo a la parte de la red más capacitada para buscar las soluciones coste-efectivas. En este sentido cada vez hay más consenso en que el capitativo se asigne a la Atención Primaria que deberá encontrar la forma más adecuada para adquirir el resto de servicios (Atención Especializada) del cual se responsabiliza.

- *Sistemas de Salud Integrados (SSI): Experiencia piloto en Cataluña*

Cataluña ha iniciado un proceso de experimentación en la asignación de recursos con base capitativa mediante la orden SSS/172/2002, de 17 de mayo, dictada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por la cual se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional. Dicha prueba se desarrolla en cinco ámbitos geográficos (Cerdanya, Altebrat, Baix Empordá, Alt Maresme-Selva Marítima y Osona), y la vigencia de la prueba piloto alcanza desde la entrada en vigor de la orden hasta el final del año 2003²³. A la vista de la evaluación de los resultados el director del SCS podrá suspender la prueba, total o parcialmente, en un ámbito geográfico determinado, con carácter temporal o definitivo.

El marco regulador del proyecto viene definido por los siguientes aspectos: al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) le corresponde definir el ámbito geográfico y la población de cobertura del SSI; definir la cartera de servicios a adquirir según las necesidades de la población; definir la asignación per cápita que recibirá el SSI; comprar el resto de servicios no comprendidos en la cartera del SSI para la población de referencia y evaluar al SSI en función de los objetivos fijados en el convenio de colaboración.

Las funciones del SSI son: prestar los servicios a la población de cobertura de acuerdo a lo pactado con el CatSalut y coordinar la red de provisión de salud en el territorio definido. Para ello cada una de las redes integradas ha firmado un convenio de colaboración entre los proveedores del territorio, mediante el cual se formulan los valores y objetivos comunes, las reglas de reparto de las responsabilidades económicas en la gestión conjunta del riesgo, y las líneas estratégicas de coordinación que la red determine para el primer año de funcionamiento. Para hacer operativo todo lo anteriormente descrito se han establecido diferentes estrategias como son: el incremento de la capacidad resolutoria de la atención primaria, elaboración de guías de práctica clínica integradas para los procesos más prevalentes, implantar sistemas de información coordinados en el territorio o compartir determinadas estructuras para la prestación de ciertos servicios como pediatría, o la realización de pruebas intermedias como radiología o las actividades de formación e investigación.

La asignación capitativa ajustada por el riesgo se obtiene tomando como referencia el gasto per cápita de Cataluña, que se ajusta por la edad, el sexo, el aislamiento geográfico y la densidad poblacional. Además del ajuste por riesgo se han introducido otros mecanismos correctores entre los que cabe destacar la exclusión de la financiación capitativa ciertos servicios o grupos de riesgo muy vulnerables y la posibilidad de compartir riesgos entre el financiador y el proveedor, con reparto de pérdidas o beneficios, para ciertas prestaciones como farmacia, transporte sanitario y las derivaciones que se realicen fuera del territorio.

- *Propuesta de financiación capitativa a los hospitales andaluces*

El Plan Marco de Calidad y Eficiencia: Nuevas Estrategias para la Sanidad Andaluza, desarrollado por la Consejería de Salud para el período 2000-2004, establece entre sus objetivos la necesidad de definir modelos financieros de distribución interna del Servicio de Salud Pública de Andalucía (SSPA), de los centros sanitarios y el análisis de las variables

²³ *La duración de la prueba piloto ha sido prorrogada por dos años más, hasta el 31 de diciembre de 2005. Según declaraciones de Francesc Brossa, responsable directo de la prueba, a Diario Médico (10/3/2004) “el primer año ha servido para establecer el punto de partida, detectar dificultades y establecer variaciones, pero ahora falta poder extraer conclusiones sobre el impacto del sistema y su comparación con el modelo tradicional de compra de servicios”.*

correctoras de los aspectos estructurales de la financiación de los centros. Para el desarrollo de este objetivo se ha constituido un grupo de trabajo en la Consejería de Salud que ha realizado un informe donde se pone de manifiesto la adecuación de la financiación capitativa de los proveedores sanitarios (Atención Primaria y Especializada) como mecanismo de asignación de recursos para la prestación de las funciones que tienen asignadas.

Esta propuesta difiere claramente de la experiencia Catalana con la implantación de los SSI en dos elementos básicos: en primer lugar en Andalucía se establecen sistemas capitativos para financiar los hospitales y los centros de Atención Primaria y, en segundo lugar, la experiencia andaluza se extiende al ámbito de toda la comunidad autónoma.

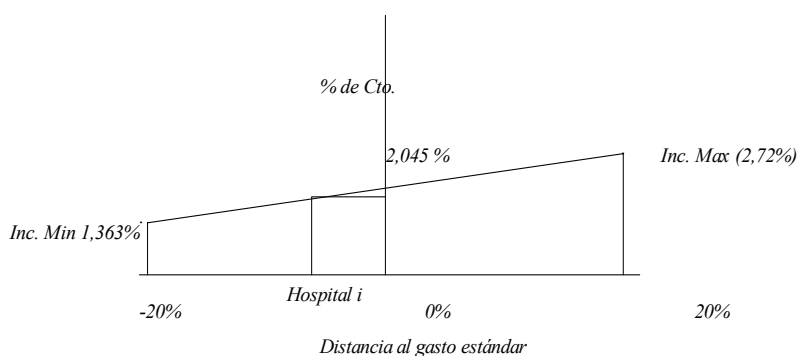
Las variables fundamentales del modelo son la población a financiar a cada hospital²⁴ y la tarifa básica prospectiva ajustada. Ambas variables se han obtenido a partir del análisis de los sistemas de información disponibles sobre los episodios de hospitalización y CMA, bajo el supuesto de que el resto de líneas de producción (consultas y urgencias) son extrapolables²⁵. De esta forma se dispone para cada hospital del SAS de la población adscrita al mismo y de la tarifa estándar prospectiva ajustada por la complejidad (media ponderada de la complejidad de las altas hospitalarias y de la CMA). Con la multiplicación de estos dos indicadores se puede calcular el presupuesto prospectivo para cada hospital. La distancia porcentual de los recursos financieros consumidos a su estándar determinan el nivel de eficiencia de cada centro (su posición relativa).

Con esta información se modela la tasa de crecimiento del presupuesto de cada hospital para el ejercicio siguiente, tomando como referencia el crecimiento global que permite la envolvente financiera para el presupuesto global del SAS fijado en su contrato programa por la Consejería de Salud. Para ello se utiliza una fórmula lineal mediante la cual el porcentaje de crecimiento depende linealmente del porcentaje de la distancia al gasto estándar (acotado entre los valores -20% y +20%). Dicho crecimiento lineal se explicita en la figura 7 para el cálculo del crecimiento del 2003 sobre el gasto del 2002.

²⁴ *En un modelo donde existe Libre Elección del Médico Especialista y Hospital, no es posible la adscripción directa de la población a un hospital como un parámetro estático. Para conocer los flujos de pacientes realmente atendidos se ha calculado los flujos migratorios de entrada y salida entre las ocho provincias andaluzas, lo que ha permitido obtener la población provincial equivalente cubierta por los hospitales públicos dentro de una misma provincia.*

²⁵ *Se considera que los gastos de hospitalización y CMA suponen entre el 65 y el 70% del total de gastos hospitalarios.*

Figura 7: Nuevo modelo de cálculo del crecimiento del presupuesto para hospitales en Andalucía



Esta metodología de asignación se considera que es equitativa, al garantizar la financiación suficiente para que cada hospital preste los servicios que tiene atribuidos, eficiente, en tanto que la asignación es prospectiva y no incentiva la sobreprovisión de servicios además de considerar la libre elección, mediante los ajustes que se han efectuado; controla los costes, al establecer un nivel de autorización máximo de gastos dentro del Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el SAS, minimiza costes de transacción y evita precios de transferencia.

La aplicación de este modelo tiene un carácter dinámico, cuyo objetivo es conseguir mejoras en la eficiencia de los recursos públicos, de manera que cada centro se reposicione al año siguiente si mejora su accesibilidad (aumentan sus habitantes) y si mejora su capacidad de resolución de procesos (aumenta su índice de complejidad y por tanto su tarifa). El objetivo último es que la desviación a la media andaluza sea mínima y por tanto las desviaciones al gasto estándar se reduzcan.

5.5. Avances en la gestión clínica

5.5.1. Introducción

La estructura organizativa de los centros asistenciales públicos se puede considerar como funcional al agrupar a los profesionales, medios técnicos y materiales por los conocimientos, tareas o funciones que realizan. Con ello se consiguen las ventajas de la especialización pero a cambio se dificulta enormemente la coordinación con otras unidades o servicios. El desarrollo tecnológico de la medicina se ha visto acompañado por un incremento de la especialización, lo que ha dado lugar a una fragmentación cada vez mayor de servicios. Ello ha generado una cierta desviación hacia los medios respecto a los fines de la organización en su conjunto. La preocupación por la salud del paciente de forma integral precisa asegurar un continuo de actuaciones coordinadas de muchos profesionales frente a la situación actual (visión parcial en función de medios diagnósticos y terapéuticos). Por todo ello se asiste a un proceso de revisión de este modelo organizativo al ser cada vez más conscientes de las disfuncionalidades que presenta.

En el último decenio se han ido produciendo un conjunto de innovaciones organizativas que tratan de responder a estos nuevos retos, en una situación muy compleja, al converger diferentes preocupaciones: de una parte el aseguramiento de la calidad y de otra la necesidad de involucrar a los profesionales mediante un proceso de descentralización. Con ello se busca que los que poseen el conocimiento experto de la organización se involucren en el logro de una medicina coste-efectiva. De forma más específica las reformas se orientan a:

- Búsqueda de una mayor coordinación en el tratamiento integral de patologías.
- Mejora de la calidad asistencial (normalización de procesos).
- Rediseño organizativo (de la organización por funciones a la organización por procesos).
- Proceso de descentralización hacia servicios integrados.
- Autonomía de gestión (clínica y administrativa).

En los apartados siguientes se describen algunas de las experiencias más relevantes desarrolladas recientemente.

5.5.2. Institutos y unidades clínicas

Una de las innovaciones organizativas más relevantes para reformar la estructura organizativa de los hospitales públicos ha sido la puesta en marcha de los Institutos Clínicos o Áreas Clínicas, figura organizativa que se encuentra regulada por el Real Decreto 521/87, que dice textualmente: “cuando las necesidades asistenciales así lo requieran, podrán crearse unidades interdisciplinarias donde los facultativos de las distintas especialidades desarrollarán sus actividades a tiempo parcial o completo. Las unidades deberán estar dotadas de unas normas de funcionamiento y se nombrará un responsable de entre los miembros que la compongan.”

En la práctica esta figura puede entenderse como una extensión lógica del proceso de separación de funciones y gestión mediante contrato programa adoptada en nuestro Sistema Sanitario. Los Institutos se conciben como una supra unidad organizativa a la que se adscriben personas y recursos, con un equipo directivo al frente de la misma, pero sin personalidad jurídica propia. Dicha agrupación tiene como objetivo integrar dentro de una nueva estructura el conjunto de actividades funcionales estrechamente relacionadas mediante diferentes flujos secuenciales, necesarias para atender una patología o grupo de patologías a pacientes. En términos de diseño organizativo podría entenderse como el paso de una estructura funcional a una estructura divisional basada en el producto. Con este diseño la negociación de objetivos, medios, sistemas de información y control adquiere nuevo relieve al girar sobre tratamientos integrales de patologías.

Dos son los grandes retos a lograr: de una parte asegurar la calidad asistencial y de otra la eficiencia en el uso de los recursos. Para lograr la primera una vía de avance ha consistido en normalizar los procesos; para ello el Instituto deberá, en función de su autonomía, protocolizar sus actuaciones, mediante el logro del adecuado consenso entre sus integrantes a partir de la mejor evidencia disponible. Para el logro del segundo objetivo, resulta clave el diseño del contrato, los incentivos que éste incorpore así como los controles que se establezcan. El INSALUD inició este proceso en 1998 con la creación de 6 institutos a los que posteriormente se han sumado otros centros a partir del año 2000.

Tabla 8: Institutos Clínicos creados por el INSALUD en 1998

HOSPITALES	INSTITUTOS
Clínico San Carlos (Madrid)	Instituto Cardiovascular
Ramón y Cajal (Madrid)	Instituto del Corazón
Clínico Universitario (Valladolid)	Instituto Cardiovascular
Complejo Hospitalario (Toledo)	Instituto Ciencias Cardiovasculares
Marqués de Valdecilla (Santander)	Instituto de Patología Digestiva
Virgen Arrixaca (Murcia)	Instituto de Oncología

Otras experiencias previas a las del INSALUD y pioneras en este campo han sido el Área del Corazón del Hospital Juan Canalejo de La Coruña y el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. En este hospital se ha desarrollado el denominado proyecto Prisma, basado en una total reorganización del centro mediante la creación de 11 Institutos que sustituyen la estructura organizativa convencional de servicios. Cada Instituto cuenta con una estructura

directiva formada por un Director, un responsable económico, un responsable de enfermería, un coordinador de asistencia, un coordinador de docencia y un coordinador de investigación.

Después del INSALUD, otras Comunidades han desarrollado Institutos o Áreas Clínicas, como es el caso del Instituto Catalán de la Salud (ICS) que inicia su experiencia en este campo en el año 2000 con una experiencia piloto de gestión clínica que se desarrolló en 30 equipos de atención primaria y en once unidades hospitalarias; o la Comunidad Foral de Navarra, que mediante el Decreto Foral 380/2000, de 26 de diciembre, regula y estructura el funcionamiento del Área Clínica Navarra del Corazón²⁶.

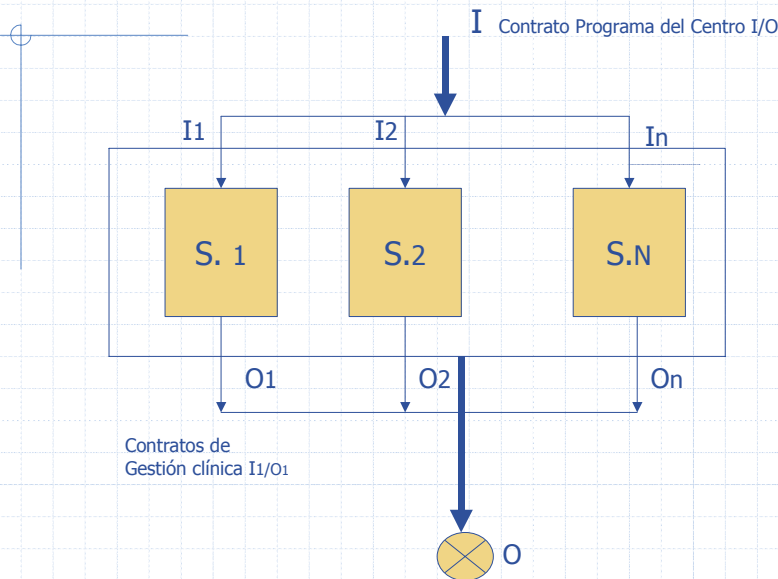
En Galicia, mediante el decreto 37/2001, de 1 de febrero, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales²⁷, se regula la creación de Áreas de Servicio Compartido, medida que busca optimizar los recursos de las unidades de alta especialización, como el Instituto Gallego de Medicina Técnica (MEDTEC), empresa pública dependiente de la Xunta ubicada en el Hospital Meixoeiro de Vigo, de forma que se puedan adscribir funcionalmente al centro donde están ubicadas y asumir mediante contrato los objetivos asistenciales dentro de la red pública. La primera unidad de este tipo que se ha creado es la de medicina nuclear a la que seguirá la de cirugía cardíaca. De esta forma se integran y coordinan los servicios de medicina nuclear del Hospital Meixoeiro y del MEDTEC mediante el Área de Servicio Compartido, integrando el personal, los recursos técnicos y la agenda de pacientes.

Las Unidades Clínicas de Gestión responden a la misma filosofía de gestión basada en la descentralización hacia los servicios asistenciales y la gestión mediante contratos sombra o contratos internos. Dichas unidades pueden entenderse como Centros de Responsabilidad que prestan una cartera de servicios de productos finales de la organización. Desde la perspectiva del extinto INSALUD el rasgo diferenciador de los Institutos es la agrupación de varias unidades con fuertes interdependencias y que requieren una mayor complejidad en su organización. En cambio, las Unidades Clínicas de Gestión pueden crearse a partir de un servicio o unidad, la cual una vez acreditada su capacidad para autogestionarse se descentraliza asumiendo mediante un contrato interno o contrato de gestión clínica objetivos de actividad, recursos y un presupuesto.

²⁶ El art.2 del citado decreto señala “El Área clínica Navarra del Corazón se configura como una unidad orgánica de carácter multidisciplinar dependiente del Hospital de Navarra, sin personalidad jurídica propia, integrada por un conjunto de recursos humanos y materiales que se organiza funcionalmente de forma autónoma para la prestación de un servicio integral y de calidad a los usuarios y que se responsabiliza ante la Dirección del Hospital de Navarra de los resultados sanitarios y de la gestión eficiente de los recursos empleados”.

²⁷ El artículo 2 del citado decreto señala “Las unidades de alta especialización y complejidad pertenecientes a personas jurídicas de cualquier titularidad presentes en hospitales públicos se podrán constituir en áreas de servicio compartido, las cuales gozando de autonomía en materia de gestión dentro del presupuesto asignado para lograr los objetivos establecidos por el Servicio Gallego de Salud en el centro correspondiente, actuarán integradas funcionalmente en los hospitales y complejos hospitalarios públicos dependientes del servicio Gallego de Salud”.

Figura 8: Esquema de descentralización a las Áreas Clínicas



Los contratos o acuerdos de gestión clínica son contratos sombra o contratos internos entre la gerencia del centro y el responsable de la Unidad Clínica de Gestión. Su filosofía responde a una Dirección Participativa por Objetivos (DPO) mediante la cual se negocian los objetivos, se asignan recursos (inputs adscritos a la unidad de gestión), se establece la financiación a recibir en función de la actividad pactada y los estándares de calidad negociados, se fijan los mecanismos de incentivación y el sistema de control. De esta forma la gerencia descentraliza con cada Unidad de Gestión una parte de los objetivos y recursos asignados en el Contrato Programa global del centro.

Se puede afirmar que la gestión sanitaria mediante el uso de Unidades Clínicas y el subsiguiente pacto mediante contratos de gestión se ha ido difundiendo con ciertos matices diferenciales. Así, el INSALUD antes de su extinción apostaba claramente por esta modalidad y contaba con 12 Unidades implantadas. Por su parte las CC.AA. con transferencias también han ido desarrollando e implantando esta modalidad. El Servicio Vasco de Salud / Osakidetza durante el período 1998-2002, ha ido introduciendo las Unidades de Gestión Clínica, que han convivido junto al modelo puramente funcional y jerárquico. El ICS empieza en el año 2000 a implantar unidades descentralizadas en los servicios asistenciales tomando como referencia otras experiencias de gestión clínica que ya estaban funcionando en el INSALUD o en su propia comunidad (el Hospital Clínico de Barcelona). Andalucía también apuesta por las Unidades de Gestión Clínica, si bien en esta Comunidad -dentro del Plan Marco de la Calidad aprobado en el año 2000- se busca la vinculación de las unidades clínicas a la estrategia de gestión por procesos. Para ello los contratos de gestión deberán incluir objetivos ligados al cumplimiento de las normas fijadas en los procesos asistenciales.

5.5.3. Impulso a la normalización de los procesos asistenciales

La preocupación por la calidad en los servicios asistenciales y el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia han sido determinantes de numerosos cambios e iniciativas en nuestro Sistema Sanitario encaminados a reducir la variabilidad de la práctica médica y a generar consenso, basado en la mejor evidencia científica, sobre "la forma correcta de hacer las cosas". Estos esfuerzos han conducido al desarrollo de Protocolos Clínicos que pueden ser entendidos como herramientas de apoyo al proceso de decisión clínica, al especificar la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con determinadas patologías.

Un segundo aspecto que está en la base de alguna de las propuestas de cambio más innovadoras en el ámbito de la gestión clínica es la preocupación por la continuidad asistencial.

El hecho de que en todo proceso asistencial intervengan diversos profesionales, unidades y niveles asistenciales, determina que todas las personas que trabajan conjuntamente en el proceso se deben comunicar y coordinar entre sí. Teniendo en cuenta esta premisa surgen los modelos de atención sanitaria basados en la estructuración por Procesos Asistenciales, que tienen como objetivo asegurar la calidad integral. Seguidamente se describen algunas de las actuaciones más destacadas en la gestión por procesos.

5.5.3.1. La experiencia del INSALUD (Procesos Hospitalarios)

El INSALUD, en el año 2001, hizo público un documento denominado “Guías Integradas Asistenciales: metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD”. La Guía Integrada Asistencial (GIA) tiene su origen en la protocolización de los procesos asistenciales mediante el desarrollo de Guías Clínicas²⁸. En las Guías Integradas Asistenciales se tienen en cuenta no sólo las actividades asistenciales que se desarrollan a lo largo de cada proceso sino también las actividades no asistenciales²⁹. Las Guías Integradas Asistenciales permiten la planificación, implantación y evaluación del proceso asistencial de forma no segmentada, es decir, teniendo en consideración también las actividades no asistenciales, utilizando el sistema ABQ (Activity Based Quality) consistente en determinar el conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales, desde que comienza un episodio clínico hasta que el paciente recibe el alta médica, que son específicas para un conjunto homogéneo de pacientes que presentan la misma condición clínica.

La elaboración de Guías Integradas de Gestión y su posterior implantación, es el primer paso de un proceso de aprendizaje y mejora continua de la calidad, al que debe seguirle el análisis de las desviaciones al comparar la práctica habitual con los criterios estándares de “buena práctica”. La introducción de acciones correctoras y el pacto de nuevos objetivos a conseguir cierran el proceso de mejora continua.

El trabajo del INSALUD ha consistido en realizar el estudio del proceso y el desarrollo de GIAs para dos GRD: Procedimiento sobre cristalino con o sin vitrectomía (GRD 39 y, apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin cc GRD 167). Esta metodología se valida en cuatro hospitales y posteriormente se extiende el análisis a 17 procesos más.

5.5.3.2. La experiencia de Andalucía (Procesos asistenciales integrados)

En Andalucía dentro del Plan Marco de Calidad y Eficiencia se ha apostado por un modelo denominado Gestión Integral de procesos que incluye las siguientes fases:

- Definición de los procesos asistenciales desde una perspectiva internivel (Procesos Asistenciales Integrados -PAI-).
- Identificación de los procesos asistenciales más relevantes.
- Definición de las Normas Básicas de Calidad para los procesos asistenciales priorizados.
- Definición de los estándares de calidad.

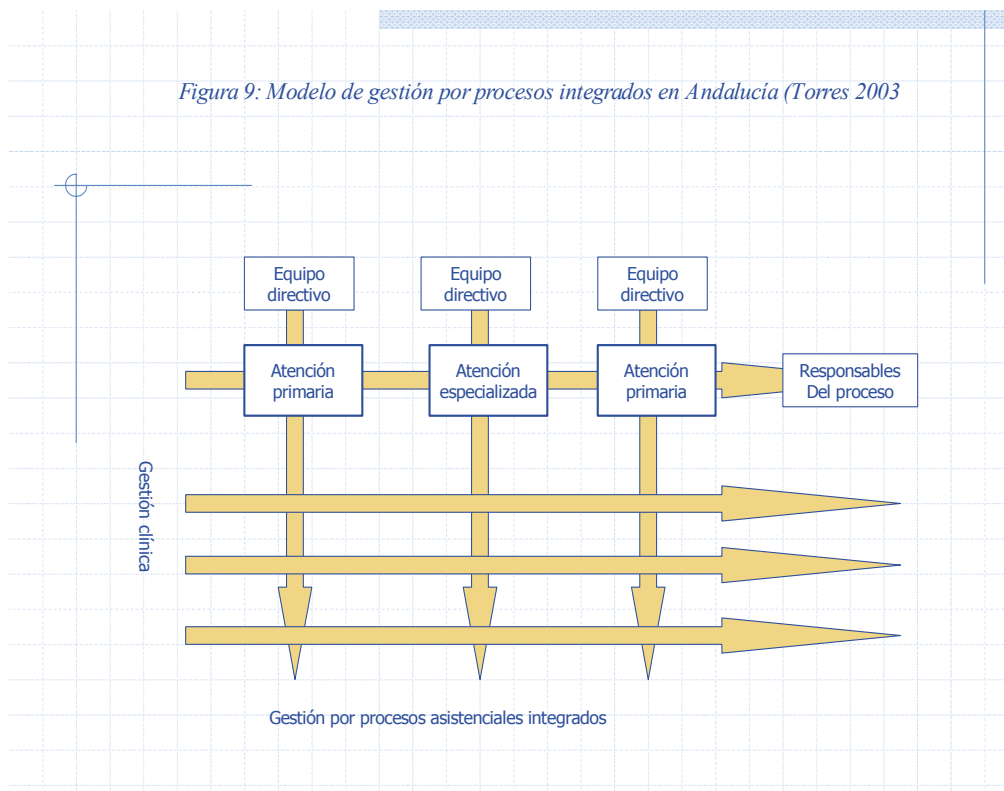
²⁸ Las Guías y Vías Clínicas, se definen como aquellos planes puramente asistenciales previstos para la mayor parte de los pacientes de una determinada patología y con un curso clínico predecible. Se basan en el conocimiento científico e investigador, así como en la práctica médica, debiendo ser elaboradas por un grupo de expertos mediante el consenso, sobre la base de una práctica clínica correcta. Son flexibles, no sustituyendo en ningún caso a los conocimientos médicos, debiéndose modificar y actualizar según las necesidades del Servicio y los avances de la ciencia médica.

²⁹ A lo largo de los años esta metodología ha tenido diferentes denominaciones tales como “guidelines”, “clinical pathways”, “care-maps”, “coordinated care plans”, etc., desarrollándose en los EEUU como una herramienta de gestión imprescindible en la mayor parte de los hospitales.

- Definición de un sistema de gestión de Procesos Asistenciales.
- Incorporación del análisis de costes de los procesos seleccionados.
- Incorporación como herramienta de apoyo al proceso de decisión clínica de guías de práctica clínica y/o protocolos de actuación.
- Desarrollo de un análisis de cartera de servicios por procesos en las instituciones sanitarias públicas de Andalucía.

Inicialmente se han seleccionado veinte procesos asistenciales considerados como los más relevantes que afectan al 70% de la población.

Figura 9: Modelo de gestión por procesos integrados en Andalucía (Torres 2003)



El aspecto más novedoso de la experiencia andaluza radica en la integración de las actividades correspondientes a la Atención Primaria y la Especializada, lo que permite definir qué actividades corresponden a cada nivel, cómo se debe interactuar y qué normas de calidad deben cumplirse en cada una de las actividades identificadas.

En segundo lugar, una vez establecido el proceso, se gestiona mediante la inclusión en los contratos programas y/o contratos de gestión clínica de normas de calidad y protocolos de derivación que aseguren el cumplimiento de los objetivos establecidos.

De esta forma el modelo andaluz parte de establecer en primer lugar el “qué” se debe hacer (procesos integrados normalizados) para a continuación establecer el “quién” y el “cómo” mediante los contratos de gestión correspondientes con los centros involucrados.

Para gestionar este nuevo diseño, cada proceso tendrá un responsable que ejerce las labores de Director del Proceso, con capacidad ejecutiva para tomar decisiones sobre la operativa del mismo. Si el proceso es multifuncional, y existe más de una institución implicada, se deberá

asignar un Comité de Dirección del proceso, formado por un directivo de cada institución implicada (AP, Hospital, Centros de Referencia, etc).

Esta estructura se asemejará a una estructura matricial en la medida en que existan dos líneas de autoridad, de una parte los centros asistenciales y de otra los responsables del proceso. Esto puede provocar tensiones y conflictos inherentes a este tipo de diseño. Estos conflictos podrán ser resueltos en la medida en que el proceso ex ante normaliza las funciones de cada uno de los centros involucrados en el proceso.

A diciembre de 2003, en Andalucía se ha publicado un total de 35 procesos asistenciales (1 en 2001, 21 en 2002 y 13 en 2003 que configuran el Mapa I (2001-2002) y el Mapa de II de Procesos (2002-2003).

5.6. Motivación e incentivos a profesionales

5.6.1. Análisis del sistema retributivo en el SNS

El sistema de retribuciones del personal sanitario del SNS responde en lo sustantivo a un modelo funcionarial regulado por la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública. El Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario, diseña y consolida un modelo retributivo equiparable al de los funcionarios. Finalmente, se acaba de aprobar la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud, mediante el cual se deroga el Real Decreto Ley 3/1987, si bien seguirá vigente con carácter transitorio hasta que los Servicios de Salud, en virtud del desarrollo normativo del Estatuto Marco, establezcan la entrada en vigor de las nuevas disposiciones relativas a las retribuciones.

El análisis de la normativa y acuerdos sobre estructuras retributivas que aplican los diferentes servicios y centros incluidos como entes contratadores, al igual que sucede con los sistemas de clasificación del personal, se caracteriza por una considerable heterogeneidad. Así, cabe citar desde los servicios que aplican -con escasas variaciones, aunque sí con adaptaciones locales- el sistema retributivo del RDL 3/1987, hasta aquellos otros que han desarrollado ex novo sus propios sistemas retributivos, si bien es posible aislar una sistemática generalizable a partir de la documentación examinada.

Hasta el momento presente las retribuciones del personal estatutario se clasifican en básicas y complementarias. Las retribuciones básicas son el sueldo, los trienios y dos pagas extras. A éstas se añaden determinados complementos de convenio o compensación o de homologación (que conllevan incrementos de retribuciones anuales pactadas por cada comunidad autónoma con posterioridad al proceso de transferencias).

Las retribuciones complementarias se componen del complemento de destino, el complemento específico, el complemento de productividad y el complemento de atención continuada. Las diferentes CC.AA. tienen capacidad legal para regular sus retribuciones complementarias al margen de la normativa estatal, lo que conlleva un amplio abanico de diferencias. El complemento de destino va asociado al correspondiente nivel del puesto de trabajo que se desempeña (los diferentes puestos de trabajo se agrupan en diferentes niveles que van desde el 13 para el grupo E al 29 para los gerentes).

El complemento específico se destina a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos de trabajo en función de su dificultad, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad o penosidad. Dicho complemento se subdivide en cuatro indicadores agrupados en dos bloques: dedicación exclusiva e incompatibilidad (DI) y dificultad, responsabilidad y penosidad (FRP).

En la actualidad el complemento específico correspondiente al personal facultativo estatutario tiene carácter personal, lo que posibilita la renuncia al mismo. De esta forma se puede hacer compatible la actividad pública y la privada. El Art. 53 de la Ley 66/1997, de acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado, consagra legislativamente la posibilidad de que el personal facultativo pueda definir su grado de dedicación al sistema sanitario, de tal forma que pueden optar a recibir exclusivamente el complemento FRP si simultanean ambas

dedicaciones, o ambos si la dedicación es en exclusiva (FRP+DI). El Estatuto Marco, en su Art.77, señala al respecto la obligación de establecer las disposiciones oportunas para posibilitar la renuncia al complemento específico, si bien el Servicio de Salud de cada comunidad autónoma podrá regular los supuestos, requisitos, efectos y procedimientos para ello.

El complemento de productividad, de carácter no consolidable, retribuye el rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto de trabajo, así como el cumplimiento de objetivos (en el marco del logro de los objetivos asignados a cada profesional, servicio o centro dentro de la filosofía de gestión mediante Dirección por Objetivos en el marco de los Contratos Programa). Su aplicación es muy heterogénea en virtud de la capacidad normativa de las CC.AA.. En la práctica este complemento está dividido en dos. El primero de ellos denominado productividad fija está destinado a pagar a médicos de Atención Primaria en función de la población asignada. En otras ocasiones bajo este concepto se han encubierto retribuciones complementarias fruto de acuerdos puntuales, que una vez introducidos tienden a consolidarse. El segundo de ellos, la productividad variable, está ligada al cumplimiento de determinados objetivos y sujeta a disponibilidades presupuestarias. En la práctica su escaso peso en la masa salarial y la dificultad inherente de medir el desempeño ligado al incentivo ha provocado una clara insatisfacción a la par que ofrece dudas sobre su capacidad para alinear intereses y modificar conductas.

El complemento de atención continuada, como su nombre indica, remunera al personal sanitario por prestar atención continuada a los pacientes incluso fuera de la jornada establecida. Para ello se establecen un conjunto de indicadores al uso. En la práctica su utilización ha generado al menos dos tipos de incentivos perversos (Martín, 2003 b): “Por un lado se crean incentivos para la realización de guardias de presencia física y localizada, tal vez no totalmente necesarias, como medio de incrementar la renta monetaria. Por otro lado, la relativa variabilidad de este concepto retributivo posibilita su uso inapropiado para retribuir otro tipo de actividades”.

5.6.1.1. Incrementos retributivos en las CC.AA. con transferencias en 2002

A lo largo de 2002, las diez CC.AA. recién transferidas han firmado acuerdos o pactos de incrementos retributivos en sus ámbitos de competencias propias. La justificación ha sido buscar una homologación con los otros Servicios de Salud ya transferidos, o en relación con las retribuciones de otros profesionales comparables, o debido a compensaciones entre diferentes categorías. Hasta entonces, el INSALUD había seguido una política retributiva de contención salarial que había provocado pérdidas de poder adquisitivo y diferencias a la baja respecto a las retribuciones de las CC.AA. ya transferidas. En consecuencia, como fruto de la presión sindical y el deseo de buscar la aceptación de los nuevos Servicios Regionales de Salud, se generó un proceso común de incrementos salariales.

Martín (2003b) compara las retribuciones en el año 2002 de las siete comunidades previamente transferidas con las retribuciones finales que alcanzarán los facultativos de las diez comunidades que fueron transferidas en bloque el 1 de enero de 2002, en función de los acuerdos suscritos cuando estos sean efectivos (2004-2005). Las diferencias entre los extremos retributivos llegan al 18% para los adjuntos y al 14% para los jefes de servicio. El Servicio Navarro de Salud es el que mejor paga a sus facultativos y las menores retribuciones corresponden a Instituto Catalán de la Salud y al Servicio Gallego. La gran mayoría de las CC.AA. recientemente transferidas han establecido retribuciones muy próximas a la media del sistema y por encima claramente de algunas de las comunidades históricas.

Tabla 9: Comparación de las retribuciones anuales actuales y las previstas en los nuevos acuerdos para los facultativos.

	Jefe de Servicio	Jefe de Sección	Adjunto
INSALUD	56.347	51.088	45.867
Servicio Andaluz de Salud	59.846	49.490	43.310
Servicio Canario de Salud	61.992	56.733	51.512
Servicio valenciano de Salud	57.272	51.665	45.864
Servicio Gallego de Salud	56.659	51.383	46.118
Instituto Catalán de la Salud	56.169	50.798	45.037
Osakidetza	60.514	55.580	48.665
Osasunbidea	63.761	58.403	52.990
Madrid	60.047	54.788	49.567
Castilla-La Mancha	59.292	54.033	48.812
Islas Baleares	60.544	55.285	50.064
Aragón	59.520	54.261	49.040
Castilla y León	59.929	54.670	49.449
Extremadura	59.532	54.273	49.052
Murcia	59.837	54.578	49.357
Asturias	59.897	54.638	49.417
Media	59.447	54.132	48.750
Mínimo	56.169	50.798	45.037
Máximo	63.761	58.403	52.990
Coeficiente de variación	0,034	0,038	0,043
% de incremento min/max	14%	15%	18%

Fuente: Martín (2003b).

La subida salarial media se ha situado entre el 5 y el 12 %. Además, en algunos casos se han incrementado las plantillas y se ha reducido la jornada laboral a 35 horas. En consecuencia, los gastos de personal han aumentado de forma notable, lo que puede provocar tensiones importantes en algunas de las CC.AA. Además, en la práctica totalidad de los acuerdos suscritos las remuneraciones tienen un carácter fijo.

En consecuencia las repercusiones iniciales de este proceso de transferencias se han saldado con un incremento importante de los gastos de personal, sin una revisión previa de los sistemas retributivos y con una consolidación de los pagos fijos, lo que atenúa aún más la poca importancia de los componentes variables en el esquema retributivo de los profesionales sanitarios. En la tabla 11 se sintetizan los principales acuerdos en materia retributiva por CC.AA. y entes contratantes dentro de las mismas (DG. de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, 2004).

Tabla 10: Incrementos retributivos pactados por las CC.AA. transferidas en enero de 2002

Incrementos retributivos (euros anuales redondeados) pactados por las CC.AA. cuyas competencias del INSALUD fueron transferidas el 1 de enero de 2002 (resumen)																							
Grupo	Ámb	Colectivo	ARAGÓN		ASTURIAS		BALEARES		CANTABRIA		CAST. LEON		C. MANCHA		EXTREMADURA		MADRID		MURCIA		LA RIOJA		
			2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	2002-2003	2002-2004	
A	AP	Fac. TSI			2.518	4.197					1.802	2.602			1.515	1.893							
		Fac otro													2.548	3.185							
		Facultat			2.663	3.550												2.479	3.700				
		Otros			1.500	2.000	No disponible	3.600	3.562	1.791	2.440	3.241	1.548	1.935	1.273	1.900	2.443	3.490	2.700	3.600			
B	AP	Sanit TSI			2.939	4.898					1.022												
		Sanit otro													1.058	1.322							
		Sanitario			2.025	2.700									1.827	2.284							
		Otros			1.838	2.450	No disponible	2.700	2.596	1.298	1.803	2.404	1.539	1.923	1.809	2.700	1.757	2.510	2.025	2.700			2.700
C	AE			1.815	2.420	No disponible	2.300	1.995	998	1.397	1.863	1.529	1.911	1.776	2.650	1.358	1.940	1.568	2.090				
				1.665	2.220	No disponible	1.900	1.743	872	1.217	1.623	1.803	1.442	1.742	2.600	1.197	1.710	1.433	1.910				
D	AE			1.275	1.700	No disponible	1.500	1.388	694	1.003	669	1.010	1.262	1.005	1.500	958	1.368	1.125	1.500				
				855	1.068	No disponible	1.050	1.388	694	1.003	669	1.010	1.262	1.005	1.500	958	1.368	1.125	1.500				
E																							

Nota.- Los incrementos retributivos han sido extraídos de la normativa y acuerdos detallados en la tabla anterior; no se excluye la existencia de algún acuerdo o decisión no hecho público que modifique algún extremo. La información está actualizada a noviembre de 2003

Tabla 11: Catálogo de normativas laborales.

CATÁLOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR						
CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
		Decreto 260/2001 por el que se adaptan las retribuciones del personal de AP a la TSI y a la Libre Elección de Médico	27/11/01	Indefinida	- P. Estatutario Sanitario de los Grupos A y B en Atención Primaria	Complemento de Productividad Factor Fijo, atendiendo a los siguientes criterios: - Población con TSI ajustada por edad - Asistencia en otros centros de la ZBS - Horario de mañana/tarde
	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre política de personal	11/3/03	2003-2005	-P. Estatutario -Farmacéuticos y Veterinarios	- C. Específico - C. Rendimiento Profesional - Módulo de Atención Continuada (jornada mañana-tarde), excepto personal afectado por el Decreto 260/2001 - "Encargo Complementario de Funciones" (cargos intermedios) - Jornada mañana/tarde Odontostomatólogos, Matronas, Fisioterapeutas y Trabajadores Sociales de EAP
	EP Hospital Costa del Sol	Convenio Colectivo	08/10/02	2002-2005	- Personal Laboral	
	EP Hospital Alto Guadalquivir	Convenio Colectivo	26/3/02	2002-2004	- Personal Laboral	
	EP Hospital de Poniente	Convenio Colectivo	15/6/01	2001-2004	- Personal Laboral	
ANDA LU C/A	EP de Emergencias Sanitarias	IV Convenio Colectivo	24/9/03	2002-2005	- Personal Laboral	
		Acuerdo por el que se determinan las retribuciones económicas del personal sanitario que participa en los turnos de atención continuada de los hospitales dependientes del SAS	17/12/01	Indefinida	- Personal estatutario hospitalario de los grupos A, B, C y D	Complemento de Atención Continuada
	Servicio Aragonés de Salud (SAS)	Acuerdo por la Sanidad en Aragón	18/4/02	2002-2004	- P. Estatutario	- Homologación con el P. Funcionario - Estatutización del P. Escalas Sanitarias - Plan de pensiones (601.102 euros) - Incremento retributivo por Grupos de Personal (2002-2004)
ARA GON	Administración General Autonómica	Orden sobre integración del personal funcionario y laboral transferido del INSALUD a la CAA	17/4/02	Indefinida	- P. Funcionario de carrera - P. Laboral fijo	- Integración del personal funcionario y laboral en los cuerpos/escalas y categorías de la Administración General de la CA

CATÁLOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR

CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
CA	Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa)	Acuerdo Marco entre el Sespas y los sindicatos representados en la Mesa Sectorial de Instituciones Sanitarias Públicas	5/7/02	2002-2005	- P. Estatutario - P. Funcionario	- Homologación con referencia en el régimen estatutario - Jornada de 35 horas semanales - Incrementos retributivos 2002 a 2005 - Mejora 10% en la bolsa de incentivos (C. Productividad Variable)
	Servicios de Salud Mental	Convenio Colectivo	17/3/03	2003-2005	- Todo el personal	- Adhesión al Acuerdo Sespas-Sindicatos de 5/7/02
	Hospital de Jove	VII Convenio Colectivo	21/7/03	2003-2005	- Todo el personal	- Adhesión al Acuerdo Sespas-Sindicatos de 5/7/02, con equiparación progresiva
	Hospital Monte Naranco	IX Convenio Colectivo	6/3/03	2003-2005	- Personal Laboral	- Adhesión al Acuerdo Sespas-Sindicatos de 5/7/02
ASTU RIAS	Hospital del Oriente de Asturias	I Convenio Colectivo	20/4/01	2001-2002	- Todo el personal	¿Prorrogado?; no publicada en BOPA ninguna actualización o nuevo Convenio, ni por este nombre, ni por el nuevo de "Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián"
BALE ARES	Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut)	Acord entre Ib-Salut y les Centrals Sindicals sobre política de personal (Publicado por Acuerdo del Consejo de Gobierno 14/6/2002)	28/5/02	2002-2004	- Personal Estatutario - APD	- Jornada semanal de 35 horas - Homologación de retribuciones fijas - Complemento de Productividad Fija por Capitación (Zona en AP - C. Atención Continuada (Facultativos+ DUE)
	Fundación Hospital de Manacor	II Convenio Colectivo	8/1/03	2002-2004	- Personal Laboral	
CANA RIAS	Servicio Canario de la Salud (SCS)	Acuerdo entre la Administración Sanitaria de la CA y las OOSS del sector sobre diversos aspectos en materia de atención continuada, incentiación y condiciones de trabajo del personal adscrito a los órganos de prestación de servicios sanitarios del SCS; para la mejora de la calidad en la prestación de dichos servicios	13/12/01	2002-2006	- Personal Estatutario	- Atención Continuada - Incentiación ligada a objetivos - Carrera Profesional (P. Facultativo)

Tabla 11

	Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa)	Acuerdo Marco entre el Sespas y los sindicatos representados en la Mesa Sectorial de Instituciones Sanitarias Públicas	5/7/02	2002-2005	- P. Estatutario - P. Funcionario	- Homologación con referencia en el régimen estatutario - Jornada de 35 horas semanales - Incrementos retributivos 2002 a 2005 - Mejora 10% en la bolsa de incentivos (C. Productividad Variable)
	Servicios de Salud Mental	Convenio Colectivo	17/3/03	2003-2005	- Todo el personal	- Adhesión al Acuerdo Sespas-Sindicatos de 5/7/02
	Hospital de Jove	VII Convenio Colectivo	21/7/03	2003-2005	- Todo el personal	- Adhesión al Acuerdo Sespas-Sindicatos de 5/7/02, con equiparación progresiva
	Hospital Monte Naranco	IX Convenio Colectivo	6/3/03	2003-2005	- Personal Laboral	- Adhesión al Acuerdo Sespas-Sindicatos de 5/7/02
ASTU RIAS	Hospital del Oriente de Asturias	I Convenio Colectivo	20/4/01	2001-2002	- Todo el personal	¿Prorrogado?, no publicada en BOPA ninguna actualización o nuevo Convenio, ni por este nombre, ni por el nuevo de "Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Cován"
	Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut)	Acord entre Ib-Salut y les Centrals Sindicals sobre política de personal (Publicado por Acuerdo del Consejo de Gobierno 14/6/2002)	28/5/02	2002-2004	- Personal Estatutario - APD	- Jornada semanal de 35 horas - Homologación de retribuciones fijas - Complemento de Productividad Fija por Capitalización/Zona en AP - C. Atención Continuada (Facultativos+ DUE)
BALE ARES	Fundación Hospital de Manacor	II Convenio Colectivo	8/1/03	2002-2004	- Personal Laboral	
CANA RIAS	Servicio Canario de la Salud (SCS)	Acuerdo entre la Administración Sanitaria de la CA y las OOSS del sector sobre diversos aspectos en materia de atención continuada, incentivos y condiciones de trabajo del personal adscrito a los órganos de prestación de servicios sanitarios del SCS, para la mejora de la calidad en la prestación de dichos servicios	13/12/01	2002-2006	- Personal Estatutario	- Atención Continuada - Incentivación ligada a objetivos - Carrera Profesional (P. Facultativo)

CATALOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR (cont.)						
CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
	Administración Autonómica	Acuerdo Administración-Sindicatos Mesa General de Negociación	14/2/03	2003-2004	- Personal Funcionario - Personal Estatutario	- Paga extraordinaria = RB + 20% CD (2003) - Paga extraordinaria = RB + 40% CD (2004)
		Acuerdo Marco para el Desarrollo y Mejora de la Sanidad en la CAC mediante la Modernización y Reordenación de los Recursos Humanos y los Servicios Sanitarios	22/1/02	2002-2004	- P. Estatutario	- Incremento retributivo por Grupos de Clasificación (2002-2004)
CAN TA BRIA	Servicio Cántabro de Salud (SCS)	Acuerdo de Desarrollo del Acuerdo Marco adoptado por la Mesa Sectorial de personal sanitario	27/8/02	2003-2004	- P. Estatutario - P. Cupo y Zona	- Incremento retributivo por Grupos de Clasificación (2003-2004)
		Acuerdo Marco sobre Ordenación de los Recursos Humanos de la GRS para la Mejora de la Calidad de la Asistencia Sanitaria en Castilla y León	29/5/02	2002-2005	- P. Estatutario - P. Funcionario A. Primaria - Otro personal de centros de la GRS	- Régimen estatutario para todo el personal - Incremento retributivo 2002-2005 - C. Productividad variable ligado a objetivos
		Acuerdo de la Mesa Sectorial Sanitaria sobre Sustitución del Personal Facultativo por Personal Titular en las Gerencias de AP	24/7/03	Indefinida	- Personal Facultativo AP	- Sustitución por vacaciones. Retribución por acumulación de carteras de otros facultativos
CAS TILLA Y LEON	Gerencia Regional de Salud (Sacyl)	Acuerdo de la Mesa Sectorial sobre Abono de la Modalidad A del Complemento de Atención Continuada a los Fisioterapeutas de Área de AP	24/7/03	Indefinida	- Fisioterapeutas AP	- C. Atención Continuada (modalidad A)

CATALOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR (cont.)								
CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones		
CAS TILLA LA MAN CHA	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Secam)	Acuerdo de Bases para el Desarrollo de la Sanidad en Castilla-La Mancha. Aprobado por Decreto 109/2002, de 30 de julio (1992) y Decreto 3/2003, de 14 de enero (2003)	26/4/02	2002-2003	- P. Estatutario - Sanitarios Locales - P. Laboral no sujeto a Convenio	- Incremento de plantillas periodificado (2002-2005) - Jornada de 35 horas semanales - Homologación salarial al promedio del SNS e incremento retributivo por Grupos - Incremento C. Productividad Fija por población (AP) - Homologación Atención Continuada-B a guardias médicas hospitalarias		
		Pacto de la Mesa Sectorial sobre normalización del Complemento de la JCCM	4/7/03	2003-2004	- P. Facultativo	- Incremento salarial 2003 y 2004 ("Complemento Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha", JCCM)		
		Decreto 3/2003, de 14 de enero, por el que se regulan las retribuciones del personal de las II.SS. del Secam	14/1/03	2003	- Todo el personal	- Incremento retributivo 2003, por Grupos de Clasificación - C. Productividad Fija (Dispersión Geográfica + TSI por tramos de edad) para el P. de Enfermería de AP		
		Decreto 88/2003, por el que se regula la Jornada del Personal de II.SS. del Secam	27/5/03	Indefinida	- P. Estatutario	- Jornada en cómputo anual		
		Decreto 293/2003, por el que se regula el incremento retributivo de la Atención Continuada en Atención Especializada	21/10/03	2003-2004	- P. en turno rotatorio y de noche	- Complemento de Atención Continuada Modalidad "A" (incremento del 10% por año)		
		Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre las Condiciones de Trabajo del Personal de las II.SS. del ICS	15/5/03	2002-2006	- Todo el personal (con algunas excepciones recogidas en el punto 3º)	- Carrera Profesional (Grupos A y B) - Retribución Variable para el Cumplimiento de Objetivos (P. Facultativo) - Retribuciones 2003 del personal (estructura e importes) - Complementos por horario y jornada, incluida Atención Continuada - Aumento de plantillas de Función Administrativa (2004-2005) - Reducción de jornada anual (2003 y 2005) - Complementos Personales Transitorios Absorbibles (disminución de retribuciones)		
		VI Convenio Colectivo del sector de la Red Hospitalaria de Utilización Pública	4/11/02	2001-2004	- Personal de los hospitales con concierto o convenio con CatSalut	No se trata de personal de "entes contratadores", sino de hospitales públicos, privados o consorciados		
		II Convenio Colectivo del Personal Laboral de CatSalut	28/11/01	2001-2003	- Personal Laboral	Personal no sanitario/asistencial (técnico, administrativo y auxiliar) de los órganos de gestión central y territoriales		
		CATA LUÑA	Servei Català de Salut (CatSalut)	II Convenio Colectivo del Personal Laboral de CatSalut	28/11/01	2001-2003	- Personal Laboral	Personal no sanitario/asistencial (técnico, administrativo y auxiliar) de los órganos de gestión central y territoriales

CATÁLOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR (cont.)

CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
CO MUNI DAD VA LEN C/A NA	Consejería de Sanidad	Acuerdo de la Mesa Sectorial en materia de Eficiencia de los Servicios Sanitarios, Racionalización y Homologación de las Condiciones Retributivas y Laborales y Jornada y Horario de Trabajo del personal de II.SS. de la Consellería de Sanidad	S/fecha (2003)	2003-2006	- Personal Estatutario - Personal de Cupo y Zona - Personal en Formación	- Homologación retributiva (incremento por agrupación de categorías), periodificada en tres ejercicios - Incremento del C. Especifico de determinadas categorías de personal no sanitario - Incremento de los complementos de turmidad y festividad grupos B, C, D y E - Creación de dos nuevas categorías retributivas (Auxiliar de Enfermería y Celador de Servicios Especiales)
		Decreto 72/2001, por el que se regula la Atención Continuada en el ámbito de la Atención Primaria	2/4/01	Indefinida	- Personal de EAP - Personal de Cupo y Zona	- Horarios y Jornada de AC - Exención por razón de edad - Dietas de manutención
		Decreto 77/2003, por el que se aprueba el reglamento de Selección y Provisión de Plazas del Personal Estatutario de II.SS.	28/1/03	Indefinida	- Personal Estatutario - Supletorio para el resto	- Selección y Provisión de plazas
		Decreto 137/2003, por el que se regula la Jornada y Horario de Trabajo, Permisos, Licencias y Vacaciones del Personal de II.SS.	18/7/03	Indefinida	- Todo el personal	- Jornada, Horarios, Permisos, Licencias y Vacaciones
EX TRE MA DURA	Servicio Extremeño de Salud (SES)	Acuerdo para la Mejora de la Sanidad en Extremadura	11/7/02	2002-2004	- Personal Estatutario - P. Funcionario y Laboral en determinados aspectos	- Homologación de retribuciones 2002-2004, por Grupos de Personal - Ciertas homologaciones de Complementos (Específico y Destino), para determinadas categorías
GALI C/A	Servicio Galego da Saúde (Sergas)	Acordo sobre Mellora Retributiva e Profesional (publicado en DOG por Resolución de 18-11)	1/10/03	2003-2006	- Personal Estatutario - Personal AP regido por el Decreto 226/1996	- "Complemento de Acuerdo" por Grupos y determinadas Categorías, periodificado - Creación de puestos (cargos intermedios) y categorías (enfermeras especialistas) - Apertura anual de procesos de integración estatutaria del P. Funcionario y Laboral
	Fundaciones Públicas Sanitarias y Empresas Públicas	Convenio Colectivo	6/5/02	2002-2003	- Personal Laboral	

CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
		Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la CM	27/6/02	2002-2004	- Todo el personal	- Incrementos retributivos 2002-2005 - Mejoras en el C. Atención Continuada (6M€) - Mejora en el sistema de incentivos (6M€)
		Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se adecuan las retribuciones de determinadas categorías de Personal Estatutario	2/10/03	2003-2004	- Técnicos Especialistas - Higienistas Dentales - Grupo Administrativo - P. Oficio Grupo D	- C. Destino, Especifico y Productividad (factor Fijo)
		Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se modifican las cuantías del Complemento Especifico del Personal Facultativo Estatutario y se crea una nueva línea de percepción del Complemento de Productividad por Vinculación al Puesto	2/10/03	2003	- Personal Facultativo Estatutario	- C. Especifico "de Carácter Personal", con dos componentes: General y Singular por "Modificación de Condiciones de Trabajo" - C. Productividad Fija por Vinculación al Puesto - Nota.- Recoge la estructura retributiva (e importes) total
	Instituto Madrileño de la Salud (Insalud)	Acuerdo de la Mesa general de Negociación sobre jornada de trabajo y derechos sindicales del personal de I.S.S. del IMS (aprobado por Acuerdo del CG de 18/9/03)	16/9/03	Indefinida	- Todo el personal - Sindicatos	- Jornada de trabajo - Mejoras retributivas: Turnicidad, Guardias, Noches, Festivos - Derechos sindicales
MA DRID	Fundación Hospital de Alcorcón	Convenio Colectivo	3/6/03	2003-2004	- Personal Laboral	

CATÁLOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR (cont.)						
CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
		Ley 5/2001, de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud	5/12/01	Indefinida	- Personal Estatutario	Regulación integral de la "relación funcional especial del personal estatutario. Incluye: - Clasificación del personal en Grupos (5) y Categorías (12) - Sistema Retributivo - Convocatoria excepcional de acceso a la condición de Personal Estatutario Fijo y Cuerpos de Funcionarios Sanitarios mediante concurso
		Acuerdo sobre Productividad Variable del Personal de Centros Sanitarios del SMS	1/7/02	2002	- Todo el personal	- Productividad Variable por Cumplimiento de Objetivos. Estructura, Metodología, Fondos y Cuantías máximas
		Acuerdo SMS-Sindicatos para la Implantación de Medidas destinadas a la Mejora de la Asistencia Sanitaria y de las Condiciones de Trabajo y Retributivas del Personal Estatutario	5/2002	2002-2005	- P. Estatutario	- Aumentos de plantillas 2002-2004 - Incremento de retribuciones fijas 2002-2005 - C. Productividad Variable por Objetivos (+/-10%) 2002
MUR C/A	Servicio Murciano de Salud (SMS)	Acuerdo de Consejo de Gobierno sobre Retribuciones del Personal Estatutario de SMS	31/1/03	2002-2005	- P. Estatutario - Resto del personal, aspectos concretos	- Contiene el cuadro completo de retribuciones para 2003 (conceptos e importes de todas las categorías)
		Ley Foral 11/1992, reguladora del Régimen Específico del Personal adscrito al SNS-Osasumbidea	20/10/02	Indefinida	- Personal Funcionario y Estatutario	Equiparación de ambos colectivos bajo un régimen laboral único
	Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea (SNS)	Ley Foral 11/1999, por la que se regula el Sistema de Carrera Profesional del Personal Facultativo del SNS	6/4/99	Indefinida	- Personal Facultativo	- Carrera Profesional - Desarrollado por Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre
	Administración Foral	Acuerdo sobre Condiciones de Empleo del Personal al Servicio de las AA.PP. de Navarra	15/4/02	2002-2003	- Todo el personal	- Incrementos retributivos generales y homogeneización para ciertas categorías - Complementos de Captación y de Dispersión Geográfica (P. Sanitario de AP)
	Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea	Decreto Foral 44/2003 por el que se determinan y asignan las Retribuciones Complementarias de los puestos de trabajo del SNS	3/3/03	2003	- Todo	- Todas las retribuciones complementarias
	Departamento de Sanidad y Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea	Ley Foral 26/2003, por la que se establecen incrementos en el Complemento Específico de los Estamentos Sanitarios niveles B, C, D y E del Departamento de Salud y sus OO. Autónomas	4/4/03	2003	- Personal no Facultativo	- Persigue "compensar" la brecha retributiva consecuencia de la creación de la Carrera Profesional para el Personal Facultativo. - Incrementos en la cuantía del C. Específico, por Grupos de Clasificación
		Acuerdo por el que se establecen los criterios aplicables a la renovación y al cese de los contratos temporales en los centros y servicios del SNS	9/6/03	Indefinida	- Personal no fijo	- Criterios de nombramiento y cese del personal temporal
NAVA RRA	Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea	Pacto Colectivo de Trabajo para el personal Laboral Fijo a Tiempo Parcial del SNS	25/6/03	Indefinida	- Personal Laboral Fijo a Tiempo Parcial	- Equiparable a Convenio Colectivo

CATÁLOGO DE LAS NORMATIVAS QUE RIGEN LAS RELACIONES LABORALES EN CADA SSA Y ENTE CONTRATADOR (cont.)						
CA	Ente Contratador	Norma, Convenio o Acuerdo	Fecha	Vigencia	Categorías de Personal	Contenidos más relevantes / Observaciones
PAIS VAS CO	Servicio Vasco de Salud- Osakidetza (SVS)	Acuerdo Regulador de las Condiciones de Trabajo del Personal del SVS para el año 2000	21/11/00	2000, prorrogado	- Personal Funcionario, excluido P. Cupo y Zona - Personal Estatutario - Personal temporal	- Equiparable a Convenio Colectivo
LA RIO JA	Servicio Riojano de Salud (Seris) Fundación Hospital de Calahorra	Acuerdo para el Personal de II.SS. del Seris I Convenio Colectivo	6/11/02 1/10/02	2002-2004 2002-2004	- Personal Estatutario - Sanitarios Locales - P. Laboral (parcial) - Personal Laboral	- Oferta de Estatutización al P. Funcionario y Laboral (previsión), Desarrollado por Decreto 115/2003, de 7 de noviembre - Implantación progresiva de la jornada de 35 horas semanales - Homologación retributiva 2002-2004, por grupos de Clasificación - Incremento en la Productividad Variable (2003 = 2004)

Fuente: D.G. de Cohesión del Sistema Nacional de Salud (2003)

5.6.1.2. El Estatuto Marco: implicaciones para la dirección de los recursos humanos

Con la promulgación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud, se inicia una nueva etapa en la gestión de los recursos humanos caracterizada por ceder gran capacidad normativa y de desarrollo a cada una de las 17 CC.AA. y al Estado en el ámbito de sus competencias.

Las modificaciones más relevantes de la citada Ley, que pueden implicar un aumento de la capacidad de gestión de los Servicios de Salud, son las siguientes:

- La movilidad del personal: en los artículos del 36 al 40 se señala que por razones o necesidades del servicio el personal estatutario podrá ser destinado a centros o unidades que radiquen fuera del ámbito de su nombramiento, esto es, podrá acordarse la movilidad forzosa del personal sanitario fuera del área sanitaria correspondiente a su nombramiento.
- La carrera profesional: El Estatuto Marco la contempla como una materia a desarrollar por cada CC.AA., previa negociación en la mesa sectorial. Si bien la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesionales de los distintos Servicios de Salud (Art. 40).
- Retribuciones: las modificaciones en esta materia han sido muy pocas y muy puntuales, puesto que la técnica utilizada ha sido la práctica trasposición del Real Decreto Ley 3/87 sobre retribuciones del personal estatutario, comentado en el apartado anterior. No obstante cabe reseñar una novedad importante cual es la incorporación de un nuevo concepto retributivo, denominado Complemento de Carrera destinado a retribuir el grado alcanzado en el desarrollo de la carrera profesional. Si bien, la forma de evaluar el desempeño, quién lo debe evaluar y la cuantía de las percepciones quedan pendientes de desarrollo.
- Otras modificaciones de orden menor respecto a las anteriores pero sin duda importantes de cara a modificar la organización de los servicios asistenciales son:
 - Una nueva clasificación del personal estatutario que simplifica la vigente hasta la fecha. El Estatuto Marco diferencia: a) Por su función: al personal sanitario y al personal de gestión y servicios, b) Por su nivel académico, al personal con formación universitaria, con formación profesional y otro personal y C) Por el tipo de nombramiento, en fijo y temporal.
 - Una clarificación de los tipos de jornadas. Se diferencia entre jornada ordinaria y jornada complementaria (para prestar atención continuada). Se fija un límite máximo conjunto de jornada ordinaria + jornada complementaria de 48 horas semanal de promedio. Esta limitación está en consonancia con la normativa europea y las directrices de tiempo de trabajo y descanso. Se considera que además de los turnos fijos de mañana, noches y rotatorios cada centro puede establecer una distribución irregular mediante la programación funcional a lo largo del año.
 - La posibilidad de crear, modificar y suprimir categorías por parte de los servicios de Salud (Art.15).

De lo dicho hasta aquí cabe concluir que cada CC.AA. deberá afrontar en un futuro inmediato el desarrollo normativo del Estatuto Marco. Con ello se abre la posibilidad de definir un esquema de compensaciones y contribuciones de los facultativos y demás personal al servicio de las administraciones sanitarias, que resuelva algunas de las deficiencias más importantes que viene arrastrando la sanidad pública.

Entre ellas el desarrollo de la carrera profesional puede ser uno de los más importantes para recompensar de forma significativa a aquellos profesionales que aportan al sistema sanitario público más esfuerzo, capacidad, conocimientos y cumplimiento de objetivos.

En segundo lugar la posibilidad de movilidad forzosa por razones de necesidad del servicio puede ser decisiva para introducir cierta flexibilidad que permita adaptar los recursos humanos a las necesidades cambiantes del sistema.

Además, se necesita implantar cambios profundos en la organización del trabajo, de forma que los servicios asistenciales flexibilicen sus horarios dentro de la jornada ordinaria, a fin de racionalizar los recursos tecnológicos y adaptarse a la demanda.

La resultante de diferentes fuerzas contrapuestas en un tema tan relevante resulta incierta, máxime dada la variedad de situaciones sociales, económicas y políticas que afronta cada CC.AA.. De una parte cabe pensar en la fuerte resistencia que todo cambio conlleva, debido a la fuerte inercia del sistema, y la situación actual donde toda modificación de los horarios de trabajo implica aumentos retributivos adicionales. De otra, para que el sistema sanitario funcione se requiere involucrar a los profesionales que son los que tienen en última instancia el control sobre el conocimiento experto que permite prestar la asistencia sanitaria. En consecuencia para que el cambio sea posible se deberá conjugar cambios organizativos con modificaciones en las retribuciones que discriminen en función de las aportaciones de cada uno al sistema.

Bibliografía

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza.2000. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud>

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. 2001. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud>

Del Llano J, Martínez-Cantarero J, Goal J, Raigada F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. Gaceta Sanitaria 2002; 16(5): 408-16.

Cabasés J. Asistencia sanitaria pública y privada concertada en España. En: Lopez G. El interfaz público – privado en sanidad: cap 8. Masson, Barcelona 2003.

Callejón, M. Y Ortún V. Empresa privada en sanidad. Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En: Lopez G. El interfaz público – privado en sanidad, cap 6. Masson, Barcelona 2003.

Cohen W, Levinthal D. Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. Administrative Science Quarterly 1990; 35:128-152.

Cots F, Castells X. Cómo pagamos a nuestros hospitales. La referencia de Cataluña y el contrato desde Andalucía. Gaceta sanitaria 2001;15 (2):172-181.

Freire J. Problemas y reformas en la sanidad española, en: Castell & Bosch (directores): El futuro del estado de bienestar, Ed. Civitas, 1997.

Galvez M. Las unidades clínicas de gestión en los equipos de atención primaria en Andalucía. Dirección Clínica 2002; Vol 8, núm 4: 49-65.

González B, Barber P. Changes in the efficiency of spanish public hospital after the introduction of program – contracts. Investigaciones Económicas, 1996; 20: 377-402.

González B, Barber P, y Pinilla, J, Alamo F, Casado D. Organización y gestión, en Guillén López (dir). Evaluación de las Políticas de Servicios Sanitarios en el Estado de las Autonomías.

Análisis comparativo de las CC.AA. del País Vasco, Andalucía y Cataluña,. Fundación BBV e Institut d'estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya, 2001; Tomo II, tercera parte; 15-223.

Gonzalez E, Ventura, J. Efficiency and program- contract bargaining in spanish public hospitals, II Oviedo Workshop on efficiency and Productivity, 2000, Universidad de Oviedo.

Gordo J. El sistema retributivo del SNS y su perspectiva de futuro. Revista de Administración Sanitaria 2002; volumen VI, nº 23: 423-450.

Guerra J. Búsqueda de nuevas formas en la toma de decisiones. Cuadernos de gestión 2003; 120-126.

Hurley J, Hutchison B, Giacomini M, Birch S, Dorland J, Reid R., et al. Policy considerations in implementing capitation for integrated Health systems . Canadian Health Service research Foundation 1999. Ottawa: CHSRF.

Hutchison B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy síntesis 1999. Canadian Health Service Research Foundation 1999. Ottawa: CHSRF.

Ibern P. Contratación externa de servicios sanitarios: el caso de la concertación hospitalaria en el entorno europeo En: Lopez G. El interfaz público – privado en sanidad, cap 7. Masson, Barcelona 2003.

Ledesma A, Gestión de la compra de atención especializada, Fulls Econòmics 2003; núm 37, septiembre.

Ley 13/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM Nº 306, de 26 de diciembre de 2001.

Light D. From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and lessons from the British Experience. The Milkbank Quaterly 1997; vol. 75(3): 297-341.

López G. Nuevos paradigmas en la provisión pública de bienes privados preferentes. El caso de la sanidad. En: Lopez G. El interfaz público – privado en sanidad, cap 2. Masson, Barcelona 2003.

Martín J. (a) Nuevas formas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003, Fundación Alternativas 2003.

Martín J. (b) Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado Español. En: Lopez G. El interfaz público – privado en sanidad, cap 9. Masson, Barcelona 2003.

Martín M. La gestión empresarial. ¿Una estrategia para mejorar la atención primaria en Galicia?. Cuadernos de Atención Primaria 2003; 10: 128-130.

Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Las retribuciones del personal en los Servicios de Salud de las CC.AA 2004.

Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Ariel 1984. Barcelona.

Ortun V, López G, Puig J, Sabés R. El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari 2001; 35:8-16.

Ortún V, Lopez, G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias, Fundación BBVA y Centre de Recerca en Economia i salut – CRES, 2002, Documento de Trabajo nº 3.

Pané O, Francesc J.M. Consorcios, fundaciones y empresas públicas en atención primaria. Cuadernos de gestión 2000.

Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones?. Gestión Clínica y Sanitaria 2002;4(2) Editorial: 35-7.

Pérez M, Martín J, Carretero L, López del Amo M. Empresa pública Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria: En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas de Economía de la Salud 1997; Murcia: 113-20.

Peterson M. The Limits of Social Learning: Translating Analysis into Action. Journal of Health Politics, Policy and Law 1997; vol 22, N 4; 1077-1114.

Ponsá J, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasas M, Olivet M, et al. Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de los proveedores sanitarios, Fulls Econòmics 2003; 37, septiembre 2003.

Puig J, Integración asistencial y capitación. Editorial Economía y Salud 2002: 44.

Puig J, Perez P. Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales públicos españoles, Gaceta Sanitaria, 2002; 16(2), 145-55.

Repullo J, Fernández R. Rediseñar la atención hospitalaria. Informe Sespas, 1999.

Sánchez J. Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la sanidad española (La perspectiva del Instituto Nacional de la Salud), Revista de Administración Sanitaria 2000; IV, 14, 91-139.

Shortell S, Hull K. The new organization of the health care delivery systems. En Altman S, Reinhardt U, editors. Strategic Choices for a changing health care system 1996. The Baxter Health policy Review. Vol II. Chicago: Health Administration Press, p.101-49.

Torre A. Desarrollo de los procesos asistenciales integrados en Andalucía. Cuadernos de Gestión 2003.

Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: La experiencia de Cataluña; Cuadernos de gestión para el profesional de Atención primaria 2002. vol 8(4) octubre-diciembre; 167-178.

Ventura J, González E, Carcaba A. Efficiency and Program – Contract Bargaining in Spanish Public Hospitals. Annals of Public and Cooperative Economics 2004, forthcoming.

Ventura J. Posibilidades y límites en la innovación sanitaria: Dinero público gestionado privadamente. Documento de trabajo de la Fundación BBV, 1998.