



Servicio Andaluz de Salud  
PLAN ESTRATÉGICO

# Modelo marco para la financiación de los hospitales 1999



Edita  
© Servicio Andaluz de Salud  
Consejería de Salud. Junta de Andalucía  
Avenida de la Constitución, 18  
41071 Sevilla  
Tel: 954 506 666, fax: 954 506 795  
[www.sas.junta-andalucia.es](http://www.sas.junta-andalucia.es)

Diseño y producción  
Manigua s.l.

Impresión  
Gráficas Alhambra

ISBN: 84-89704-59-7  
Depósito legal: Gr ??????



Servicio Andaluz de Salud  
PLAN ESTRATÉGICO

Modelo marco  
para la financiación  
de los hospitales  
1999



Servicio Andaluz de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria  
Subdirección de Asistencia Especializada

# Índice

## Introducción

7

## Evolución del modelo de financiación de los hospitales del SAS

9

El desarrollo organizativo

11

Los Contratos Programa

14

El desarrollo de los sistemas de información y la evolución de la medida del producto sanitario

14

## El modelo de financiación del Contrato Programa de 1999

19

## Metodología

25

Costes extraídos

28

Actividad asistencial: costes clínicos y costes de entorno

29

## Resultados del modelo

45

Bloque de conceptos extraídos

47

Bloque de actividad asistencial

47

Bloque de entorno

49

Estructura general del modelo

49

## Conclusiones

53

## Bibliografía

59



# Introducción

La necesidad de dar respuesta a las exigencias en la gestión del gasto público tiene una clara implicación en los sistemas de financiación hospitalarios, que deben ser coherentes con los objetivos de contención del gasto público y el aumento de la eficiencia del sistema. Los modelos de financiación tradicionales han mostrado importantes deficiencias a la hora de cumplir tal misión, siendo las más importantes la exigua vinculación del presupuesto a la actividad, al estar basados en el presupuesto histórico, y la tradicional presupuestación insuficiente del gasto sanitario.

Resulta fundamental que los pactos de asignación presupuestaria y los objetivos de actividad se basen en la credibilidad tanto de los objetivos como de los recursos asignados para su consecución. Los sistemas de financiación deberán ser cada vez más precisos en la identificación cualitativa de los servicios que presta cada centro, debiendo incentivar la idoneidad de la actividad financiándola suficientemente. El presupuesto asignado a los centros hospitalarios debe dejar de estar basado en el gasto histórico, vinculando progresivamente actividad y costes y adquiriendo consecuentemente mayor valor como instrumento de gestión.

Esta idea se encuentra en la base de los Contratos Programa que, desde 1992, vinculan al Servicio Andaluz de Salud (SAS), como financiador, y a los hospitales de la red, como proveedores de los servicios sanitarios en Andalucía, configurándose como un instrumento capaz de fijar las reglas del juego entre los agentes implicados. El Contrato Programa es el instrumento básico que establece las condiciones de compra de servicios que desea el financiador, en cantidad y calidad, y lo que recibirá el proveedor a cambio

de la producción de estos servicios. Mediante este mecanismo, el financiador intenta incorporar incentivos en el sistema de modo que la actuación de los proveedores de los servicios sanitarios se dirija hacia la consecución de determinados objetivos.

El Contrato Programa para el año 1999 de los hospitales del SAS incluye un modelo de financiación diseñado para dar respuesta a estas necesidades. Este modelo, cuya descripción es el objeto del presente documento, supone un importante salto cualitativo en la dirección señalada, al avanzar en el camino de la vinculación de la actividad a los costes y al tratar de forma diferenciada aquellas partidas que son específicas de cada hospital, configurando el presupuesto como una verdadera herramienta de gestión.



Evolución del modelo  
● de financiación de los  
hospitales del SAS



**E**l Plan Estratégico del SAS establece la financiación como el instrumento de asignación presupuestaria que la Dirección del SAS determina para que el nivel de gestión de recursos —formado por Distritos, Hospitales y Centros de Diagnóstico— mediante acuerdos o contratos con las Unidades Clínicas, preste asistencia sanitaria a los ciudadanos.

El modelo de financiación para los hospitales diseñado para el Contrato Programa de 1999 refleja la evolución del SAS durante los últimos años tanto a nivel de desarrollo organizativo como en sus sistemas de información.

## El desarrollo organizativo

El SAS se encuentra inmerso en un proceso de cambio de su marco referencial al que contribuyen diferentes circunstancias:

- La necesidad de definir papeles diferenciados para la compra y la provisión de los servicios en la línea marcada por las recientes reformas sanitarias.
- Los servicios sanitarios han de trabajar para un usuario cada vez mejor informado y capaz de ejercer elecciones respecto a su propia salud y a la utilización de los servicios sanitarios.
- Es preciso introducir mecanismos que permitan estimular la competencia, la productividad y la eficiencia de las instituciones en la prestación de servicios.
- Ha de avanzarse en la descentralización en la gestión de los servicios sanitarios de forma que el papel de los clínicos sea cada vez más relevante tanto en lo que se refiere a la propia responsabilidad en el manejo clínico de los pacientes, como en la gestión de recursos.

El Plan Estratégico del SAS es el resultado de un proceso de reflexión global de la organización sobre todos sus ámbitos y funciones para dar soluciones a los retos planteados con el objetivo de armonizar un crecimiento controlado del gasto a la vez que se garantizan la cantidad y calidad de las prestaciones de forma equitativa y solidaria a todos los ciudadanos. En este sentido el Plan Estratégico propone una serie de innovaciones organizativas y de gestión que se resumen a continuación:

#### Innovaciones en la organización asistencial

Se establece la arquitectura asistencial del SAS sobre los siguientes niveles:

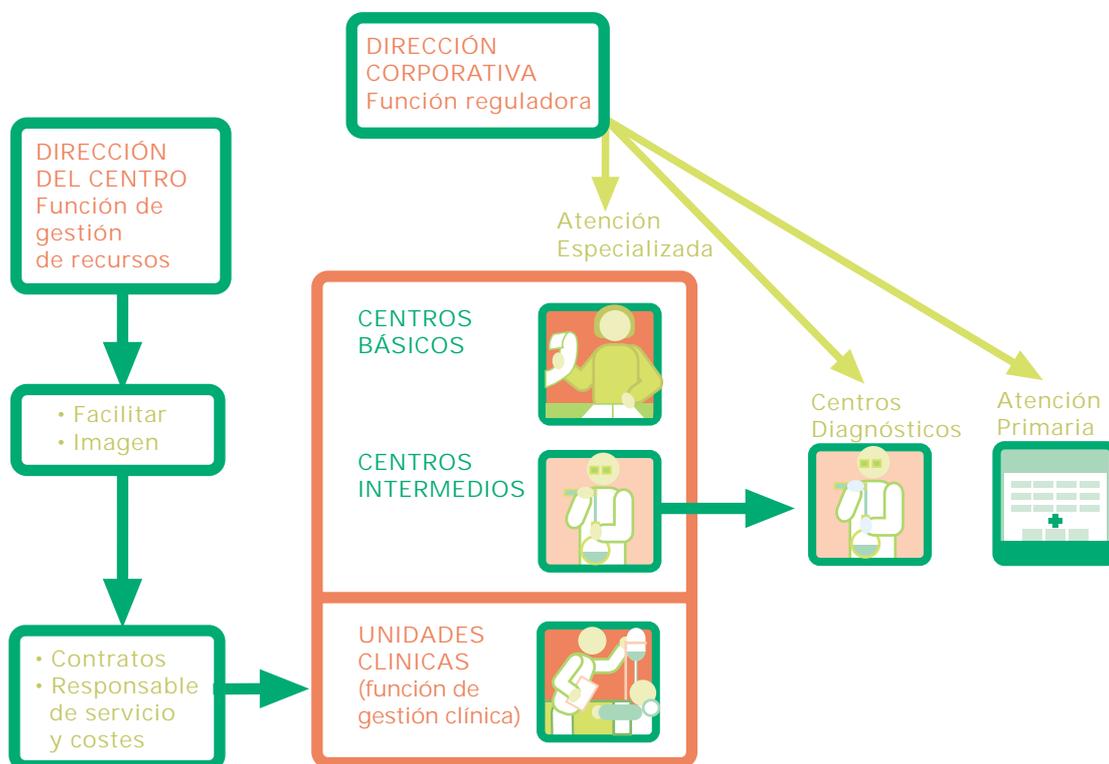
- Nivel de Atención Primaria
- Nivel de Atención Especializada
- Nivel de Apoyo Técnico para Procedimientos Diagnósticos

El nivel de Atención Primaria se mantiene como puerta de entrada al sistema, siendo el nivel de Atención Especializada el responsable de aquellas fases de la enfermedad que requieren internamiento, de la atención ambulatoria que se realiza con procedimientos diagnósticos o terapéuticos altamente cualificados y de atender las demandas que desde Atención Primaria se soliciten para el seguimiento ambulatorio de los pacientes.

Una de las principales innovaciones en la organización surge como consecuencia de que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se incorporan a la asistencia tienden a ser cada vez de más alto coste y complejidad tecnológica y con unas características de producción muy distintas a las de la actividad estrictamente clínica, por lo que el Plan Estratégico entiende que este nivel es subsidiario de una organización específica que compatibilice la modernización del sistema sanitario público con la búsqueda de la eficiencia organizativa y económica.

Este ámbito es responsable de la realización de los procedimientos diagnósticos que inicialmente no estén ligados en su organización a otro tipo de actividad clínica y que sean solicitados desde los Hospitales y Distritos de Atención Primaria.

Gráfico 1: PROPUESTA DE DESARROLLO ORGANIZATIVO DEL SAS. PLAN ESTRATÉGICO



Fuente: elaboración propia

### Innovaciones en la gestión

El Plan Estratégico separa nítidamente las siguientes funciones, permitiendo adecuar y definir las responsabilidades, la organización y los procedimientos de los distintos niveles de gestión:

- Función de gestión clínica
- Función de gestión de recursos
- Función reguladora

La función de gestión clínica se desarrolla en las Unidades Clínicas, lugar de encuentro entre los ciudadanos y la organización, constituyendo el nivel básico y principal de gestión, referente para toda la organización. Las Unidades Clínicas dispondrán del mayor grado de autonomía y responsabilidad posible estableciendo una relación transparente con los centros de gestión, tanto en lo referente al volumen y calidad de la actividad como en la eficiencia y pertinencia de la misma.

La función de gestión de recursos se ubica en la Dirección de Distritos, Hospitales y Centros de Diagnóstico y su objetivo básico consiste en facilitar la actividad de las Unidades Clínicas, realizando y evaluando los acuerdos que se establezcan con las mismas siendo, por tanto, responsables de su funcionamiento.

Los centros de gestión se configuran como un conjunto de instalaciones, procedimientos, servicios de apoyo y asesoramiento para un grupo de unidades con las que pueden mantener distintas formas de relación. Constituyen la imagen o marca bajo la que se integran las distintas unidades de gestión.

La función reguladora es ejercida por la Dirección Corporativa, siendo la responsable de asegurar la equidad y solidaridad y de potenciar las funciones que garanticen las orientaciones fijadas por la Autoridad Sanitaria a través de su capacidad normativa y el correcto nivel técnico y de gestión en la implantación de las mismas. Entre sus principales funciones se encuentra la de financiar a los centros sobre la base de esta nueva arquitectura organizativa y de gestión.

## Los Contratos Programa

Los Contratos Programa, en vigor desde 1992, han constituido el marco en que se han hecho explícitos los objetivos de actividad y presupuestos hospitalarios propiciando el desarrollo de metodologías para la vinculación de ambos. El Contrato Programa de 1997 introdujo la actividad (sí bien en un pequeño porcentaje) como uno de los factores determinantes de la financiación hospitalaria de ese año. En el Contrato Programa de 1998 los objetivos de actividad explicaron ya el 30% del reparto presupuestario.

## El desarrollo de los sistemas de información y la evolución de la medida del producto sanitario

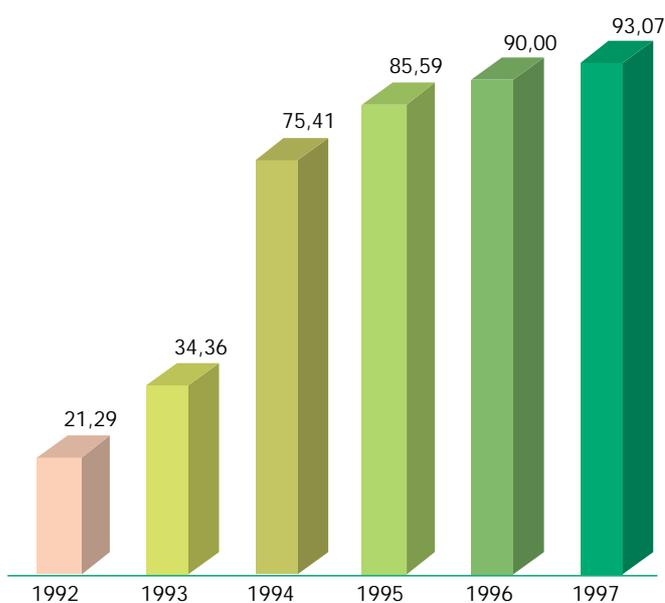
La información asistencial

Los Contratos Programa del SAS han utilizado la Escala de Valoración Andaluza (EVA) como unidad de ponderación de los productos sanitarios en el ámbito hospitalario (distintos tipos de estancias, intervenciones quirúrgicas con hospitalización y ambulatorias, intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, consultas y urgencias no ingresadas).

La EVA valora las estancias en función del área en que éstas se producen y asigna un valor estratégico a la resolución de procesos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, traduciendo así un objetivo estratégico de la organización y no tanto el valor económico real de los mismos. La EVA, además, valora por separado las intervenciones quirúrgicas y las estancias generadas por los pacientes quirúrgicos evitando en parte el estímulo a la producción de estancias innecesarias en este área.

El desarrollo de sistemas de información sanitarios ha permitido una mejor identificación de los productos hospitalarios y de los costes de los mismos. En concreto, la recogida desde 1992 de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos de los pacientes ingresados en los hospitales del SAS (CMBDA) y la aplicación de técnicas para la clasificación de estos pacientes (Grupos de Diagnóstico Relacionados —GDRs—, en el caso de Andalucía), han permitido identificar, en el ámbito de la hospitalización, aquellos pacientes con similares características clínicas y de requerimientos de recursos, superando la innovación que en su día supuso la introducción de las mencionadas escalas relativas de valoración y sentando una nueva base sobre la que establecer los contratos entre la Dirección Corporativa del SAS y sus hospitales. En la actualidad el CMBDA del SAS abarca en su globalidad las áreas de hospitalización y de cirugía mayor ambulatoria.

Gráfico 2: EVOLUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE ALTAS VÁLIDAS DEL CMBDA DEL TOTAL DE ALTAS SAS



Fuente: elaboración propia

Las técnicas de agrupación de pacientes han permitido una ponderación mucho más precisa de cada proceso hospitalizado eliminando gran parte de las tradicionales perversiones que presentan los sistemas de valoración por estancia.

Estos sistemas contemplan cada proceso como un caso con una complejidad o intensidad de consumo de recursos determinada, al margen de las estancias que el Hospital haya utilizado para su resolución.

Por tanto, en el ámbito de la hospitalización, el producto hospitalario así definido puede configurarse como uno de los factores determinantes en la financiación de las instituciones, contribuyendo a que ésta se realice de un modo más nítido y transparente.

En definitiva, el número de procesos de hospitalización que constituye el objetivo para cada Hospital dentro de los Contratos Programa, queda matizado por el Índice de Complejidad medio del Hospital. La unidad de medida de la producción hospitalaria en el ámbito de la hospitalización se ha denominado, en el caso del SAS, "Punto GDR", configurándose como el producto resultante de ambos factores.

En el Contrato Programa de 1998, ante la imposibilidad de determinar tarifas reales por línea de producción financiada, se optó por establecer una única unidad de medida del conjunto de la producción hospitalaria, utilizando la desarrollada para la hospitalización, el "punto GDR". La determinación de puntos GDR en el ámbito de la hospitalización se realizó con la metodología antes expuesta. La actividad objetivo en el resto de las áreas (urgencias no ingresadas y consultas externas) se tradujo a puntos GDR similares a los de hospitalización tras establecer la equivalencia entre estos y las unidades de medida tradicionales de la producción en estos ámbitos (EVAS en el caso andaluz).

Para buscar esta equivalencia se tradujo la actividad desarrollada en el ámbito de la hospitalización durante 1996 a puntos GDR y a EVAs, resultando una relación de 0,1 puntos GDR por EVA. Similares resultados se obtuvieron con posterioridad al procesar los datos correspondientes a 1997.

Basándose en estos resultados se ponderaron las siguientes actividades:

Tabla 1: PONDERACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACTIVIDAD EN EVAS Y PUNTOS GDR.  
CONTRATO PROGRAMA 1998

ACTIVIDAD	EVAS	PUNTOS GDR
URGENCIA NO INGRESADA	0,3	0,03
PROCESO CONSULTA JERARQUIZADO	0,5	0,05
PROCESO CONSULTA NO JERARQUIZADO	0,35	0,035
PROCESO CMA	10	EQUIVALENTE A HOSPITALIZACIÓN

Fuente: elaboración propia

#### La información de costes

El programa de Control de Gestión Hospitalaria (COANh) fue diseñado por el SAS en 1993 como un sistema de análisis de costes por servicio. El sistema, mediante la identificación y cuantificación de las relaciones entre las diferentes unidades productivas de los hospitales permite obtener los costes de las mismas y vincularlos a la producción asistencial. El sistema ha hecho posible el desarrollo de Contratos con las distintas unidades productivas del Hospital y la mejora en la distribución de recursos entre las mismas, permitiendo la tarificación de determinados productos sanitarios, fundamentalmente en el ámbito de las unidades diagnósticas.

El desarrollo del Programa de Control de Gestión Hospitalaria ha sido continuo, encontrándose actualmente en un proceso de redefinición para dar respuesta a los retos planteados por el Plan Estratégico, especialmente los que se derivan de las innovaciones en la gestión —creación de Unidades Clínicas de gestión— y en la organización —establecimiento del nivel de apoyo técnico para procedimientos diagnósticos—.



El modelo de   
financiación del Contrato  
Programa de 1999



Los modelos tradicionales de financiación del SAS no son compatibles con la reestructuración organizativa derivada del Plan Estratégico. El modelo de financiación de 1999 pretende desarrollar mecanismos que permitan dar respuesta a las nuevas necesidades, retos y oportunidades a los que se enfrenta el SAS. A continuación se señalan sus principales características:

Se trata, en primer lugar, de un modelo de financiación prospectivo, en el que se establecen:

- Un presupuesto global cerrado que permite el control de costes del sistema frente a los modelos de pago por proceso.
- Objetivos de actividad cerrados que, mediante un ejercicio de planificación y priorización, permiten una óptima asignación de los recursos existentes para dar respuesta a las necesidades de la población.

Es, además, un modelo que contempla como bases fundamentales de la financiación tanto las características estructurales del Hospital como la actividad a desarrollar por el mismo.

El modelo de financiación tiene en cuenta determinadas características estructurales del Hospital y su capacidad instalada a efectos de poder discriminar los costes en que incurren hospitales con diferente estructura. Para ello se han identificado determinados conceptos del entorno y de costes extraídos específicos de cada centro.

En un sentido amplio, dentro del concepto estructura habrían de valorarse los costes que se derivan de garantizar la equidad en el acceso a determinadas prestaciones que solo se justifican con criterios de eficiencia social, así como los costes derivados de la ordenación de determinadas especialidades.

Por otra parte y si, como recoge el Plan Estratégico del SAS, financiar consiste en asignar presupuestos para que el nivel de gestión de recursos preste asistencia sanitaria a los ciudadanos, el modelo de asignación ha de contemplar la actividad hospitalaria como uno de sus pilares básicos, valorando las necesidades de la población y potenciando aquellas prestaciones que hayan demostrado ser efectivas, eficientes y de calidad.

Es un modelo que tiene como objetivo la búsqueda de la eficiencia. En términos económicos, la eficiencia constituye un objetivo a alcanzar en un marco de equidad y equilibrio financiero. En ausencia de mercado, la eficiencia se corresponde con un concepto productivo, de forma que para un determinado conjunto de factores se obtenga el mayor resultado dentro de lo técnicamente posible o, alternativamente, fijando un resultado objetivo se determine el nivel mínimo de recursos a utilizar.

Este modelo de financiación esta orientado a la contención de costes, en la medida en que la búsqueda de la eficiencia se realiza fijando unos objetivos de actividad y el presupuesto óptimo para dicho nivel de resultados una vez identificados y extraídos los conceptos de coste que responden a características intrínsecas de cada centro.

El modelo es acorde con las propuestas organizativas y de gestión que establece el Plan Estratégico y debe necesariamente vincularse a instrumentos que permitan valorar la calidad de las prestaciones sujetas a financiación.

Así, los criterios de financiación se entienden como un elemento de regulación básico, coherente e integrado con otros aspectos reguladores como las carteras de servicios y la oferta y ordenación de recursos.

Con relación a los Hospitales, el modelo de 1999 financia la actividad que se presta en régimen de internamiento además de los procedimientos ambulatorios complejos (Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital de Día Médico y Hemodiálisis). Asimismo dota de los créditos necesarios para hacer frente a las urgencias no ingresadas y a los procesos de consulta tanto propios como requeridos por los dispositivos de Atención Primaria.

Para este ejercicio el modelo contempla los Centros de Diagnóstico como parte integrante del Hospital si bien destina una partida específica para financiar los procedimientos diagnósticos demandados por los dispositivos de Atención Primaria.

El Plan propugna además una separación nítida de las funciones de gestión clínica y gestión de recursos. Este hecho se concreta en el modelo de financiación para 1999 a través de la diferenciación de la financiación del denominado entorno asistencial (propio de la función de gestión de recursos ubicada en los centros de gestión) de la financiación de la actividad clínica propiamente dicha (dentro de la función de gestión clínica ubicada en las Unidades Clínicas).

El presente modelo de financiación implica cierto traslado de riesgos del financiador al proveedor de servicios y articula un período de ajuste para que este traslado pueda realizarse progresivamente. A tal objeto se introducen los conceptos de subvención y de plan de ajuste o viabilidad para el ejercicio.





# Metodología



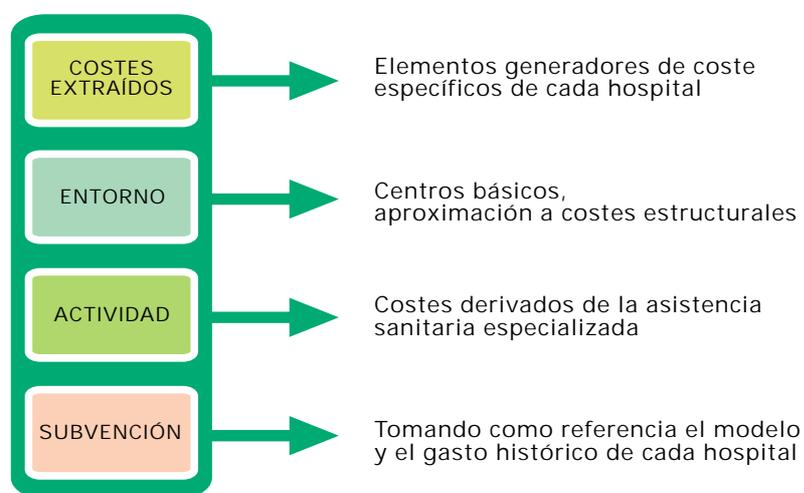
**E**l presente modelo se compone de cuatro bloques de financiación bien diferenciados:

- Costes extraídos
- Entorno
- Actividad clínica
- Subvención

---

Gráfico 3: COMPONENTES DEL MODELO DE FINANCIACIÓN. CONTRATO PROGRAMA 1999  
BLOQUES DE FINANCIACIÓN

---



Fuente: elaboración propia

## Costes extraídos

Entendemos por costes extraídos aquellos elementos generadores de coste propios y específicos de cada hospital, no financiados bajo los epígrafes de entorno o actividad y susceptibles de una financiación individualizada para cada centro. Se incluyen dentro de este bloque de financiación los siguientes conceptos:

- Personal que siendo retribuido por un Hospital presta servicio en otro centro de gasto.
- Liberados sindicales.
- Dispositivos de Salud Mental sin hospitalización (Equipos de Salud Mental, Unidades de Rehabilitación de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infantil y Comunidades Terapéuticas). En este concepto se incluye al personal que siendo retribuido por el Hospital presta servicio en estos dispositivos (excluido el contemplado en los apartados anteriores) así como el gasto corriente imputable.
- Servicios Especiales de Urgencias y otros dispositivos específicos, incluyendo el coste anual de personal y de gasto corriente correspondiente.
- Medicación de dispensación hospitalaria (según normativa) para pacientes externos, incluyendo la utilizada en los siguientes procesos:
  - VIH+
  - Esclerosis múltiple
  - Hemofilia
  - Fibrosis quística
  - Enfermedad de Gaucher
  - Otra medicación que cumpla los requisitos normativos
- Especialistas en formación, Escuelas de enfermería y Unidades Docentes.
- Pruebas diagnósticas solicitadas desde Atención Primaria, según datos estimados por la Subdirección de Atención Primaria mediante el establecimiento de estándares poblacionales a partir de estudios de demanda.

La inclusión y financiación de estos conceptos en el apartado de costes extraídos no presupone en ningún caso que los mismos no sean susceptibles de ser gestionados ni que el presupuesto asignado a los mismos deba corresponderse con su gasto histórico.

Algunos de los conceptos incluidos en este bloque no debieran, en rigor, estar en él. Tal es el caso de los dispositivos de salud mental sin hospitalización que deberían financiarse básicamente a partir sus objetivos de actividad, si bien la ausencia de información suficiente sobre las características de la actividad desarrollada por estos dispositivos ha obligado a financiarlos en este ejercicio mediante su inclusión en este bloque y en función de su gasto histórico.

## Actividad Asistencial: costes clínicos y costes de entorno

### Costes clínicos

Como ya ha sido comentado, durante 1999 los hospitales del SAS se financiarán dentro de este apartado por los resultados de los pactos en los siguientes ámbitos de actividad que en adelante denominaremos también líneas de producto:

- Hospitalización
- Urgencias no ingresadas
- Consultas
- Cirugía mayor ambulatoria
- Cirugía menor ambulatoria
- Hospital de día médico
- Hemodiálisis

### Cálculo de tarifas

Uno de los objetivos del modelo de financiación de 1999 era la obtención de tarifas reales por líneas de producción o áreas de actividad. Para ello fue preciso diseñar un nuevo sistema de imputación de costes hacia estas áreas, lo que supuso un avance respecto al sistema de contabilidad de gestión de que disponíamos (COANh) que imputaba la totalidad de los costes hacia servicios finales pero no hacia las líneas de producto dentro de los mismos.

El nuevo sistema de imputación se configuró a partir de los Sistemas de Información de costes y actividad de 1997 de un conjunto de Hospitales tomados como referentes por su dimensión, nivel de eficiencia y calidad de información, siendo un sistema de imputación de costes completos en cascada siguiendo la

metodología tradicional del COANh pero cuyos centros finales los constituyen las líneas de producto referidas en vez de los servicios finalistas.

En su diseño se ha prestado especial consideración a los siguientes aspectos:

- Extracción inicial de los costes de los conceptos objeto de financiación específica (costes extraídos) o agrupación de los mismos en áreas finalistas de modo que sus costes no se imputen en ningún caso a las líneas de producto referidas.
- Cuantificación precisa de la actividad asistencial en cada una de las líneas de producción.
- Determinación de la actividad y costes de las áreas de observación de urgencias y de procedimientos diagnósticos no quirúrgicos (no contempladas de manera específica en el COANh) así como de sus relaciones con las líneas de producción referidas al objeto de imputar estos costes según el consumo real.

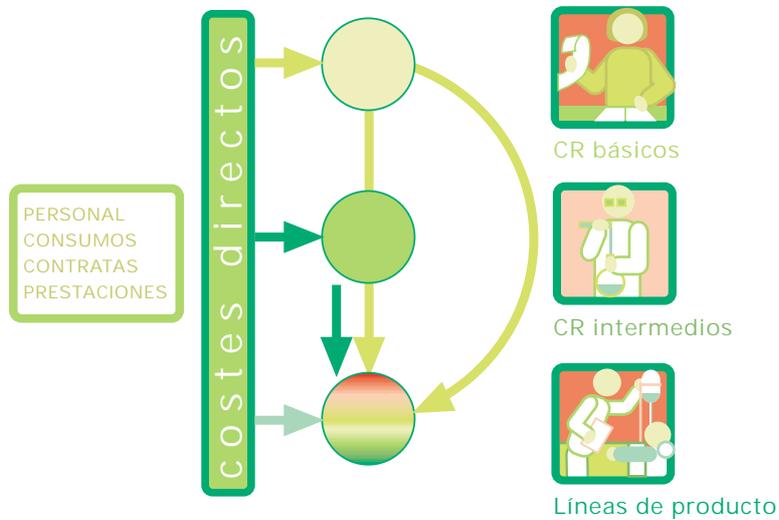
#### Costes totales por línea de producto

El proceso de imputación de costes se realizó en dos fases. La primera consistió en la afectación de los costes directos, mediante la identificación de los diferentes conceptos de coste y su imputación según el mejor criterio a los distintos Centros de Responsabilidad Básicos y Centrales y a las áreas de actividad o líneas de producto que en este modelo sustituyen a los servicios "finalistas" contemplados en COANh.

Cabe destacar que los costes de personal de cada Centro/Línea se determinaron en función del número de trabajadores por categoría y tiempo de dedicación de los mismos. Los costes corrientes se imputaron bien en función de su consumo real o en su defecto por el mejor criterio disponible de imputación.

La segunda fase consistió en la imputación de los costes indirectos, siguiendo la misma metodología que el Programa de Control de Gestión COANh, que mediante un sistema de costes completos procede a la imputación de costes indirectos en cascada, usando los mejores criterios disponibles en cada caso, tal como se muestra en el siguiente esquema:

Gráfico 4: IMPUTACIÓN DE COSTES TOTALES POR LÍNEA DE PRODUCTO

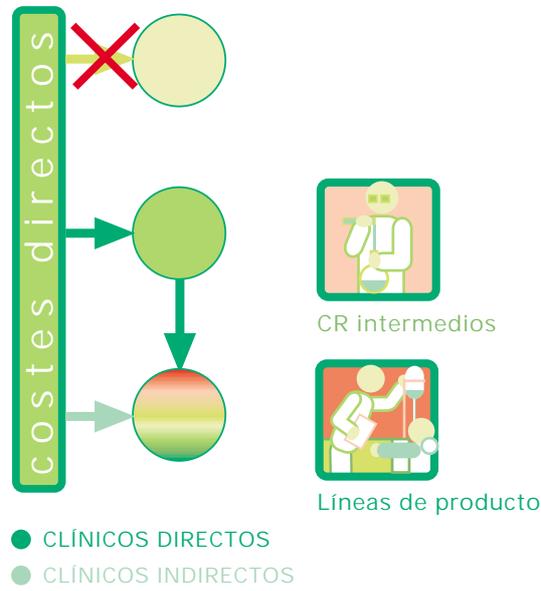


Fuente: elaboración propia

#### Costes de entorno y costes clínicos por línea de producto

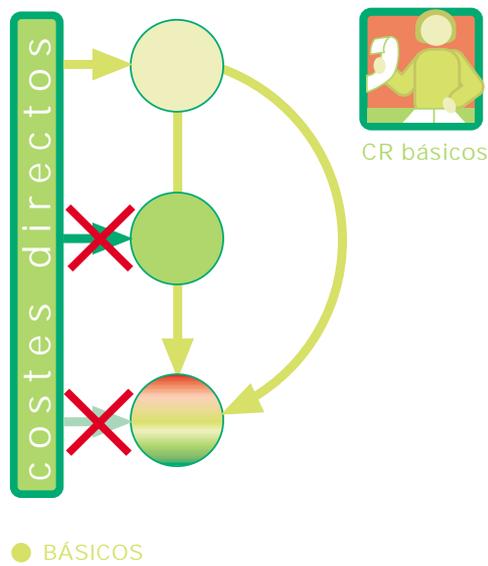
Los costes de entorno, identificados con los centros de responsabilidad básicos del COANh, han sido financiados utilizando una metodología específica que se describe en el apartado dedicado al bloque de financiación del entorno. Sin embargo, fue preciso realizar la imputación de estos costes con el fin de determinar su incidencia en la tarifa de los productos de cada área de actividad ya que, en general, los costes clínicos de cada producto se han calculado como el resultado de la diferencia de los costes totales y los del entorno.

Gráfico 5: IMPUTACIÓN DE COSTES CLÍNICOS POR LÍNEA DE PRODUCTO



Fuente: elaboración propia

Gráfico 6: IMPUTACIÓN DE COSTES DE ENTORNO POR LÍNEA DE PRODUCTO



Fuente: elaboración propia

En la siguiente Tabla se recogen los resultados obtenidos tras el proceso de imputación por línea de producto, identificándose para cada una de ellas los porcentajes de costes clínicos directos, indirectos (excluyendo los costes de los centros de responsabilidad básicos) y básicos (tanto los directos como los imputados a través de centros intermedios).

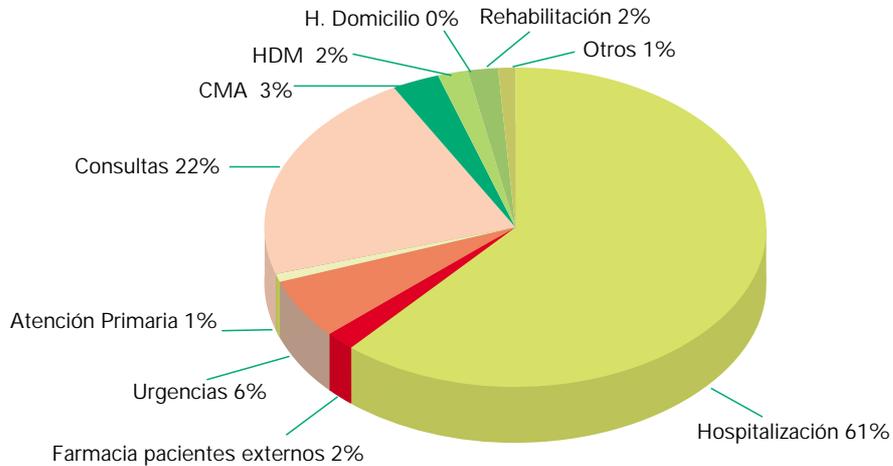
Tabla 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TIPOS DE COSTE POR LÍNEA DE PRODUCTO

LÍNEAS DE PRODUCTO	COSTES CLÍNICOS DIRECTOS	COSTES CLÍNICOS INDIRECTOS	COSTES DE CENTROS BÁSICOS	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	59%	17%	24%	100%
FARMACIA PACIENTES EXTERNOS	89%	9%	2%	100%
URGENCIAS	56%	21%	24%	100%
ATENCIÓN PRIMARIA	91%	3%	6%	100%
CONSULTAS	53%	31%	16%	100%
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	80%	2%	18%	100%
HOSPITAL DE DÍA MÉDICO	67%	10%	23%	100%
HOSPITAL A DOMICILIO	92%	1%	7%	100%
REHABILITACIÓN	74%	1%	26%	100%
OTROS	70%	2%	28%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>59%</b>	<b>19%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia

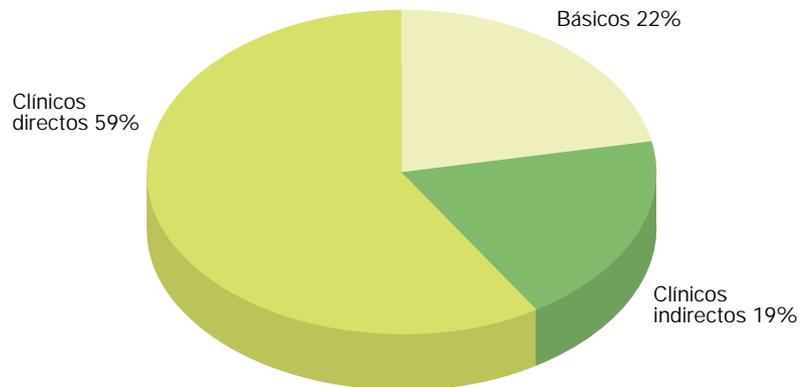
La distribución de costes totales por línea de producto y tipo de coste se refleja en los siguientes gráficos:

Gráfico 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE COSTES POR LÍNEA DE PRODUCTO



Fuente: elaboración propia

Gráfico 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE COSTES SEGÚN PROCEDENCIA



Fuente: elaboración propia

Una vez determinados los costes por línea de producto, es posible la obtención de una tarifa para los productos de cada línea si bien es preciso resolver en cada una de ellas la problemática derivada de la necesidad de diferenciar los costes clínicos de los costes de entorno.

## Imputación de costes a los productos de cada línea

### Hospitalización

Asumimos que el coste que refleja el peso relativo de un GDR puede explicarse mediante dos componentes bien diferenciados:

- Costes derivados de las actuaciones clínicas o intensidad terapéutica
- Costes hoteleros o de entorno

Entendemos asimismo que los costes hoteleros en este ámbito de producción guardan una relación directa con las estancias consumidas por los pacientes y por tanto pueden ser imputados a las mismas para calcular el coste hotelero unitario de la estancia.

Sin embargo el peso relativo de cada GDR refleja patrones importados de intensidad en el consumo de recursos. Para solventar este hecho se ha optado por imputar los costes del entorno entre el número de estancias esperadas del Hospital si este tratara su casuística, a efectos de utilización de estancias, con el patrón de original de estancias por GDR utilizado en la versión 12-AP del agrupador.

La metodología de cálculo para la separación de los distintos componentes de coste en el ámbito de la hospitalización implica, por tanto, la necesidad de fijar objetivos por Hospital con los siguientes parámetros:

- Número de ingresos objetivo
- Índice de complejidad esperado
- Estancia media esperada (utilizando el patrón de estancias original por GDR)

ya que cada una de estas características inciden en la financiación y son variables para cada hospital.

La desagregación del índice de complejidad en sus componentes clínico (o de intensidad terapéutica) y de entorno se ha realizado para conjunto de la casuística de los hospitales de referencia. No obstante cada uno de los GDRs queda afectado por esta separación de componentes en función de su peso relativo y de su estancia media (según el patrón original). De este modo se pueden calcular los costes totales de cada GDR (multiplicando su peso relativo por el coste total del punto), sus costes hoteleros o de entorno (multiplicando sus estancias por el coste hotelero de la estancia) y sus costes clínicos que surgen como la diferencia de ambos.

En la siguiente tabla puede comprobarse cómo quedan afectados algunos de los GDRs más frecuentes en los hospitales del SAS. Se detalla el peso relativo de cada uno de ellos y el porcentaje del mismo que corresponde a actuaciones clínicas propiamente dichas. El resto del porcentaje se explicaría por los costes de entorno del GDR.

Tabla 3: PESOS RELATIVOS Y PORCENTAJE DE INTENSIDAD TERAPÉUTICA DE LOS GDRs MÁS FRECUENTES EN EL SAS

GDR	NOMBRE	PESO	% IT
014	TRASTORNOS ESPECÍFICOS CEREBROVASCULARES EXCEPTO ICTUS TRANSITORIO	2,0431	71,39
039	INTERVENCIONES SOBRE EL CRISTALINO, CON O SIN VITRECTOMÍA	0,8158	89,42
088	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	1,2134	66,22
127	FALLO CARDIACO Y SHOCK	1,5240	71,54
140	ANGOR PECTORIS	0,8999	73,19
162	INTERV. POR HERNIA INGUINAL Y FEMORAL, EDAD >=18 SIN CC.	0,6691	83,11
167	APENDICECTOMÍA SIN DIAGNÓST. PRINCIPAL COMPLICADO, SIN CC	0,8053	79,00
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SIN CC.	0,8343	69,78
359	INTERV.ÚTERO Y ANEXOS, POR CARCINOMA IN SITU Y ENF. NO MALIGNAS, SIN CC	1,0667	81,12
371	CESÁREA SIN CC.	0,8965	75,98
372	PARTO VAGINAL CON DIAGNÓSTICO COMPLICADO	0,5880	73,66
373	PARTO VAGINAL SIN DIAGNÓSTICO COMPLICADO	0,4842	76,33
379	AMENAZA DE ABORTO	0,4245	64,73
381	ABORTO CON LEGRADO O HISTEROTOMÍA	0,4741	84,69
383	OTROS DIAGNÓSTICOS PREPARTO CON COMPLICACIONES MÉDICAS	0,5872	67,84
410	QUIMIOTERAPIA	1,0995	84,85
430	PSICOSIS	1,5274	27,03
467	OTROS FACTORES QUE INFLUENCIAN EL ESTADO DE SALUD	0,2522	37,40
629	RECIEN NACIDO NORMAL >2'5 Kg, SIN INTERVENCIONES SIGNIFICATIVAS	0,2387	43,28
777	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS Y MISCELÁNEA TRAST.DIGESTIVOS, EDAD<18 SIN CC	0,4346	69,95

Los costes clínicos de los GDRs son relevantes para la negociación con las Unidades Clínicas tal y como propone el Plan Estratégico, que separa las funciones de gestión clínica y de gestión de recursos. No obstante también desde el ámbito clínico es posible influir en la utilización del entorno hotelero a través de la estancia

media, por lo cual será preciso articular mecanismos que recojan esta responsabilidad en los contratos que se realicen entre los centros de gestión y las Unidades Clínicas. En el ámbito de la hospitalización esto podría realizarse mediante la fijación de índices de utilización de estancias (relación entre las estancias observadas y las que se fijan como objetivo para cada uno de los GDR) y su traslación a las cuentas de resultados.

#### Urgencias no ingresadas

Este modelo ha considerado las urgencias no ingresadas como productos homogéneos, dada la ausencia actual de herramientas que permitan discriminarlas en función de su complejidad, y por tanto la imputación de costes se ha realizado unitariamente entre el número total de urgencias no ingresadas.

El consumo de recursos en la observación de urgencias representa en los hospitales analizados el 35% de los gastos del área. Su coste ha sido imputado al área de hospitalización al desprenderse del análisis realizado que la práctica totalidad de estos costes son generados por pacientes que posteriormente se ingresan.

#### Procesos de consulta

Durante 1999 se han financiado “procesos de consulta” que incluyen una primera visita y las sucesivas relacionadas.

Los resultados del estudio muestran la existencia de una notable diferencia de costes entre los procesos de consulta que tienen lugar en las consultas externas del Hospital y los que se desarrollan en los centros periféricos de especialidades (CPE). La distribución porcentual de costes por proceso de consulta obtenidos se recoge en la tabla siguiente.

Tabla 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE COSTE PARA LOS PROCESOS DE CONSULTA EN CONSULTAS EXTERNAS Y CENTROS PERIFÉRICOS

COSTES	C. EXTERNAS	C.P.E.	TOTAL
CLÍNICOS DIRECTOS	40	61	53
CLÍNICOS INTERMEDIOS	38	26	31
TOTAL CLÍNICOS	78	87	84
DE ENTORNO	22	13	16
TOTAL	100	100	100

Fuente: elaboración propia

Ante la disparidad de los costes obtenidos para los procesos de consulta atendidos en los dos ámbitos considerados, se ha optado por valorar cada proceso de consulta con 0,05 puntos GDR tal y como se estableció en el Contrato Programa de 1998 para los procesos de consulta jerarquizados. Esta tarifa es similar a la obtenida en el estudio de costes para el total de consultas. El coste de entorno del proceso se determinó aplicando el porcentaje de costes de entorno del total de las consultas obtenido a partir del estudio (16%).

La tarifa calculada se aplica uniformemente a la totalidad de los procesos de consulta sin discriminación de los mismos en función de la complejidad al no existir actualmente información suficiente que lo permita.

#### Cirugía Mayor Ambulatoria

El Contrato Programa de 1999 incluye 37 procesos que pueden ser resueltos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y asume que los pesos relativos de coste de dichos procesos son similares a los de sus homólogos dentro del ámbito de la hospitalización.

Así, para cada proceso de CMA se identificaron, a partir del análisis del CMBDA de 1997 los GDRs equivalentes en hospitalización y de estos se eligió el más similar desde un punto de vista clínico, asignándose su peso relativo al proceso.

Tabla 5: PROCESOS CMA, GDRs EQUIVALENTES Y PESOS RELATIVOS

	PROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	GDR equivalente	PESO
1	LIBERACIÓN DE TUNEL	006	0,6443
2	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN IMPORTANTE DEL PÁRPADO O DE CUALQUIER LESIÓN CON RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO	040	0,6561
3	OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	040	0,6561
4	TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR	042	1,0176
5	CIRUGÍA DEL ESTRABISMO (UNILATERAL Y UN MÚSCULO)	041	0,6267
6	CIRUGÍA DEL ESTRABISMO (BILATERAL O UNILATERAL EN DOS O MÁS MÚSCULOS)	041	0,6267
7	CATARATAS	039	0,8158
8	OPERACIONES SOBRE OÍDO MEDIO	055	0,6519
9	INTERVENCIONES DE PIRÁMIDE NASAL	056	0,6876
10	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE	(*)	0,5000
11	HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMÍGDALAS	060	0,5031

Tabla 5: PROCESOS CMA, GDRs EQUIVALENTES Y PESOS RELATIVOS (cont.)

	PROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	GDR equivalente	PESO
12	NÓDULOS DE CUERDAS VOCALES	055	0,6519
13	VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	119	0,7767
14	ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS	(*)	1,5400
15	FISURA Y FÍSTULA ANAL	158	0,5241
16	HEMORROIDES	158	0,5935
17	HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES Y SIN INJERTO NI PRÓTESIS	162	0,6691
18	HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES O CON INJERTO O PRÓTESIS	(*)	0,7000
19	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE VEJIGA	311	0,7532
20	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA	349	0,5662
21	OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TÚNICA VAGINAL, TESTÍCULOS Y CORDÓN ESPERMÁTICO	340	0,6002
22	ESTERILIZACIÓN MEDIANTE VASECTOMÍA	351	0,2522
23	FIMOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA	343	0,3211
24	OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACIÓN)	359	1,0667
25	OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)	361	0,77
26	INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO	360	0,7599
27	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE EL ÚTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE	364	0,6057
28	MIOMECTOMÍA UTERINA	359	1,0667
29	LEGRADO UTERINO	381	0,4741
30	HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE	225	1,1226
31	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	(*)	0,6000
32	ARTROSCOPIA	232	0,7902
33	EXCISIÓN DE MENISCO DE RODILLA	222	1,0785
34	GLANGLIONECTOMÍA Y DUPUYTREN	229	0,8259
35	TUMORES BENIGNOS DE MAMA	262	0,7095
36	QUISTE PILONIDAL	267	0,5241
37	EXTIRPACIÓN RADICAL DE LESIÓN DE PIEL O EXTIRPACIÓN NO RADICAL DE LESIÓN DE PIEL CON REPARACIÓN PLÁSTICA	268	0,8112

(\*) Valoración por comité de expertos

Fuente: elaboración propia

Los costes totales de esta línea de producto se han repartido entre los distintos procesos de CMA en función del número y peso relativo de cada uno de ellos,

mientras que los costes de entorno se han distribuido entre el número total de procesos de CMA uniformemente.

En el Contrato Programa de 1999, el SAS financiará los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria con la misma tarifa que sus homólogos dentro del ámbito de la hospitalización, tarifa superior a la obtenida en el estudio de costes, al considerarse como una línea estratégica a potenciar, si bien se aplica el coste unitario del entorno resultante del mismo.

#### Hospital de día médico

El Contrato Programa de 1999 incluye, por primera vez, 13 procesos para su tratamiento en Hospital de Día Médico (HDM) y establece un peso relativo de coste para cada uno de ellos a partir de la valoración realizada por un panel de expertos.

Tabla 6: PROCESOS DE HOSPITAL DE DÍA MÉDICO Y PESOS RELATIVOS

	PROCESOS DE HOSPITAL DE DIA MEDICO	PESO
	HEMATOLÓGICO	
1	TRATAMIENTO CITOSTÁTICO	0,1500
2	TRANSFUSIONES	0,0300
	ONCOLÓGICO	
3	QUIMIOTERAPIA DE CORTA DURACIÓN (< 2 HORAS)	0,1350
4	QUIMIOTERAPIA DE MEDIA DURACIÓN (2 A 5 HORAS)	0,1550
5	QUIMIOTERAPIA DE LARGA DURACIÓN (> 5 HORAS)	0,1750
	RADIOTERAPIA	
6	TRATAMIENTOS CORTOS (= < 2 SEMANAS)	1,0400
7	TRATAMIENTOS LARGOS (> 2 SEMANAS)	1,5000
8	BRAQUITERAPIA	0,0950
	MEDICINA INTERNA/DIGESTIVO	
9	TERAPIAS ENDOSCÓPICAS DIGESTIVAS	0,1200
10	PARACENTESIS	0,0500
11	TERAPIA IV ACTIVA Y/O PALIATIVA DE VIH	0,0150
	CLÍNICA DEL DOLOR	
12	BOMBAS SUBCUTÁNEAS DE ANALGESIA	0,7500
	OTROS	
13	LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE	0,1100

Fuente: elaboración propia

En el Contrato Programa de 1999 se han financiado los puntos generados por los objetivos de Hospital de Día Médico con la tarifa del punto GDR. Los costes del entorno suponen el 23% del total de los costes de esta línea, según los resultados del estudio.

#### Cirugía menor ambulatoria

Se han financiado 6 procesos, prevalentes en nuestras listas de espera quirúrgicas, y que pueden ser resueltos mediante cirugía menor ambulatoria (cma), estableciendo un peso relativo de coste para cada uno de ellos según la valoración realizada por un panel de expertos.

Tabla 7: PROCESOS DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA Y PESOS RELATIVOS

	PROCESOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA	PESO
1	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN MENOR DEL PÁRPADO CON CIERRE DIRECTO (sin procedimientos de reconstrucción asociados 08.60 al 08.74)	0,0962
2	REPARACIÓN DE ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN	0,2886
3	OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	0,1732
4	EXCISIÓN DE PTERIGION	0,2500
5	FRENECTOMÍA LINGUAL	0,0327
6	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN DE PIEL NO RADICAL CON CIERRE DIRECTO (sin procedimientos secundarios de reparación asociados 86,60 al 86.89)	0,0096

Fuente: elaboración propia

Los puntos generados por los objetivos en cirugía menor ambulatoria se han financiado con la tarifa del punto GDR de hospitalización. Los costes del entorno de esta actividad han sido despreciados dada su escasa relevancia según se desprende de los resultados del estudio.

#### Hemodiálisis

Se ha establecido un coste unitario para cada una de las sesiones objetivo a realizar en 1999 a partir de las tarifas utilizadas por las empresas concertadas.

## Costes de entorno. Entorno productivo y entorno estructural

Como se ha descrito, mediante la determinación de los costes de entorno y clínicos de las diferentes áreas de actividad es posible construir un modelo de financiación prospectivo que muestre para cada Hospital el presupuesto clínico y de entorno preciso para la consecución de su objetivo de actividad.

Sin embargo, los costes de entorno en que incurre el Hospital no siempre guardan una relación directa con el nivel de producción, sino que pueden responder a determinadas características específicas del Hospital como su dimensión. Como alternativa al modelo anterior (financiación del entorno en función de la producción) se ha elaborado un modelo que tiene en cuenta las características estructurales de los hospitales (financiación del entorno en función de la estructura). A continuación se realiza una breve descripción del mismo.

A partir de la información proporcionada por el programa de control de gestión hospitalaria (COANh) se procedió a la determinación, para cada centro básico de los hospitales del estudio, de los costes unitarios por parámetro estructural (superficie, número de trabajadores, estancias y número total de pacientes atendidos) lo que permitió la determinación de tarifas estándar para el conjunto de la red.

Previo a la aplicación de estas tarifas, se realizó un análisis de la dimensión hospitalaria que permitió discriminar la superficie "productiva" de la "excedentaria" de cada Hospital dependiendo de si la misma estaba justificada por su nivel de actividad. La superficie útil se financia al 100% mientras que la excedentaria se financia a un tipo inferior, al 66%.

Se estimó que el coste derivado del mantenimiento dependía no solo de la superficie del Hospital sino también de la antigüedad y estado de las instalaciones, situación no valorable con los actuales sistemas de información, por lo que se optó por financiar los costes de este centro básico de forma íntegra para cada Hospital en función de su gasto histórico.

Los costes de los centros básicos representan aproximadamente el 23% del gasto total de los hospitales. Asimismo se mantiene prácticamente constante para la mayoría de los hospitales el peso proporcional del coste de cada uno de los centros de responsabilidad básicos sobre el total de los costes de entorno, como se puede observar en el siguiente cuadro.

Tabla 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE COSTES DE CENTROS BÁSICOS  
POR TIPO DE HOSPITAL 1997

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	TOTAL
LIMPIEZA	13%	14%	9%	10%	13%
SEGURIDAD	1%	2%	2%	2%	1%
DOCENCIA	4%	5%	6%	7%	5%
ADMINISTRACIÓN	24%	24%	24%	25%	24%
ADMISIÓN	8%	8%	8%	8%	8%
P. SUBALTERNO	7%	6%	5%	6%	6%
MANTENIMIENTO	20%	19%	22%	21%	20%
LAVANDERÍA	6%	6%	7%	6%	6%
NUTRICIÓN	17%	17%	17%	15%	17%
TOTAL BÁSICOS	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia



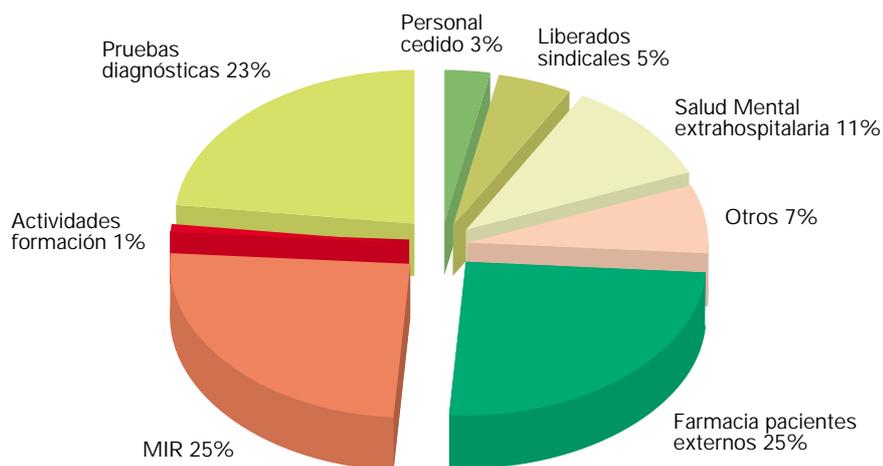
# Resultados ● del modelo



## Bloque de conceptos extraídos

Una vez valoradas las características específicas propias de cada Hospital se procedió a su presupuestación con los resultados que se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 9: CONCEPTOS EXTRAÍDOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL



Fuente: elaboración propia

## Bloque de actividad asistencial

Siguiendo la metodología de elaboración del Contrato Programa, la Dirección Corporativa del SAS realizó una propuesta inicial de objetivos para 1999 que fue negociada con los hospitales de la red y sobre esta base se fijaron los objetivos para cada una de las líneas de actividad con los siguientes resultados:

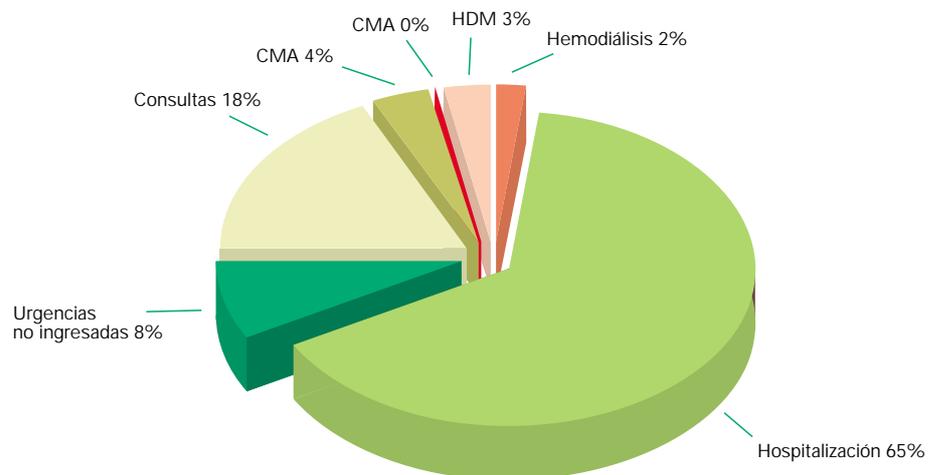
Tabla 9: OBJETIVOS DE ACTIVIDAD DEL CONTRATO PROGRAMA 1999 Y PESOS RELATIVOS POR LÍNEA DE PRODUCTO

LÍNEA DE PRODUCTO	MIX TIPO	OBJETIVOS DE ACTIVIDAD
HOSPITALIZACIÓN (EM: 6,21)	1,2900	567.240
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	0,6444	69.272
CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA	0,0293	42.794
HOSPITAL DÍA MÉDICO	0,2248	144.298
URGENCIAS NO INGRESADAS		2.552.275
PROCESOS DE CONSULTA		3.725.697
HEMODIÁLISIS		197.301

Fuente: elaboración propia

A esta actividad objetivo se le aplicaron las tarifas clínicas obtenidas en el estudio de costes descrito anteriormente, distribuyéndose los presupuestos clínicos por línea de actividad como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 10: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PRESUPUESTOS CLÍNICOS



Fuente: elaboración propia

## Bloque de entorno

Al comparar la financiación de los centros básicos derivada de este modelo, con la que hubiera resultado de aplicar un modelo puramente incrementalista sobre el gasto histórico de cada hospital, se pone de manifiesto una gran potencialidad de ahorro en los costes de entorno.

## Estructura general del modelo

La agregación de los componentes descritos generó un modelo teórico de financiación prospectivo y cerrado para cada hospital.

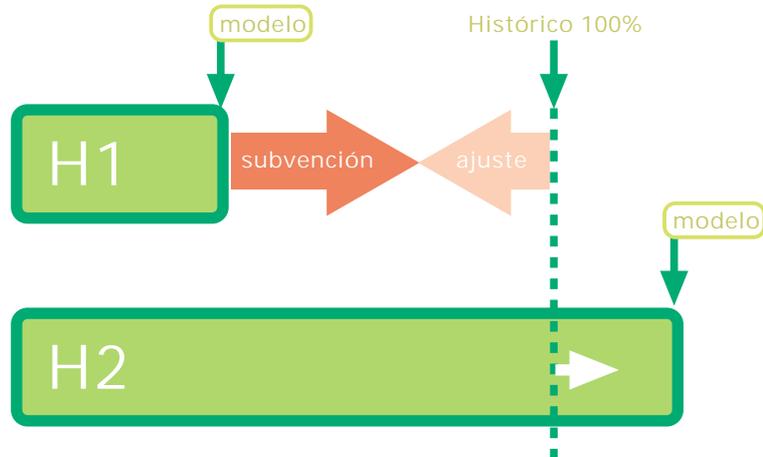
Tabla 10: COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL MODELO DE FINANCIACIÓN

CONCEPTOS EXTRAIDOS	14%
ACTIVIDAD CLÍNICA	67%
CENTROS BÁSICOS	20%
TOTAL	100%

Fuente: elaboración propia

No obstante, el modelo descrito no es directamente aplicable, puesto que la financiación prevista por el mismo ha de compararse con la cifra prevista de gasto real (calculado en base a las previsiones de cierre contable del ejercicio anterior), de forma que el sistema garantice la viabilidad de los hospitales deficitarios. A tal fin se incluyó en el modelo un bloque de subvención que cuantifica el ajuste que debe realizar cada centro dentro de un proceso continuo de reducción de déficits y cuya cuantía se determina en el proceso de negociación entre la Dirección Corporativa y las Gerencias de los hospitales en el marco del contrato programa.

Gráfico 11: ESQUEMA GENERAL DEL MODELO



Fuente: elaboración propia

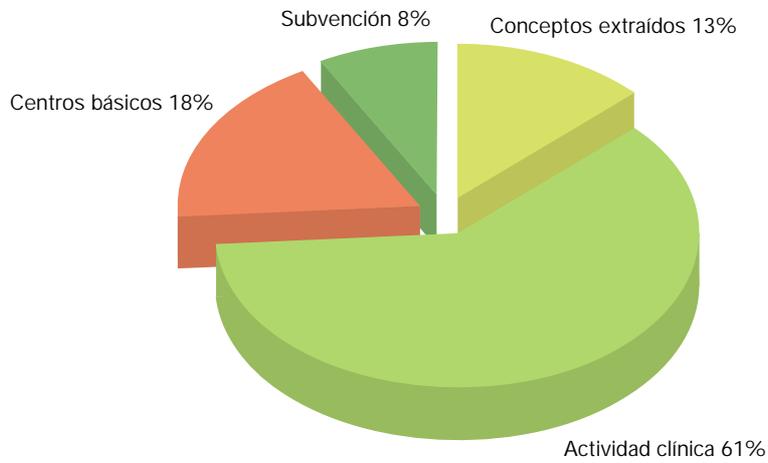
Tabla 11: COMPOSICIÓN DEL PRESUPUESTO DISTRIBUIDO 1999

PRESUPUESTO TOTAL DISTRIBUIDO	100%
MODELO DE FINANCIACIÓN 1999	92%
SUBVENCIÓN	8%

Fuente: elaboración propia

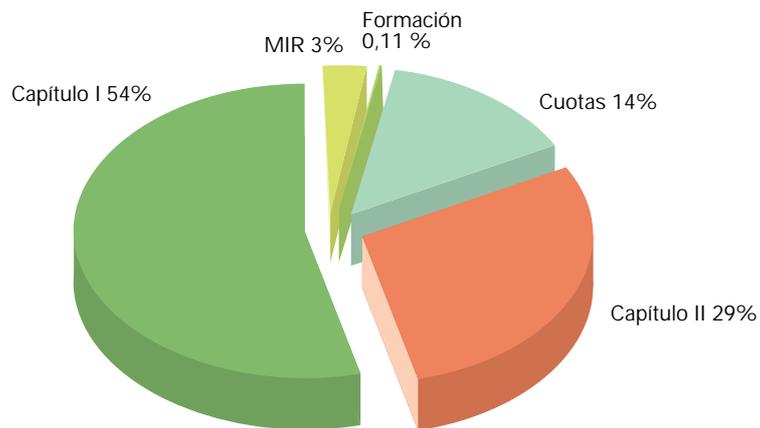
El importe del bloque de subvención del conjunto del sistema para el año 1999 asciende a un 8% del presupuesto distribuido.

Gráfico 12: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DE 1999



Fuente: elaboración propia

Gráfico 13: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DE 1999 POR CONCEPTOS PRESUPUESTARIOS



Fuente: elaboración propia





# Conclusiones



**E**n este apartado se recogen las principales características y aportaciones del modelo de financiación descrito:

- Se trata de un modelo prospectivo no incrementalista.
- Permite financiar, a través del bloque de conceptos extraídos, elementos de coste propios de cada Hospital que requieren un tratamiento específico.
- Se han incorporado nuevas líneas de actividad que reflejan la evolución en la concepción del hospital, la incorporación de nuevas tecnologías y las necesidades de la población.
- Ha permitido la determinación de tarifas tanto para los ámbitos tradicionales de la actividad hospitalaria como para las nuevas líneas de producción.
- La separación de los costes clínicos y de entorno permite incorporar en los contratos con las Unidades Clínicas información específica de los costes sobre los que tienen capacidad de gestión.
- El modelo asigna a cada Hospital de la red un lugar en una escala de “eficiencia”, observándose cambios respecto a los modelos previos.
- El gasto histórico de cada Hospital continúa siendo sumamente relevante en la asignación presupuestaria final.
- La incorporación de la subvención como elemento de ajuste permite determinar el esfuerzo de contención de coste que ha de realizar cada centro.
- El ajuste del modelo a un esquema presupuestario hace que los esfuerzos de ajuste a corto plazo se reflejen asimétricamente sobre el capítulo de gasto corriente, debido a la rigidez de los gastos de personal.
- Es un modelo de carácter conservador, pues financia íntegramente la mayoría de los conceptos extraídos así como la totalidad de los costes de entorno de mantenimiento. Además, las tarifas utilizadas para la financiación

de los costes de entorno en el modelo no han sido calculadas a partir del análisis de la actividad productiva que, como hemos visto, permite diferenciar los costes clínicos y de entorno, sino mediante un estudio específico que toma en consideración las características estructurales de los centros.

- Se encuentran incluidos en el bloque de extraídos conceptos que deberían financiarse por actividad, como es el caso de la salud mental extrahospitalaria. Igualmente ocurre con la actividad de rehabilitación y de hospitalización domiciliaria, actualmente financiadas a través del bloque de subvención.
- Las tarifas calculadas para la financiación de la actividad asistencial incluyen costes derivados de los gastos de reposición de inmovilizado a través de la adquisición de material sanitario.
- La disparidad de costes observada entre los dos ámbitos de producción de consultas debe ser objeto de un estudio específico que permita identificar las variables que determinan su coste.
- Se ha detectado un importante potencial de ahorro en los costes de entorno.

Durante el proceso de elaboración del modelo de financiación descrito, se han puesto de manifiesto una serie de líneas de trabajo en las que debe profundizarse en el futuro.

En primer lugar, no es posible evaluar las relaciones marginales entre variables debido a la linealidad del modelo propuesto, ignorándose por tanto la existencia de posibles economías de escala en el sistema. Esto plantea la necesidad de un análisis estadístico exhaustivo que permita visualizar otro tipo de relaciones y validar funciones de producción o costes.

En segundo lugar, el modelo se ha nutrido de los sistemas de información hospitalarios de actividad y costes, cuyo análisis ha permitido determinar las carencias existentes y las líneas de actuación a desarrollar con el fin de adecuarlos a las nuevas exigencias.

Respecto a la actividad, las nuevas líneas de producción hospitalaria hacen necesaria la creación de nuevos sistemas de registro, como es el caso de los procedimientos diagnósticos no quirúrgicos, la rehabilitación y la hospitalización domiciliaria, mientras que en otros se precisa la mejora cualitativa de los registros existentes, de tal forma que permitan un mejor conocimiento de la casuística atendida, como ocurre en los ámbitos de urgencias y consultas externas.

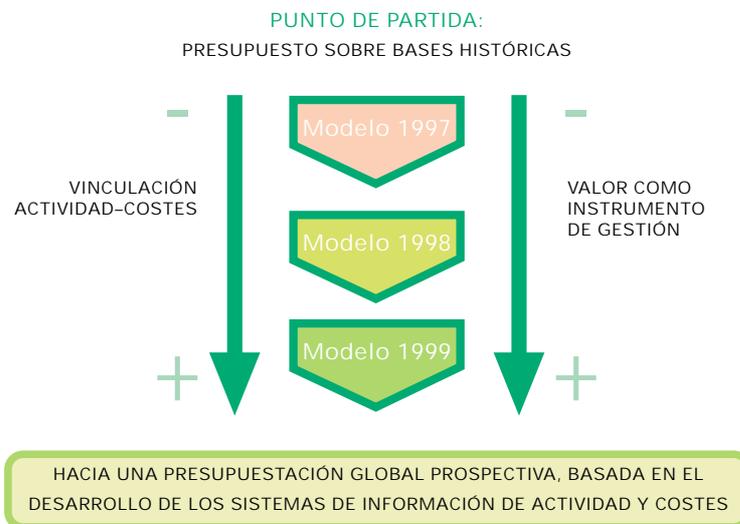
Mención especial merece el registro del CMBDA no solo desde el punto de vista de la bondad y calidad de sus datos sino también en el tratamiento de la informa-

ción que proporciona sobre pacientes de larga estancia, reingresos, derivaciones a otros centros y traslados de pacientes entre servicios o Unidades Clínicas.

Este conocimiento más exhaustivo de lo producido genera a su vez nuevas demandas informativas al sistema de costes. Esta información ha de ser lo suficientemente detallada para dar cabida a las distintas líneas de actividad y tipologías de pacientes, dando respuesta a las necesidades de información de las Unidades Clínicas de cara a la elaboración y seguimiento de sus contratos y a las de la Dirección Corporativa para abordar el proyecto de los pesos propios de los GDRs. La metodología desarrollada para el cálculo de las tarifas aplicadas ha sentado las bases para la adecuación del Programa de Control de Gestión Hospitalaria a las nuevas exigencias.

En resumen, el modelo de financiación diseñado para el Contrato Programa de 1999 y cuya descripción ha sido objeto del presente documento, ha supuesto un salto cualitativo importante respecto a los modelos anteriores, al avanzar en el camino de la vinculación de la actividad a los costes y al tratar de manera diferenciada aquellas partidas que son específicas de cada hospital, configurando el presupuesto como una verdadera herramienta de gestión, tanto a nivel global del sistema como al de los gestores de los Hospitales.

Gráfico 14: EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ASIGNACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL SAS



Fuente: elaboración propia



# Bibliografía

Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Asistencia Especializada:  
Sistema de Contabilidad de Gestión (COANh). 1997.

Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Asistencia Especializada:  
Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía. 1997–1998.

Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Asistencia Especializada:  
Actividad Asistencial en Atención Especializada. 1992–1997.

Servicio Andaluz de Salud:  
Plan Estratégico. 1999.

Servicio Andaluz de Salud. Subdirección de Asistencia Especializada:  
Contrato Programa de Hospitales. 1998–1999.



