

SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS EN TRANSFORMACIÓN

Ideas para impulsar un cambio en España

Enero, 2020

Joan Barrubés
Ladislao Honrubia
Oscar Dia
Eduard Portella

ANTARES
consulting 



Edita:

Antares Consulting, S.L.

Plaza Urquinaona, 6, 10ª A

08010 Barcelona

©Antares Consulting, S.L. Se permite la reproducción parcial citando como fuente Antares Consulting.

Citar como:

Barrubés J, Honrubia L, Dia O, Portella E. Sistemas sanitarios europeos en transformación: ideas para impulsar un cambio en España. Madrid - Barcelona: Antares Consulting; 2020

Índice

1. Introducción	P. 5
1.1. Sistemas sanitarios en transformación	
1.2. El perímetro de este informe: los cambios observados	
2. Reformar el hospital público: personalidad jurídica, autonomía de gestión y gobierno profesional	P.11
2.1. La correlación entre gestión y resultados	
2.2. El modelo de hospital público en Europa	
2.3. Conclusiones e implicaciones para España	
3. Repensar los criterios de ordenación de la actividad	P.25
3.1. La necesidad de ordenar los servicios y recursos especializados de salud	
3.2. Las reformas en curso en países de nuestro entorno	
3.3. Conclusiones e implicaciones para España	
4. Del hospital como entidad independiente hacia su integración en redes hospitalarias	P.38
4.1. La transición de hospitales en redes territoriales	
4.2. Las reformas en curso en países de nuestro entorno	
4.3. Conclusiones e implicaciones para España	
5. De la financiación por presupuesto al pago por procesos	P. 48
5.1. La financiación hospitalaria por procesos	
5.2. Las reformas en los países europeos	
5.3. Conclusiones e implicaciones para España	
6. Conclusiones	P. 54
7. Bibliografía	P. 57

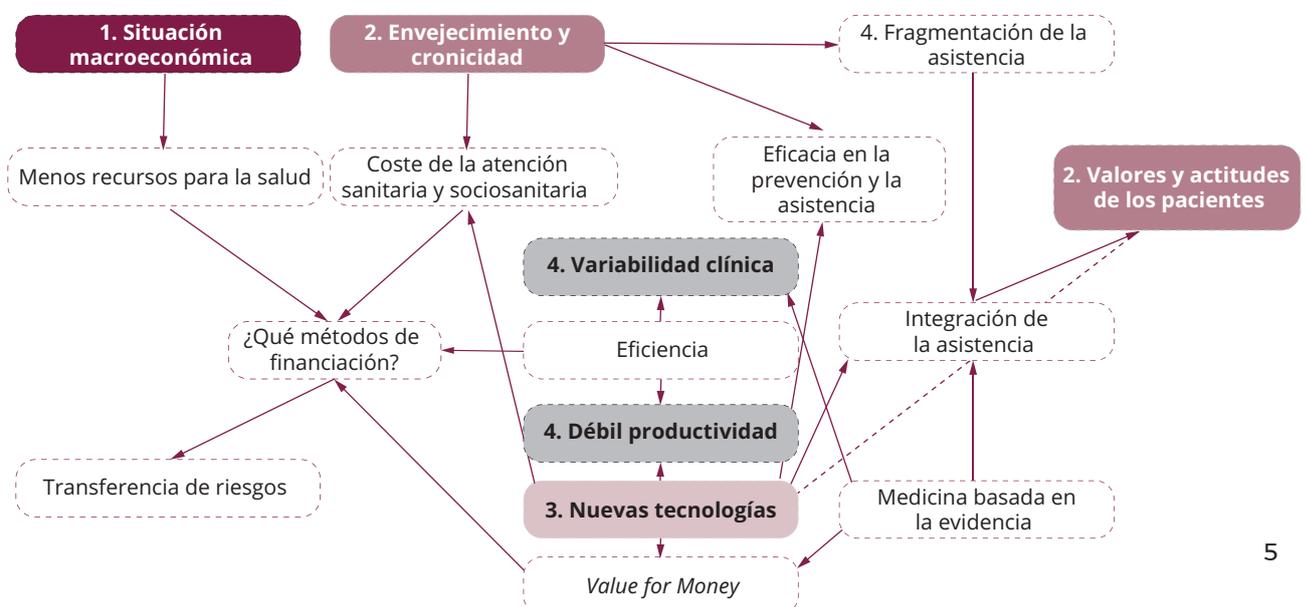
1. Introducción

1.1 Sistemas sanitarios en transformación

Los sistemas sanitarios europeos afrontan, desde hace décadas, una serie de retos comunes que ponen en tensión su funcionamiento y obligan a una transición permanente en búsqueda de modelos organizativos y de financiación que permitan responder con eficacia a un contexto caracterizado por:

- 1. Una situación macroeconómica donde predomina el déficit público y la alta deuda de los estados, responsables de la financiación de los sistemas públicos de salud.**
- 2. El incremento continuado de la demanda y la utilización de servicios, provocado por un doble efecto:**
 - Por un lado, el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica hacia un patrón predominante de enfermedades crónicas.
 - Por otro lado, el cambio de valores y actitudes de los pacientes, con mayores expectativas, con un concepto de salud ampliado y con hábitos de vida poco saludables.
- 3. El desarrollo y la difusión acelerada de la tecnología sanitaria, el coste del gasto farmacéutico y la dificultad de financiar la innovación.**
- 4. Un modelo sanitario fragmentado y poco eficiente: con alta variabilidad clínica, poca orientación a *outcomes* y baja productividad.**

Ilustración 1. Retos e implicaciones de los sistemas sanitarios



Si los cambios anteriores se caracterizan por su longevidad (hace tiempo que los estamos experimentado, como las fuerzas tectónicas que mueven las placas terrestres), a ello tenemos que añadir dos cambios disruptivos.

Por un lado, la industria está realizando una transición desde el paradigma del producto a la prestación del servicio. Este fenómeno se inició tímidamente en Estados Unidos, hace dos décadas, con el denominado *Disease management*, liderado por algunas firmas farmacéuticas. En estos momentos, este proceso se está generalizando y prácticamente todas las compañías farmacéuticas, de *medical devices* o de equipamiento, tienen proyectos u ofertas de servicios en los que se implican directamente en la provisión, ya sea con los prestadores de servicios tradicionales, ya sea como alternativa a los mismos.

Recientemente se ha añadido a este proceso, otra situación generada por la transición digital. En este caso, las compañías líderes siempre han manifestado su interés en el sector salud, dado que los sistemas sanitarios son generadores y consumidores significativos de información; asimismo, las decisiones nucleares del sistema (principalmente las decisiones clínicas y la gestión de las operaciones) deben estar basadas en sistemas de información potentes. Todo este interés ha catalizado recientemente la puesta en marcha de la compañía Haven Healthcare, promovida por Amazon, JPMorgan Chase y Berkshire Hathaway, inicialmente prevista como un modelo asistencial para sus empleados en Estados Unidos, pero sin esconder su voluntad de generalizarlo lo más ampliamente posible. De este modo, Amazon Care ha empezado a operar en septiembre de 2019.

Finalmente, no hay que pasar por alto que las principales compañías de este sector se están posicionando de forma decidida en el ámbito de la Inteligencia Artificial, o sea, en el ámbito de las decisiones clínicas, y por lo tanto, en el corazón del sistema sanitario.

Desde nuestra actividad como consultores en política y organización sanitaria, llevamos observando desde hace más de 20 años cómo los países de nuestro entorno van realizando reformas, de diferente calado, para adaptar el funcionamiento de sus sistemas sanitarios a este nuevo entorno. Desde el año 1998, casi todos los países han adoptado la financiación por actividad basada en GRD y resultados para sus hospitales. En el año 2000, Suiza inició una reforma de su red de hospitales para ir creando redes integradas, en Francia llevan ya dos reformas de peso desde el año 2006, y Holanda experimentó una gran reforma en el año 2006, entre otros. Incluso nuestro vecino Portugal ha introducido la financiación por actividad en los hospitales, que han sido dotados de autonomía de gestión y personalidad jurídica.

¿Ha llegado la hora para el SNS?

Mientras tanto, España afronta los retos de este nuevo escenario con una actitud paradójica. Por un lado, desde la publicación del Informe Abril Martorell (1991), que promovía una serie de medidas y reformas, han proliferado numerosos estudios proponiendo cambios y mejoras en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, a nivel de la toma de decisiones para reformar el sistema nacional de salud existe una parálisis preocupante.

En algunos temas, el SNS ha sido incluso pionero en proponer medidas de transformación. A título ilustrativo, Cataluña fue una de las primeras regiones en Europa en introducir la financiación por GRD en los hospitales, la Comunidad Valenciana fue innovadora en los modelos de colaboración PPP (Private Public Partnership), y a nivel nacional se propuso hace más de 20 años una experiencia significativa para dotar de autonomía de gestión y personalidad jurídica a los hospitales: las fundaciones públicas sanitarias. Sin embargo, estos casos nunca han acabado generalizándose en beneficio del conjunto del SNS; de hecho, han ido diluyendo su potencial de transformación.

Asimismo, el SNS tiene potentes activos, como una Atención Primaria estructurada como organización (frente a un modelo liberal y de práctica individual predominante en muchos países europeos) que debería permitir una posición más sólida para afrontar el reto de la cronicidad y la necesaria integración asistencial con la atención especializada y la atención a la dependencia.

Por otro lado, el SNS afronta una paradoja curiosa, se ha instalado un cierto relato que puede resumirse en la frase “tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo”. Existen razones fundadas para sostener esta afirmación: los indicadores de esperanza de vida y calidad de vida se sitúan entre los mejores del mundo (aunque no necesariamente están directamente correlacionados con el funcionamiento del SNS) y parece ser que el SNS es razonablemente eficiente si utilizamos el indicador del gasto sanitario sobre el PIB (aunque habría que matizar este dato, pues las bajas remuneraciones de los profesionales o la ausencia de algunas coberturas, como la salud dental, hacen que el gasto público en sanidad en España sea menor que otros países europeos). De hecho, España sale bien situada en los rankings donde predominan estos dos indicadores, pero no sale tan bien en aquellos rankings comparados donde se utilizan indicadores más específicos.

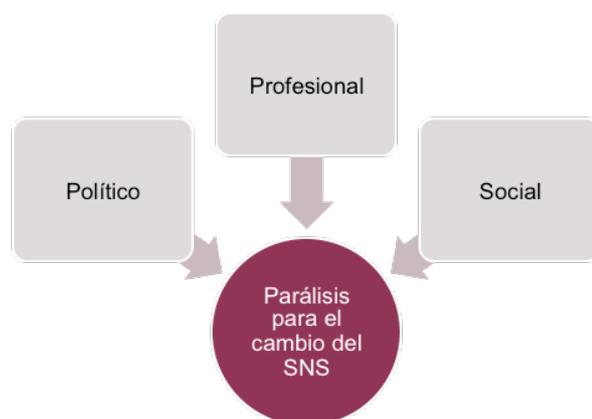
Este relato sobre el mejor sistema sanitario del mundo contrasta con el malestar de los profesionales sanitarios y también con las percepciones de los ciudadanos. La serie histórica del barómetro sanitario (1998-2018) muestra que, de forma invariable, el 47% de los ciudadanos cree que el SNS requiere algunos cambios, y un 25% adicional opina que

requiere cambios sustanciales. En total son el 73% de las opiniones, a los que habría que añadir un 5% que cree que hay que rehacer el SNS. Apenas un 22% opina que hay que mantener sin cambios el actual SNS. Este dato es, además, coincidente con la opinión de los ciudadanos europeos sobre sus respectivos sistemas sanitarios ante la misma pregunta.

Así pues, ante esta evidente paradoja entre uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo y una insatisfacción de los profesionales y ciudadanos,

¿Qué factores pueden explicar esta parálisis para el cambio? Probablemente tres:

Ilustración 2. Factores de parálisis del cambio



○ **Un factor político:**

La sanidad corre el riesgo de ser utilizada como arma política y, en gran medida, se explica por el hecho de que el gasto sanitario es la primera partida de gasto público en las CCAA, lo que le confiere un papel central en la política autonómica.

○ **Un factor social:**

La ciudadanía tiende a percibir que los cambios se hacen en aras de reducir el gasto sanitario (y esto se asocia a la pérdida de derechos y a un relato en negativo sobre la insostenibilidad del sistema) en lugar de percibir una mejora en el cuidado de su salud.

○ **Un factor profesional:**

Las reformas generan desconfianza (incluso miedo) entre los profesionales: ¿más degradación en las condiciones de los profesionales?

Y sin embargo, estas actitudes y barreras no son diferentes a los sistemas sanitarios europeos que, como decíamos anteriormente, llevan años haciendo reformas. Por lo tanto, hacer cambios es posible. A continuación, detallaremos aquellos que, en nuestro entorno, son los más habituales.

1.2 El perímetro de este informe: los cambios observados

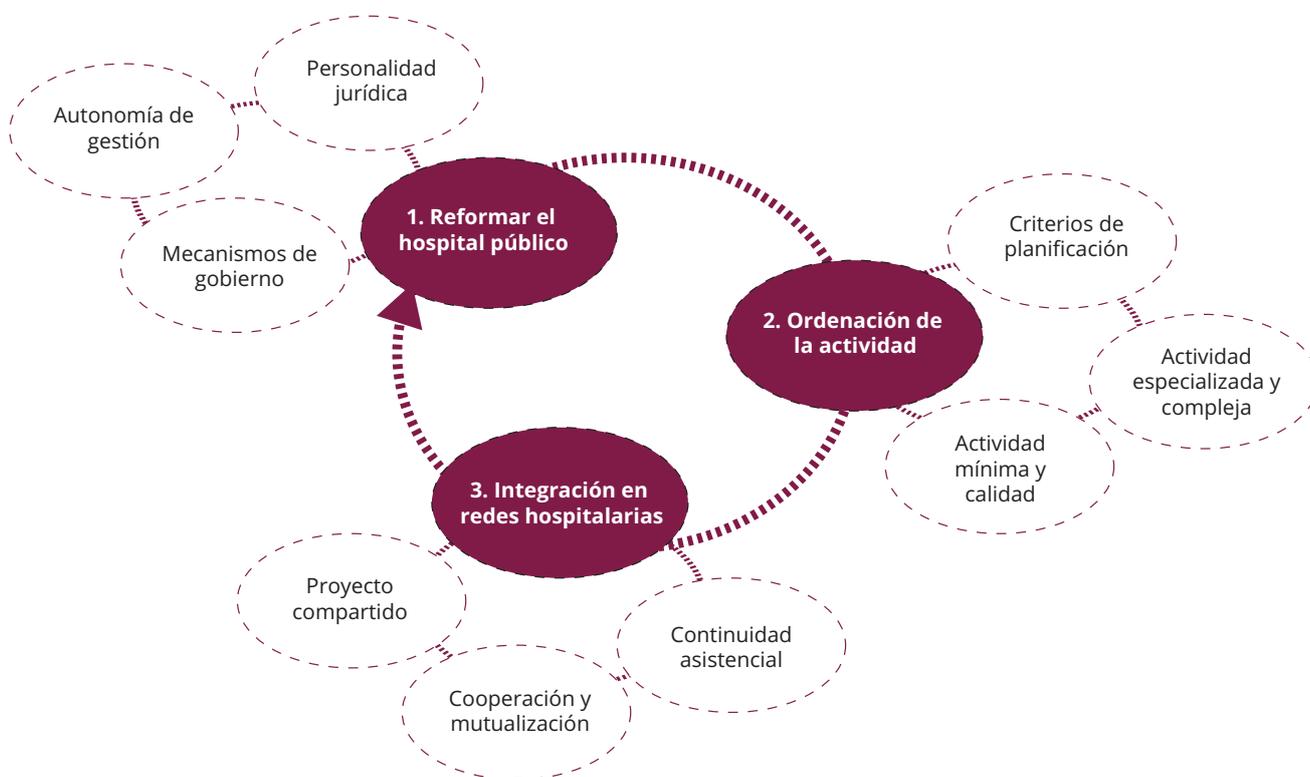
En este informe no pretendemos hacer una revisión exhaustiva de todas las reformas realizadas en los últimos 20 años en los sistemas sanitarios europeos, sino que se basa en nuestra observación, en la mayoría de los casos en primera línea en los países donde trabajamos.

No hemos incluido los cambios y reformas en la atención primaria. La razón es obvia, en muchos países (todos los sistemas basados en seguridad social y algunos sistemas nacionales de salud), la atención primaria está basada en profesionales sanitarios liberales con prácticas individuales, lo que hace casi imposible trasladar su contexto y reformas al SNS español. De hecho, como decíamos antes, la AP en España parte de una situación reforzada comparada con los sistemas sanitarios europeos. Esto no significa que no se deba hacer nada. Al contrario, la AP afronta grandes retos en España, que deben ser afrontados con valentía.

Este informe se centra en cuatro cambios comunes que hemos observado en todos los países europeos y que afectan a la organización de la atención especializada:

- Las reformas de la gestión del hospital público, dotándolo de personalidad jurídica, autonomía de gestión y mecanismos de gobierno profesionalizados.
- Los cambios en los criterios de planificación y ordenación de la actividad por parte de los servicios regionales de salud.
- La evolución del hospital como entidad independiente hacia su integración en redes hospitalarias cooperativas con responsabilidad territorial.
- La generalización del pago por procesos o GRD en los sistemas sanitarios públicos.

Ilustración 3. Tres ejes para impulsar un cambio en el SNS



2. Reformar el hospital público: personalidad jurídica, autonomía de gestión y gobierno profesional

2.1 La correlación entre gestión y resultados

En España, el debate sobre el modelo de hospital está fagocitado por la contraposición de hospital público y hospital privado. En este debate se tiende a correlacionar la propiedad del hospital con los resultados organizativos (resultados en salud, sostenibilidad financiera y confianza social). Sin embargo, se obvia el factor que correlaciona ambas variables: la capacidad de gestión. El modelo jurídico (no la propiedad), condiciona la autonomía y la capacidad de gestión del hospital. De hecho, lo que determina los resultados alcanzados por un hospital depende fundamentalmente de dos variables:



Los profesionales que trabajan en ella.



Y la capacidad de organización y gestión de estos.

Para disponer de una autonomía de gestión real y efectiva, los hospitales precisan disponer de una personalidad jurídica propia y de un órgano de gobierno profesional e independiente. Las modalidades de nombramiento de los miembros del órgano

de gobierno –consejo de administración, patronato, junta de gobierno, según sea la figura jurídica adoptada– es una decisión fundamental que determina la autonomía e independencia del centro hospitalario.

Y, al mismo tiempo, lo que determina los resultados de los hospitales es su capacidad de gestión. Empiezan a acumularse estudios que asocian autonomía de gestión a la obtención de mejores resultados de los hospitales, con una mayor implicación y responsabilidad de los profesionales en la gestión de los centros. En un estudio efectuado sobre 1.194 hospitales de siete países (Alemania, Canadá, Francia, Italia, Reino Unido, Suecia y Estados Unidos) los resultados obtenidos muestran que cuanto mejor es la gestión de los hospitales, mejor es la calidad de la atención a los pacientes y mayor la productividad de los centros. En España, un estudio reciente de la Escuela Andaluza de Salud sobre la eficiencia técnica en 230 hospitales del SNS de 17 CC.AA. (2010-2012) pone de manifiesto que el índice medio de eficiencia técnica global de los hospitales sin personalidad jurídica es inferior al de los hospitales con personalidad jurídica. Y en este sentido, el marco de regulación y gestión de los hospitales, más que la propiedad pública o privada, parecen explicar la eficiencia técnica.

Pero para alcanzar mejores resultados clínicos, económicos y de retorno social, no solo es necesario disponer de una autonomía de gestión y profesionalización del gobierno, sino también disponer de un marco de ejercicio de la profesión sanitaria adecuado.

¿En qué medida un modelo profesional basado en funcionarios o empleados públicos tiene impacto en la práctica clínica y los resultados?

En la medida en la que las instituciones sanitarias no disponen ni de la elemental autonomía de gestión ni de los incentivos para mejorar su eficiencia, o de instrumentos que permitan distinguir y reconocer la excelencia de sus profesionales.

La complejidad de la práctica sanitaria en general y la práctica clínica en particular condiciona que el ejercicio de la profesión sanitaria pueda desarrollarse en el marco de una organización sanitaria, donde predomina la participación, el compromiso y el liderazgo de estos profesionales. Y para ello son necesarias políticas activas de desarrollo de los profesionales, que permitan evaluar y reconocer los resultados aportados, diseñar incentivos coherentes con los objetivos, disponer de un plan de carrera profesional, etc. Obviamente, sin una real autonomía de gestión, el desarrollo de esas políticas de gestión de profesionales es más difícil, y se acaban imponiendo políticas de gestión administrativa de personas, sin duda más adecuadas para otros ámbitos de la administración, pero nada apropiadas para las necesidades de las instituciones sanitarias y las expectativas de los profesionales sanitarios que trabajan en ellas.

2.2 El modelo de hospital público en Europa

En Europa coexisten hasta 4 categorías de hospitales, según su propiedad y naturaleza jurídica, que determina su capacidad organizativa y autonomía de gestión (la clasificación no es necesariamente secuencial en términos de menor a mayor autonomía):

1. **Hospital público tradicional, de gestión directa desde el ámbito político.**
2. **Hospital público con personalidad jurídica, con diversos grados de autonomía de gestión.**
3. **Hospital de propiedad privada sin ánimo de lucro, a menudo de origen religioso o fundaciones de ámbito comunitario.**
4. **Hospital de propiedad privada con ánimo de lucro.**

En España, el modelo de hospital público predominante es el de hospital público de gestión directa, sin personalidad jurídica y con poca autonomía de gestión.

No obstante, cabe destacar que el marco jurídico español habilita una gran variedad de modelos de tipologías de hospitales públicos:

Tabla 1. Tipologías de hospitales públicos en España

TIPOLOGÍA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Organismos Autónomos	Se rigen por el derecho administrativo y se les encomienda, en régimen de descentralización funcional y en ejecución de programas específicos de la actividad de un departamento, la realización de actividades de fomento, prestacionales o de gestión de servicios públicos.	Escuela Andaluza de Salud Pública
Consortio	Entidad de naturaleza pública y base asociativa, integrada por entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro con intereses comunes o concurrentes.	Consorti Hospitalari de Vic Consorti Hospitalari de Terrassa Consorti Corporació Sanitària Pau Taulí, de Sabadell
Empresa Pública Societaria	Sociedades Anónimas de Capital Suscrito exclusivamente por el Estado o la Comunidad Autónoma, que tiene por objetivo desarrollar actividades de contenido económico en el mercado, generalmente en régimen de competencia.	Hospital Costa del Sol Banc de Sang i Teixits de Catalunya
Fundación Pública Sanitaria	Organismos Públicos, adscritos en aquel momento al INSALUD, que se rigen por las disposiciones del artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 diciembre de medidas fiscales, administrativas y de orden social.	Fundación Hospital Alcorcón Fundación Hospital Manacor
Fundación Privada de iniciativa Pública	Organizaciones sin ánimo de lucro que tienen afectado, de modo duradero, su patrimonio para la realización de fines de interés general.	Fundaciones privadas de investigación

Sin embargo, el modelo predominante en Europa es el hospital público con personalidad jurídica y autonomía de gestión, complementado por hospitales privados sin ánimo de lucro. De hecho, el modelo de hospital público de gestión directa es una excepción en el panorama comparado europeo. En este sentido, hemos realizado una revisión del modelo de hospital público en una serie de países europeos:

- Francia
- Reino Unido
- Holanda
- Bélgica
- Noruega

Y este análisis se ha estructurado en cuatro dimensiones para caracterizar correctamente el modelo, la propiedad y la autonomía de gestión del hospital público europeo.

Tabla 2. Dimensiones para caracterizar el modelo de hospital

DIMENSIÓN	ATRIBUTOS
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> • Propiedad y forma jurídica • Modelo de relaciones laborales • Capacidad de decisión sobre la misión y cartera de servicios
Gobierno	<ul style="list-style-type: none"> • Órgano de gobierno (elección y composición) • Participación de ciudadanos y pacientes • Obligaciones de reporting y transparencia
Finanzas	<ul style="list-style-type: none"> • Activos en propiedad • Capacidad de endeudamiento • Inversión en capital • Retención de resultados
Gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo directivo (elección y composición) • Participación de profesionales sanitarios • Autonomía de decisiones de gestión e interferencia política

A nivel de estructura el modelo mayoritario es la propiedad de la región o del municipio, con personalidad jurídica propia. Asimismo, existe una tendencia clara a disponer de profesionales asalariados públicos, pero no funcionarios, con capacidad de modificar/negociar las condiciones de trabajo. No obstante, los hospitales tienen una limitada capacidad de decisión sobre su misión, las ubicaciones del hospital y su tamaño, así como de la cartera de servicios, que suele ser competencia de las autoridades sanitarias (estatales o regionales según el grado de descentralización del país).

En cuanto al gobierno del hospital, existe un órgano de gobierno escogido por la propiedad pública (región y/o municipios). La composición del órgano del gobierno del hospital suele ser mixta: representantes, profesionales, pacientes y sociedad (con pesos relativos variables). La composición y la forma de elección de los miembros está regulada por ley, es transparente y tiende a privilegiar los criterios profesionales. En cuanto a la participación de pacientes y ciudadanos, observamos todavía bastante variabilidad:

- En algunos países, los pacientes o ciudadanos pueden ser miembros del órgano de gobierno,
- En otros, no tienen presencia en el órgano de gobierno, pero las sesiones de este son abiertas,
- Pero otros países todavía no han dispuesto ningún mecanismo formal de participación.

Sobre la autonomía financiera de los hospitales, la personalidad jurídica del hospital lleva a que los hospitales tengan capacidad para gestionar los activos del hospital, a menudo propiedad de la sociedad. Además, tienen capacidad de endeudamiento, aunque con ciertos límites que deben ser autorizados por la autoridad sanitaria. Los hospitales europeos tienen también capacidad de inversión para el equipamiento y tecnología mediante recursos propios (el sistema de pago de actividad incluye el coste del capital). Sin embargo, existe limitada autonomía para afrontar las grandes obras de infraestructuras, donde el papel de la autoridad sanitaria, tanto a nivel de decisión como de financiación, es clave. Finalmente, el hospital público tiene capacidad para retener los resultados positivos y son responsables del déficit generado (existen mecanismos de intervención en déficits sucesivos para evitar la fallida).

Finalmente, en cuanto **a la gestión**, los equipos de dirección son nombrados con criterios profesionales, normalmente en procesos regulados. Estos equipos directivos disponen de autonomía de decisión (asignación de recursos, prioridades, etc.) y son responsables de sus decisiones (relativamente libres de interferencias políticas). La participación de los profesionales sanitarios en los órganos de dirección del hospital es la característica principal y existe una clara tendencia hacia una organización clínica más o menos descentralizada, con resultados variables.

Tabla 3. Los hospitales públicos en el Reino Unido

ESTRUCTURA JURÍDICA Y RELACIONES LABORALES	ÓRGANO DE GOBIERNO
<p>Con licencia del regulador después de alcanzar el estatus de Foundation Trust.</p> <p>Personal mayormente asalariado. Autonomía para modificar los términos y condiciones del personal.</p>	<p>La Junta de Gobierno elegida con criterios explícitos y compuesta de pacientes, personal y sociedad civil, la autoridad sanitaria no participa en la Junta de Gobierno.</p> <p>La autoridad sanitaria tiene poderes para intervenir la Junta de Gobierno en caso de desviaciones. No hay obligación para las reuniones públicas, pero en algunos <i>Foundation Trust</i> sí. Sujeto al régimen de insolvencia del derecho mercantil.</p>
AUTONOMÍA FINANCIERA	GESTIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO
<p>Ingresos provenientes del comprador público (actividad pública); tiene capacidad para retener los excedentes; activos (patrimonio) en propiedad y puede vender activos.</p> <p>Puede pedir prestado a los bancos (hasta 2014, el regulador establece límites y firma el régimen de préstamos) o al Fondo de Financiamiento del <i>Foundation Trust</i>.</p> <p><i>Fundación Trust Board</i> con total libertad para invertir en activos / patrimonio.</p>	<p>La Junta de Gobierno tienen un alto nivel de discreción y son responsables de sus decisiones (más o menos libres de interferencias políticas). Libre para afectar las estructuras profesionales (solo unos pocos puestos operativos internos obligatorios).</p> <p>Algunos informes de transparencia y reporting son obligatorios.</p>

Tabla 4. Los hospitales públicos en Francia

ESTRUCTURA JURÍDICA Y RELACIONES LABORALES	ÓRGANO DE GOBIERNO
<p>El hospital público tiene personalidad jurídica sujeta a derecho público, dotada de autonomía financiera.</p> <p>Sus actividades están sujetas a autorización, otorgada por la <i>Agence Régionale de Santé</i> (ARS).</p> <p>El 80% del personal es funcionario público y el 20% del personal mercantil (agente contractual), aunque existe un objetivo de alcanzar el 50-50.</p>	<p>El hospital está dirigido por un director, con su comité de dirección (directorio) y bajo la tutela del <i>Conseil de Surveillance</i>. La función del director está muy normativizada en cuanto a formación: carrera universitaria, seguido de un examen nacional, y de 27 meses de prácticas.</p> <p>El Consejo de Supervisión se divide en 3 categorías: representantes de las autoridades locales, de la profesión médica y del personal del hospital (diseñado por el hospital) y de los usuarios. El consejo de supervisión decide sobre las orientaciones estratégicas de la institución y ejerce un control permanente sobre la gestión y la salud financiera de la institución.</p> <p>El Directorio está compuesto de 7 a 9 miembros: el director, los equivalentes a director médico y director enfermería, y el resto propuestos por el director y aprobados por el <i>Conseil de Surveillance</i>.</p> <p>La Comisión de Establecimientos Médicos (CME) contribuye al desarrollo de la política de mejora continua de la calidad y seguridad de la atención, así como al desarrollo de proyectos relacionados con las condiciones de recepción y teniendo en cuenta el cargo del usuario. Es consultada e informada en todas las áreas de la vida de la institución.</p>
AUTONOMÍA FINANCIERA	GESTIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO
<p>La financiación de los hospitales públicos proviene en un 93% del Seguro Nacional de Salud. Esta financiación se basa principalmente en el volumen y la naturaleza de los actos y las estancias en el hospital (llamado sistema T2A: precio por actividad).</p> <p>Los hospitales tienen los activos en propiedad, y pueden acudir al sistema bancario a pedir créditos (pasivos). Al ser un sujeto jurídico de derecho público, la deuda del hospital público está respaldada por el Estado. Existen límites a la capacidad de endeudamiento. Y las grandes inversiones en el hospital público son definidas junto con la <i>Agence Régionale de Santé</i> y aprobadas por el Ministerio de Sanidad.</p> <p>El hospital público retiene los beneficios del ejercicio. En caso de pérdidas recurrentes, la ARS interviene para definir y acordar un plan de retorno al equilibrio.</p>	<p>Autonomía de gestión y pocas interferencias políticas, pero el Ministerio de Salud y la <i>Agence Regionale de Santé</i> intervienen en caso de pérdidas recurrentes (intervención <i>ex-post</i>).</p>

Tabla 5. Los hospitales públicos en Holanda

ESTRUCTURA JURÍDICA Y RELACIONES LABORALES	ÓRGANO DE GOBIERNO
<p>Todos los hospitales son fundaciones sin ánimo de lucro.</p> <p>Los hospitales requieren de una licencia del gobierno para proporcionar servicios. Las decisiones del hospital sobre la cartera de servicios no están sujetas a la aprobación del Ministerio de Salud.</p> <p>Personal: 30% asalariados (con contratos de empleados y subordinados a la Junta Ejecutiva) y 70% por cuenta propia (pago de honorarios por servicios).</p>	<p>Consejo de Supervisión designado por cooptación (pero cada vez más seleccionado en función de su experiencia), sin participación política (nombramientos por parte del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte solo en circunstancias excepcionales).</p> <p>Consejo Ejecutivo designado por el Consejo de Supervisión (pero el Consejo de Empleados y el Consejo de Clientes pueden opinar sobre los nombramientos).</p> <p>La Junta Ejecutiva establece estimaciones presupuestarias generales, que la Junta de Supervisión aprueba.</p> <p>Se requiere para publicar una cuenta financiera anual y una cuenta anual de calidad de atención.</p> <p>Las reuniones de la junta no están abiertas al público.</p> <p>Participación ciudadana a través del Consejo de Pacientes.</p>
AUTONOMÍA FINANCIERA	GESTIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO
<p>Financiamiento hospitalario basado en case mix (GRD).</p> <p>Capaz de retener excedentes y tiene que soportar los déficits si se producen. Financiación de capital mediante préstamos de bancos.</p>	<p>Casi totalmente libre de interferencias políticas (intervención del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes en casos excepcionales).</p> <p>Divisiones y unidades hospitalarias con su propio presupuesto y gestión: alto poder de gestión discrecional.</p> <p>El control de la Junta Ejecutiva sobre los médicos es débil, especialmente en el caso de los médicos autónomos.</p>

Tabla 6. Los hospitales públicos en Bélgica

ESTRUCTURA JURÍDICA Y RELACIONES LABORALES	ÓRGANO DE GOBIERNO
<p>Los hospitales son públicos con personalidad jurídica o privados sin ánimo de lucro. La ley impide que un hospital privado pueda recibir subvenciones por actividad pública.</p> <p>Los médicos tienen un estatus independiente (liberal), excepto en los 7 hospitales académicos donde son asalariados (pero no funcionarios).</p>	<p>Los hospitales se rigen por la Asamblea la Asociación que nombra un Consejo de Administración, que representa a los socios fundadores y a médicos del hospital.</p> <p>El director es seleccionado por parte del Consejo de Administración (CA). El CA también nombra Director Médico, tras consultarlo con del Consejo Médico.</p>
AUTONOMÍA FINANCIERA	GESTIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO
<p>Los hospitales tienen patrimonio propio, activos y pasivos, y acuden al sistema bancario para financiar inversiones.</p> <p>En cuanto a la actividad corriente, se financian a través de facturación por actividad con la Seguridad Social (pasando de un modelo de pago por acto a pago por procesos recientemente).</p> <p>Los hospitales retienen los resultados y, de hecho, cuentan con un nivel elevado de reservas y fondos propios.</p>	<p>Muy poca interferencia política en la gestión operativa del centro.</p> <p>El director es nombrado por el Consejo de Administración en base a criterios técnicos.</p> <p>Los médicos están representados por el Consejo Médico. Al ser médicos liberales en la mayoría de hospitales, la capacidad de gestión del equipo médico es débil por parte de la dirección del hospital. Esto lleva a una relación de negociación y concertación entre la administración del hospital y el cuerpo médico.</p>

Tabla 7. Los hospitales públicos en Noruega

ESTRUCTURA JURÍDICA Y RELACIONES LABORALES	ÓRGANO DE GOBIERNO
<p>Personas jurídicas explícitamente independientes, propiedad de las autoridades sanitarias regionales y reguladas por estatutos.</p> <p>Cartera de servicios decidida por las autoridades sanitarias regionales (la mayoría de los hospitales necesitan comprar ciertos servicios de otros hospitales).</p> <p>Los empleados son remunerados mediante salarios fijos, establecidos principalmente a través de negociaciones nacionales.</p>	<p>Junta del hospital ("local") designada por las autoridades sanitarias regionales, a su vez nombrada por el Ministerio de Salud. Incluye políticos. Algunas autoridades regionales de salud colocan a su propio representante como presidente de la junta, pero también puede ser un representante externo.</p> <p>No hay participación ciudadana directa en la toma de decisiones, pero las reuniones de la junta están abiertas al público. Cada autoridad sanitaria regional tiene un defensor del pueblo designado a tiempo completo.</p> <p>Informar sobre los objetivos es obligatorio. Información provista (principalmente mensualmente, algunas incluso semanalmente) dependiendo del nivel organizacional en el extremo receptor. Costes de capital incluidos explícitamente en la contabilidad hospitalaria.</p>
AUTONOMÍA FINANCIERA	GESTIÓN Y EQUIPO DIRECTIVO
<p>Marco de capital establecido por las autoridades regionales de salud (50% de los costes totales de inversión transferidos de subvenciones especiales del Ministerio de Salud y Servicios de Atención y el 50% restante proveniente de los excedentes acumulados en las autoridades regionales de salud).</p>	<p>Los <i>local health trust</i> son formalmente autónomos y pueden decidir sobre arreglos institucionales internos, arreglos financieros y, en cierta medida, arreglos de rendición de cuentas, incluidos los que afectan a las estructuras operativas profesionales e internas.</p> <p>Contratación de personal y compra de decisiones de equipo (presupuestos) asignados de acuerdo con los niveles de responsabilidad.</p>

2.3 Conclusiones e implicaciones para España

En España, el debate sobre la capacidad de gestión de los hospitales ha versado tradicionalmente entre las opciones de hospital público frente a hospital privado, y raramente se ha centrado en dotar de una capacidad efectiva de gestión al hospital público de gestión directa. A finales de los años 90 hubo un tímido intento de dotar de personalidad jurídica y autonomía de gestión a los hospitales públicos, mediante la fórmula de Fundaciones Públicas Sanitarias. Sin embargo, esta iniciativa no pasó de ser el estadio de prueba piloto en algunos centros de nueva creación (Manacor, Alcorcón, Calahorra, ...).

Asimismo, hemos asistido a una cierta involución del modelo de hospitales públicos con autonomía de gestión que existían predominantemente en Cataluña. En este caso, la combinación de la crisis económica junto con una aplicación muy restrictiva de las normas SEC (en la línea contraria que hicieron otros países europeos), llevó a una pérdida progresiva de la autonomía de gestión de este grupo de hospitales.

Recientemente, la Comunidad de Madrid aprobó la Ley de Buen Gobierno y Profesionalización de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud (Ley 11/2017), que pretende dotar de mayor autonomía de gestión a los centros (todavía sin personalidad jurídica) pero, sobre todo, con mayor profesionalización de la gestión a través de los siguientes mecanismos:

- Junta de Gobierno, como órgano colegiado en el que el gerente rinde cuentas.
- Composición para representantes del SERMAS, Ayuntamientos y vocales externos.
- Profesionalización de la función directiva: selección por Junta de Gobierno con un procedimiento reglado y contrato de 5 años.
- Las Juntas Técnicas Asistenciales ven reforzado su papel; entre otras cosas, son las encargadas de seleccionar los vocales externos de las Juntas de Gobierno.
- La Atención Primaria también con órganos de gobierno similares a los hospitales.

En conclusión, el análisis comparado con los países europeos de nuestro entorno pone de manifiesto que el modelo de hospital público de gestión directa predominante en España es una excepción dentro de Europa. En este sentido, sería recomendable avanzar hacia la modernización del hospital público, dotándolo de personalidad jurídica, autonomía de gestión y profesionalización del gobierno y dirección. Para ello, sería conveniente:

- **Dotar de personalidad jurídica a los hospitales públicos.** Actualmente el sistema ya cuenta con fórmulas jurídicas suficientes para hacerlo posible: Organismos Autónomos, Fundación Pública Sanitaria, Fundación Privada de iniciativa Pública, Consorcio, Empresa Pública Societaria.
- **Disponer de un modelo de gobierno** que permita la autonomía de los centros, basada en criterios de nominación del órgano de gobierno claros, transparentes y explícitos (regulados por ley) y donde predominen los criterios profesionales. Una composición mixta del órgano del gobierno del hospital parece ser la opción predominante en Europa: representantes electos (del Servicio Regional de Salud y municipales), profesionales en activo o pasivos tras una larga vinculación con el hospital, y representantes de la ciudadanía y/o pacientes.
- **Este modelo de gobierno** debería llevar a la despolitización de los equipos directivos, que deberían regirse por criterios de nominación técnicos, con una vinculación o continuidad ligada a la consecución de resultados (y no a otros motivos). Sin duda, se conseguiría una mayor estabilidad de los equipos directivos de los hospitales, una de las debilidades claras del hospital público.
- **Si el hospital dispone de personalidad jurídica**, será necesario dotar de patrimonio (activos) a estas personalidades jurídicas. Y corregir una anomalía en la gestión: el patrimonio de los antiguos hospitales de la seguridad social (al menos un tercio de las camas del SNS) todavía está en manos de la Seguridad Social, cuando estos son gestionados por las CCAA. Una iniciativa que lleva años debatiéndose, pero nunca llega a materializarse.

Y no menos importante, ante un proceso de transferir autonomía de gestión a los hospitales, sería conveniente definir de forma explícita y transparente (mediante ley o reglamentos), dos elementos cruciales para asegurar el correcto funcionamiento:

- **El límite de la autonomía de gestión.** La autonomía de gestión debe permitir al órgano de gobierno y al equipo directivo tomar decisiones sin interferencias externas sobre la estrategia de la institución y su operativa diaria (definir prioridades, asignación de recursos, organización interna, capacidad de inversión en renovaciones de equipos y tecnología, así como en mantenimiento y renovación de infraestructuras, utilización de resultados en caso que sea positivo, gestión de los activos y capacidad de endeudamiento, etc.). Sin embargo, esta autonomía debe tener al menos dos límites claros:
 - Las decisiones sobre su misión y cartera de servicios, así como la ubicación y tamaño del hospital (gran infraestructura) que corresponden al Servicio Regional de Salud.
 - Las decisiones sobre la capacidad de endeudamiento, con ciertos límites que deben ser autorizados por la autoridad sanitaria debido a su importe (poner en riesgo la situación patrimonial del hospital) y por su impacto en el punto anterior (gran infraestructura, siendo una decisión de planificación propia del SRS).

- **El procedimiento de intervención del Servicio Regional de Salud** en caso de disfunción clara de un hospital en el ejercicio de su autonomía de gestión o de desviación sobre los resultados (clínicos y económicos esperados). El principio de profesionalización del gobierno y dirección junto con la autonomía de gestión supone un cambio de paradigma para el rol de tutela del SRS sobre el hospital. En este caso, el SRS debe adoptar mecanismos para definir el “encargo” que le hace al hospital público a principios de año (mediante un contrato programa de compra de actividad y objetivos de política sanitaria fijados por el SRS), y establecer unos mecanismos de transparencia (como las centrales de resultados en Madrid y Cataluña) y de rendición de cuentas. Es decir, autonomía *ex ante* y supervisión *ex post*.

Sin embargo, ¿Qué sucede ante desviaciones importantes de dichos objetivos respecto al contrato programa? En estos casos, debe articularse un procedimiento de intervención de la autonomía del hospital por parte del SRS. Un ejemplo ilustrativo es el procedimiento de intervención en Francia por parte de la *Agence Régionale de Santé* ante un hospital en dificultades.

-
- En primera instancia, la resolución del problema se hace de forma conjunta: el Hospital público y la *Agence Régionale de Santé* definen y acuerdan un Plan de Retorno al Equilibrio de duración de 2-3 años, donde se pactan las medidas a adoptar (y el obligado cumplimiento por ambas partes) y el mecanismo de seguimiento.
 - En segunda instancia, si se incumple de forma sistemática el Plan de Retorno al Equilibrio, la *Agence Régionale de Santé* tiene la potestad de nombrar un nuevo órgano de gobierno y equipo directivo.

Para finalizar, cabe insistir en que estas medidas propuestas no son un fin en sí mismo, sino un instrumento necesario para alcanzar la misión otorgada a los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud: alcanzar mejores resultados en salud para la población a la que atiende con los recursos disponibles.

3. Repensar los criterios de ordenación de la actividad

3.1 La necesidad de ordenar los servicios y recursos especializados de salud

Tradicionalmente, e incluso hoy en día, la planificación de los servicios especializados de salud públicos se realiza en base a tipos de hospitales por niveles (comarcales, de proximidad, regionales, generales, universitarios, especializados, etc.), y por áreas de salud territoriales (asignación de población de referencia a cada hospital en función de la proximidad geográfica y especialización de los servicios y recursos).

Esta planificación implica el control de los flujos de pacientes y de las derivaciones y, en la actualidad, empieza a estar cuestionada debido a la necesidad financiera y técnica de ordenar y concentrar la medicina de tercer nivel o altamente especializada.

La medicina de tercer nivel, teniendo en cuenta su baja prevalencia y elevado riesgo, la necesidad de que existan y se coordinen diferentes recursos especializados y procesos y, por tanto, su elevado coste, requiere que esté concentrada en determinados hospitales.

- **Por un lado**, numerosos estudios demuestran la relación entre volumen de actividad y resultados clínicos. Existen muchos estudios que relacionan los resultados obtenidos y el volumen de casos que se atienden y, aunque por el momento no es posible establecer un volumen óptimo para cada proceso y patología, es evidente que la realización de procedimientos altamente especializados y complejos, solo es aconsejable si existe una concentración significativa de casos. Sobre todo, para aquellos procesos poco frecuentes y/o que requieren un alto y costoso consumo de recursos. El objetivo que se persigue con la concentración es garantizar la calidad y los resultados clínicos, minimizando los riesgos asociados a estas prácticas y asegurando las competencias y las habilidades necesarias gracias a la experiencia acumulada.

- **Por otro lado**, una mayor concentración de los recursos altamente especializados debería disminuir el coste de los procesos asistenciales y hacer más eficiente el sistema de salud. Teniendo en cuenta que los procesos altamente complejos requieren de tecnologías punteras, innovadoras y cada vez más costosas, un alto volumen de casos permite concentrar estos recursos tecnológicos y asegurar un óptimo retorno y rentabilización de las inversiones.

No obstante, también hay que tener en cuenta que una mayor concentración puede suponer problemas de accesibilidad para los usuarios.

Desde hace varios años, la mayor parte de los sistemas de salud europeos están enfrentándose al reto de prestar una atención altamente especializada de calidad, que sea segura y con equidad, teniendo en cuenta que los recursos son limitados.

Existen experiencias en muchos países que reflejan este reto como, por ejemplo:

- La planificación a nivel federal de la medicina altamente especializada en Suiza.
- La autorización, por parte de los Servicios Regionales de Salud, de la actividad asistencial y el equipamiento tecnológico en Francia.
- La autorización, por parte del Ministerio de Salud, de una serie de prestaciones especializadas en Bélgica.
- La organización de la atención de algunas líneas de servicios de pacientes no complejos buscando economías de escala y la concentración de la atención de patologías raras y complejas buscando masa crítica y calidad en el National Health Service (NHS) en Reino Unido.
- La certificación y autorización de hospitales para la atención de casos de alta complejidad y/o coste por parte del Ministerio de Salud en Holanda.
- La planificación de la actividad altamente especializada por parte del Ministerio de Salud de Dinamarca.
- La designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud en España.

Si bien es cierto que la medicina de tercer nivel tiende a concentrarse en los hospitales universitarios, así como en hospitales generales grandes, parece evidente que la reorganización de la actividad especializada (¡y no sólo la de alta complejidad!) es un ejercicio necesario para cualquier sistema de salud moderno, y así lo entienden los países de nuestro entorno.

En nuestro país, los servicios regionales de salud, en su rol de planificadores de la actividad y con el objetivo de garantizar la generación de valor, es decir, los mejores resultados en salud a un coste razonable y asumible, tienen la obligación de cuestionarse la planificación actual de servicios y recursos, y de redefinirla en función de criterios de seguridad, eficiencia y resultados clínicos.

Pero, ¿qué actividades se deben regular?, ¿Sólo la alta complejidad?, ¿Qué se entiende por alta complejidad?

Existen, al menos, 4 grupos de actividades que merecen una reflexión profunda en cuanto a su planificación y organización:

- 1. Actividades no excesivamente complejas que requieren de un mínimo de actividad para garantizar *outcomes* adecuados.**
- 2. Actividades complejas y que requieren una alta tecnificación y *expertise* profesional.**
- 3. Enfermedades minoritarias.**
- 4. Prestaciones altamente especializadas y asociadas a una alta inversión y coste.**

Las actividades no excesivamente complejas que requieren de un mínimo de actividad para garantizar *outcomes* adecuados afecta a procesos como, por ejemplo, los partos, los accidentes vasculares cerebrales o la cirugía por cáncer de mama. En estos procesos, la seguridad, la calidad y el coste de la disponibilidad de los recursos necesarios para su atención justifican fijar mínimos de actividad. Estas actividades se pueden realizar en hospitales generales de proximidad, siempre que se garantice un mínimo de actividad. Pero, ¿y si no se alcanza ese mínimo? Es posible que en algunos casos sea necesario mantenerlas en un hospital, aun sin alcanzar los mínimos de actividad, porque la alternativa no es factible debido a la elevada distancia que puede existir hasta otra red territorial. Pero esto deberían ser casos puntuales basados en criterios de accesibilidad.

Las actividades complejas y que requieren una alta tecnificación y *expertise* profesional incluyen procesos y tratamientos que requieren un cierto *expertise* clínico (y a veces también organizativo) por su complejidad técnica y por el reducido volumen de casos. En este grupo se incluyen, por ejemplo, los trasplantes, el cáncer de páncreas, el cáncer de laringe, etc.

En el caso de enfermedades con un número de casos muy reducido y cuya prevalencia es muy baja, se deben concentrar a nivel autonómico y/o nacional (y en algunos casos supranacional) dado el bajo conocimiento de los mecanismos de dicha enfermedad y la necesidad de ser abordadas por múltiples especialidades y con un nivel de conocimiento clínico y *expertise* muy elevado.

Las prestaciones altamente especializadas y asociadas a una alta inversión y coste requieren también una ordenación y concentración. La particularidad de estas prestaciones es que la técnica y los recursos requieren una cierta especialización, pero que en realidad no es una barrera tan elevada como en el caso de las enfermedades raras (grupo 3) o las prestaciones con fuerte *expertise* (grupo 2). Se trata de prestaciones donde el coste de inversión o de funcionamiento es tan elevado que una concentración es necesaria por cuestiones de eficiencia. Las unidades de quemados y la protonterapia son algunos ejemplos.

Estos criterios de ordenación de la actividad rompen con el esquema tradicional de planificación hospitalaria por niveles (comercial, general, terciaria). Y ponen en evidencia la necesidad de tener definido formalmente el rol y papel del Hospital Universitario y terciario. Recordemos que hace 10 años, en nuestro informe "Gasto sanitario. 10 medidas estructurales para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud", ya indicábamos la necesidad de ordenar y definir bien el papel de hospital universitario (España es de los pocos países que no tiene una definición normativa al respecto por parte de la autoridad sanitaria), pues tenemos casi el doble de hospitales universitarios por habitante que en el promedio europeo. En el modelo de redes territoriales, sería conveniente que cada una de las redes con más de 800.000 habitantes de cobertura tuviese un hospital universitario.

3.2 Las reformas en curso en países de nuestro entorno

Reorganizar y centralizar la actividad especializada en centros de referencia es una buena práctica aceptada internacionalmente. Existe un consenso de que no es factible, eficiente ni ético, que cada hospital continúe ofreciendo servicios altamente especializados y/o para los que no se alcance un volumen de actividad mínimo.

A continuación, se describen algunos ejemplos de reformas y experiencias que se están desarrollando en países de nuestro entorno.

- El caso de Francia:

Fijación de mínimos de actividad y autorización por parte de las Agencias Regionales de Salud (ARS)

En Francia, la relación entre volumen de actividad y resultados ha sido utilizada desde hace años para planificar y ordenar los recursos.

Los umbrales mínimos para algunas actividades de atención se utilizan cada vez más como criterio para evaluar y regular la calidad de la atención. En 2006, un primer informe, encargado por el Ministro de Salud, recomendó el cierre de 113 servicios de cirugía de bajo volumen (menos de 2.000 actos por año) ya que no cumplían con los criterios de seguridad, calidad y continuidad de la atención. Más tarde, otro estudio confirmó la existencia de un vínculo volumen-resultado para seis intervenciones (cirugía de cáncer de colon, cirugía de revascularización coronaria, resección pancreática, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y artroplastia total de cadera).

Por lo que se refiere a la cirugía cardíaca, en 2006 se estableció el volumen mínimo de actividad en 400 intervenciones por año y por hospital. Para la cirugía cardíaca pediátrica, este umbral es de 150 intervenciones.

En cuanto a los tratamientos para el cáncer, desde 2011, los hospitales deben alcanzar el umbral definido para obtener la autorización de cinco años por parte de las ARS.

Estos umbrales son:

- Cirugía de cáncer (cáncer de mama, digestivo, urológico y torácico): 30 intervenciones / año.
- Ginecología, otorrinolaringología y cánceres maxilofaciales: 20 intervenciones / año.
- Radioterapia externa: 600 pacientes / año.
- Quimioterapia: 80 pacientes / año.

La fijación de mínimos de actividad para estas actividades supuso que más de la mitad de hospitales tuviera que dejar de prestar dichos servicios.

Y también existen mínimos de actividad para los partos, situándose el límite por hospital y año en 300. Este límite ha supuesto cerrar maternidades públicas, pues la relación entre el número de partos y la seguridad materno-infantil es muy evidente.

En la actualidad, el Ministerio de Salud de Francia está desarrollando el plan "Ma Santé 2022". Este plan, cuyo objetivo es llevar a cabo una transformación profunda del sistema de salud, incluye una nueva organización de las actividades y recursos de salud adaptada a las necesidades de los territorios de acuerdo con 3 niveles: atención de proximidad (medicina, geriatría, rehabilitación, etc.), atención especializada (por ejemplo: cirugía no compleja, maternidad, etc.), atención altamente especializada o plataformas técnicas complejas (trasplantes, enfermedades raras ...). Cada hospital tendrá que adaptar sus recursos y actividades según el tipo de atención a desarrollar.

Por otro lado, además de la fijación de mínimos de actividad, cabe destacar que cualquier decisión sobre la creación, conversión y la consolidación de actividades asistenciales (incluyendo la instalación de equipamiento tecnológico) está sujeta a la autorización las ARS, en base a la definición de "territorios de salud" y "proyectos regionales de salud".

Estos regímenes de autorización se pueden agrupar en dos tipologías: actividades "estándares" de la cartera de servicios hospitalaria y actividades especializadas.

- El caso de Suiza:

Fijación de criterios de autorización para la realización de 39 prestaciones altamente especializadas

El 1 de enero de 2009, los 26 cantones de Suiza firmaron la “Convención Intercantonal relativa a la Medicina Altamente Especializada (CIMHS)”. Desde entonces, en lugar de 26 planificaciones cantonales, sólo existe una planificación elaborada y consensuada por el conjunto de cantones para la medicina altamente especializada.

La CIMHS constituye la base legal para definir los hospitales que pueden desarrollar la medicina altamente especializada a partir de una serie de criterios que debe cumplir un hospital/servicio clínico para ser considerado como altamente especializado.

Las prestaciones y servicios incluidos en la planificación de la medicina altamente especializada son aquellos que se caracterizan por su rareza, su elevado potencial de innovación, una alta inversión humana o técnica o en métodos de tratamiento complejos. Al menos, tres de los criterios mencionados deben cumplirse para ser considerados altamente especializados, y el de la rareza de la intervención siempre debe cumplirse.

Además, se tienen en cuenta otros criterios para su inclusión. Estos incluyen la efectividad y la utilidad, así como los costes. Finalmente, se tiene en cuenta la importancia para la formación y la investigación, así como para factores de competitividad internacional.

En principio, cualquier hospital tiene la posibilidad de ser incluido en la lista de prestadores autorizados. La selección se realiza a partir de un análisis exhaustivo de las candidaturas y de las necesidades (demanda) identificadas.

Tabla n°8 : Listado de prestaciones incluidas en la CIMHS:

	ORL	Implante cloquear
	Hematología	Trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas en adultos
Trasplantes de órganos en adultos		Trasplantes renales
		Trasplantes hepáticos
		Trasplantes de pulmón
		Trasplantes de páncreas
		Trasplantes cardíacos
	Lesiones graves	Quemaduras graves en adultos
		Tratamiento de heridas graves
	Neurocirugía	Tratamiento quirúrgico de la epilepsia refractaria en adultos
		Cirugía estereotáxica para movimientos anormales / involuntarios y estimulación cerebral profunda
		Tratamiento neuroquirúrgico de patologías vasculares del sistema nervioso central sin anomalías vasculares complejas
		Tratamiento neuroquirúrgico de anomalías vasculares complejas del sistema nervioso central
		Tumores raros de la médula espinal
Tratamiento complejo de AVC		Tratamiento complejo de accidentes vasculares cerebrales
	Cirugía visceral MHS	Resección esofágica
		Resección pancreática
		Resección hepática
		Resección rectal profunda
		Cirugía bariátrica compleja
Trasplantes de órganos en niños		Trasplantes de pulmón en niños
		Trasplantes de hígado en niños
		Trasplantes de riñón en niños
	Oncología pediátrica	Tratamiento hospitalario de niños y adolescentes con cáncer
		Tratamiento de neuroblastomas
		Tratamiento de sarcomas de tejidos blandos y tumores óseos malignos (brazos, piernas)
		Tratamiento de sarcomas de tejidos blandos y tumores óseos malignos (pelvis, abdomen, tórax)
		Tratamiento de tumores del sistema nervioso central
	Aplicación de trasplantes pediátricos de células madre	Trasplantes autólogos de células madre
		Trasplantes alogénicos de células madre
	Lesiones graves en niños	Tratamiento de quemaduras graves en niños
Otros tratamientos pediátricos		Pruebas específicas para inmunodeficiencias primarias (genéticas) en niños
		Cirugía traqueal compleja electiva en niños
		Cirugía electiva compleja del hígado y tracto biliar en niños
		Tratamiento de retinoblastomas en niños
		Cuidados intensivos para recién nacidos
		Tratamiento de lesiones graves y politraumatismos en niños, incluido el traumatismo craneoencefálico

- El caso de Inglaterra:

Concentración de servicios especializados (no sólo de la actividad compleja) y establecimiento de autorización para servicios altamente especializados

En Inglaterra existe, desde 2013, un proceso a nivel nacional de toma de decisiones sobre servicios especializados con el objetivo de mejorar los resultados para los pacientes; asegurar que los pacientes tengan igual acceso a los servicios independientemente de la ubicación, y mejorar la productividad y la eficiencia. En este sentido, NHS distingue dos tipos de servicios especializados.

Por un lado, dispone de centros de tratamiento especializados en líneas de servicio específicas, como cirugía ortopédica electiva (por ejemplo, reemplazo de rodilla y cadera). La razón principal para concentrar estos servicios específicos es obtener economías de escala.

Por otro lado, concentra servicios con el objetivo de mejorar la calidad. En este segundo grupo están las actividades complejas y otras actividades que, no siendo especialmente complejas, requieren la concentración de la atención para asegurar que los equipos multidisciplinarios especializados vean un número suficiente de pacientes para poder desarrollar y mantener su *expertise* y ofrecer los mejores resultados.

Algunos servicios, incluidos aquellos para enfermedades muy raras, solo son proporcionados por uno o un número muy pequeño de centros en todo el país y se denominan "servicios altamente especializados". Los ejemplos de servicios altamente especializados incluyen servicios de trasplante de hígado, terapia de reemplazo enzimático y terapia con haz de protones para tratamientos específicos contra el cáncer.

En el caso concreto de los procesos de cáncer, el NHS compra servicios a través de contratos que definen una serie de requisitos que deben respetarse, incluida, entre otras, el área de influencia. El acuerdo solo se establece si el hospital ya cumple con estos requisitos o si tienen planes demostrables de cumplir dentro de los plazos acordados.

Por ejemplo, un servicio especializado de cáncer de páncreas tiene que cumplir:

- Configuración del servicio y cobertura de la población.
- Criterios de referencia, protocolos clínicos, políticas de red y vías clínicas.
- Compromiso revisión de casos a nivel nacional.

La definición de la población mínima que debe cubrirse se basa en estimaciones como la incidencia de cáncer, el porcentaje de pacientes elegibles para cirugía y recomendaciones sobre los umbrales de volumen mínimo para cirugía. El servicio especializado de cáncer de páncreas debería, por ejemplo, atender a una población de 2 millones de personas o más.

- El caso de Bélgica:

Recomendaciones de criterios y mínimos de actividad para la actividad especializada y la actividad compleja

En Bélgica, el Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) es un organismo público de investigación en salud que elabora informes y recomendaciones para diferentes instituciones, entre ellas el Ministerio de Salud, sobre temas de interés para estas instituciones.

En 2017 publicó un informe sobre la oferta hospitalaria necesaria en Bélgica para 2025 y los criterios de planificación para la cirugía oncológica compleja, la radioterapia y maternidad, todo ello a partir de un análisis comparativo de países europeos.

El informe identifica, además de las necesidades de recursos hospitalarios para los próximos años, los criterios para la ordenación de los mismos, principalmente para algunas actividades complejas y especializadas, pero también para otras como los partos.

Respecto a la actividad compleja (por ejemplo, cáncer de páncreas, esófago o pulmón), establece criterios relacionados con las capacidades internas, recursos humanos, el equipamiento disponible, actividades de investigación, y también mínimos de actividad por hospital y por cirujano.

Estos mínimos también se establecen para otras actividades menos complejas y para equipamiento médico, por ejemplo:

- Cáncer de mama:
 - 1.000 mamografías al año
 - 100 intervenciones quirúrgicas al año
- Pediatría:
 - 1.500 pacientes al año (2.000 si existe maternidad)
 - 3 pediatras a tiempo completo
- Equipamiento tecnológico:
 - 500-1.000 pacientes al año en radioterapia
 - 25.000 admisiones al año por RMN
 - 100.000 admisiones por Pet-Scan

Respecto a los partos, el informe indica que no es indispensable que cada hospital tenga su maternidad, pues en muchos casos no se cumplen los criterios de calidad, seguridad y eficiencia, y que, por tanto, la planificación debería ser a nivel regional, teniendo en cuenta mínimos de actividad que se sitúan alrededor de 400 partos al año.

En este sentido, también propone tener en cuenta criterios de accesibilidad (tiempo o distancia) por lo que, en algunos casos, la actividad mínima debe de ser revisada.

3.3 Conclusiones e implicaciones para España

De la revisión de las experiencias analizadas en los países europeos (y de la literatura publicada), se extraen las siguientes conclusiones:

- Existe un consenso sobre la necesidad de reordenar y concentrar la actividad especializada con el objetivo de garantizar la seguridad, calidad y eficiencia.
- La mayor parte de los países de nuestro entorno han puesto en marcha reformas para ello y disponen de procesos centralizados y criterios de autorización.
- Muchos de estos países tienden a concentrar, utilizando umbrales mínimos de actividad como criterio de planificación, tanto para la actividad altamente especializada, los recursos tecnológicos de alto nivel (y alto coste) y las enfermedades raras, como también para actividad especializada no altamente compleja (partos, accidente vascular cerebral, cirugía ortopédica de reemplazo, etc.).
- La planificación de estas actividades se realiza a nivel regional o incluso nacional, sobre la base de redes de salud.
- En ocasiones, el criterio de accesibilidad debe tenerse en cuenta y modular, por tanto, los mínimos de actividad requeridos y otros criterios de planificación.

En España, el proyecto de designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS) pretende regular una parte de la actividad de referencia. En concreto, los CSURS regulan las actividades que necesita organizarse a nivel nacional (supraautonómica).

Las patologías o procedimientos para cuya atención es preciso designar CSUR deben requerir alta tecnología, precisar un elevado nivel de especialización o ser poco prevalentes.

El abordaje del estudio de las diferentes áreas de especialización está siendo gradual, respondiendo a la priorización efectuada por el Comité de Designación de CSUR, con Grupos de Expertos designados por las CCAA, las Sociedades Científicas y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que realizan propuestas de las patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR y de los criterios que deben cumplir estos para ser designados como de referencia del SNS.

Hasta el momento, el Consejo Interterritorial (CISNS) ha acordado 74 patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el SNS, así como los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia.

Los CSUR del Sistema Nacional de Salud deben:

- Dar cobertura a todo el territorio nacional y atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones independientemente de su lugar de residencia.
- Proporcionar atención en equipo multidisciplinar: asistencia sanitaria, apoyo para confirmación diagnóstica, definir estrategias terapéuticas y de seguimiento y actuar de consultor para las unidades clínicas que atienden habitualmente a estos pacientes.
- Garantizar la continuidad en la atención entre etapas de la vida del paciente (niño-adulto) y entre niveles asistenciales.
- Evaluar los resultados.
- Dar formación a profesionales de otros centros

Cualquier Servicio o Unidad que se proponga para ser CSUR debe contar con la autorización sanitaria de funcionamiento y el informe favorable de la Comunidad Autónoma donde está ubicado.

Por tanto, en línea con las tendencias y experiencias observadas, nuestro Sistema Nacional de Salud, debe continuar avanzando en la planificación, ordenación y concentración de la actividad altamente especializada. Y con un especial foco a nivel autonómico, ámbito principal de ordenación de la cartera de servicios y actividad. Para ello, las recomendaciones para definir los criterios de ordenación de la actividad son:

- Para definir los servicios y prestaciones de los grupos 1 y 2, se requiere una base científica y basada en la evidencia, que debería consensuarse en la medida de lo posible. Una vez definidos los mínimos de actividad para los grupos 1 y 2, correspondería a las CCAA ordenar su cartera de servicios en los hospitales.
- Esto supondrá que la cartera de servicios no será la misma en todos los hospitales, ni siquiera en hospitales del mismo nivel o tipología.
- Es probable que las decisiones de reordenación según los grupos 1 y 2 suponga tomar decisiones impopulares y concentrar actividad no compleja en algunos centros. Será necesario un importante esfuerzo de pedagogía

sobre el efecto positivo en los *outcomes* y la salud de los ciudadanos. Si el argumento se basa en economías de escala o sostenibilidad, difícilmente será socialmente aceptado.

- En algunas Comunidades Autónomas, debido a su bajo volumen de población, no se cumplirán los requisitos mínimos para la realización de ciertas actividades y procedimientos, ni para disponer de ciertos recursos tecnológicos. Esto es especialmente importante en los grupos 3 y 4.
- En este sentido, la movilidad de los pacientes será más frecuente, tanto a nivel regional como a nivel nacional, con la consiguiente necesidad de adaptar los sistemas de información (compartir información clínica) y los sistemas de financiación (el dinero sigue al paciente).
- Por lo tanto, debe mejorarse sustancialmente el sistema de facturación entre Comunidades Autónomas.

4. Del hospital como entidad independiente hacia su integración en redes hospitalarias

4.1 La transición de hospitales en redes territoriales

Tanto a nivel español como a nivel internacional se observa un número importante de experiencias en las que diferentes hospitales colaboran, con diferentes intensidades y modelos de gestión, para la mejora de sus objetivos clínicos, la optimización de sus operaciones y el incremento de la eficiencia de su gestión.

En este sentido, podemos identificar, principalmente, las razones siguientes para que dos instituciones de salud (y de hecho se puede extender a organizaciones sociosanitarias y sociales) colaboren entre ellas.

- **Garantizar la continuidad asistencial:**

El modelo más habitual en el que dos hospitales colaboran entre ellos para garantizar la continuidad asistencial de un paciente es en el caso de hospitales de diferente nivel en el que se establece un itinerario clínico preciso y se define el rol de los dos hospitales en las diferentes fases de atención, siendo el objetivo habitual que el paciente vuelva a su hospital de proximidad.

Asimismo, esta colaboración puede potencialmente llegar a la creación de servicios clínicos en red entre diversos hospitales, con un reparto de la actividad preciso.

- **Compartir profesionales:**

Un modo de colaboración habitual entre hospitales, que en cierta manera es complementario al anterior objetivo expuesto, es para compartir profesionales, y por lo tanto *expertise*, entre instituciones. Constatamos normalmente dos tipos de modelos:

- Para ofrecer a profesionales de un hospital de proximidad la posibilidad de acceder a realizar actos más complejos en un hospital especializado, lo cual redundaría en una mejora de su capacidad de resolución y en la conservación de sus competencias;
- Cuando un profesional especializado ofrece sus prestaciones en un hospital de proximidad, con el objetivo de minimizar los desplazamientos de la población y, por lo tanto, para la mejora de la accesibilidad o para paliar casos de escasez de profesionales.

- **Alcanzar una masa crítica de actividad que garantice una amplia cobertura y un nivel elevado de calidad y *outcomes*:**

Para determinadas prestaciones especializadas, tal y como se ha visto anteriormente, en numerosos países se exigen niveles mínimos de actividad con el objetivo de garantizar la calidad de la prestación y la seguridad del paciente. En este caso, observamos cómo varias instituciones pueden colaborar para establecer sinergias que faciliten alcanzar a dichos niveles de actividad y por lo tanto, no perder la acreditación para desarrollarla.

Asimismo, determinadas prestaciones requieren de inversiones importantes o de recursos difíciles de obtener para un hospital individual. La colaboración con otras instituciones puede facilitar la justificación, realizándose de manera conjunta, del desarrollo de estas prestaciones.

- **Desarrollar servicios compartidos**

El desarrollo de colaboraciones entre hospitales para crear servicios compartidos es una experiencia ampliamente extendida y se da normalmente entre servicios de *back-office* o de soporte.

Las experiencias anteriores más habituales se dan como un acuerdo puntual entre hospitales o grupos de hospitales, y en algunos casos se está ya observando cómo el acuerdo se desarrolla de una manera más global llegando a implementar alianzas estratégicas que dan como resultado la creación de grupos o redes de hospitales.

Y con esta tendencia de fondo, los reguladores de algunos países han dado un paso más allá y han desarrollado políticas específicas para impulsar u obligar a que los hospitales se organicen en red con el fin de favorecer el desarrollo de los objetivos anteriormente comentados.

Entre estos países cabe destacar los casos de Francia, con la creación de los *Groupement Hospitalier de Territoire* (agrupaciones hospitalarias territoriales), y de Bélgica, con los *Réseaux Hospitalier Locorégionaux* (redes hospitalarias loco-regionales).

4.2 Las reformas en curso en países de nuestro entorno

- **El caso de Francia**

La creación de los *Groupement Hospitalier de Territoire* (GHT - agrupaciones hospitalarias territoriales -) es obligatoria desde julio de 2016, resultando en un acuerdo formal entre establecimientos de salud pública en el mismo territorio, por el cual se comprometen a coordinarse en torno a una estrategia de atención común al paciente, formalizado en un proyecto médico compartido.

El principio es incitar a los establecimientos de salud a compartir y agrupar sus equipos médicos y distribuir la actividad que ofrecen a la población. Los GHT organizan la oferta de los hospitales que lo forman, buscando su complementariedad y teniendo en cuenta las necesidades de la población a la que cada establecimiento atiende y las características del territorio.

Actualmente se han constituido en Francia 136 GHT que agrupan 898 hospitales y cubren, de media, 493.000 personas, aunque el tamaño más habitual de los GHT cubre a entre 750.000 y 1.000.000 de personas.

Siendo ya una experiencia muy consolidada, podríamos caracterizar los GHT por los elementos siguientes:

- **Los objetivos de los GHT**

Las principales razones que se esgrimen para la creación de los GHT son las siguientes:

- Permitir a las instituciones implementar una estrategia de atención al paciente común y graduada, con el objetivo de garantizar la igualdad de acceso a una atención segura y de calidad.
- Asegurar la racionalización de los métodos de gestión al agrupar funciones o al transferir actividades a lo largo del tiempo entre establecimientos.
- Ofrecer un proyecto médico compartido que garantiza una oferta local, así como el acceso a una referencia y una oferta de referencia.

Así pues, vemos que los conceptos clave son: igualdad de acceso, seguridad y calidad, racionalización, proyecto médico.

- **El perímetro de los GHT**

Los GHT están formados, en principio, por hospitales agudos de diferentes niveles de resolución, y de manera opcional pueden adherirse centros sociosanitarios y de salud mental, así como hospitales privados del territorio.

Asimismo, la apertura hacia la atención primaria es muy solicitada con la nueva ley *Ma Santé 2022*, con la creación de las *Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS - Comunidades profesionales territoriales de Salud)*, que deben obligatoriamente establecer vínculos con los hospitales.

- **La obligación de definir un proyecto médico compartido**

Los GHT están obligados a definir un proyecto médico compartido entre todas las instituciones de salud que lo forman y, sobre este, un proyecto de cuidados. Las principales características de este proyecto médico compartido son las siguientes:

- Se exige un contenido mínimo, estableciendo:
 - Los objetivos médicos, de calidad y seguridad
 - Los itinerarios clínicos a estructurar
 - Los principios de organización de la prestación de la actividad
 - La organización de las misiones universitarias
 - La organización territorial de los equipos médicos
- Se ha de definir un calendario para la implementación de los proyectos médicos y de cuidados.
- Se tiene que definir un modelo de evaluación y de seguimiento de los proyectos médicos y de cuidados.

Con la definición de este proyecto, las consecuencias que se esperan son las siguientes:

- La identificación de prestaciones y actividades centralizadas, principalmente en las áreas de imagen médica, laboratorio y farmacia.
- La organización del reparto de actividades entre los diferentes hospitales y por lo tanto, la definición del perfil de cada institución.
- La constitución de servicios "multihospital".
- La mutualización de las funciones de soporte.

- **La organización de las actividades terciarias o altamente especializadas**

No todos los GHT tienen que tener entre sus instituciones a Centros Hospitalarios Universitarios (CHU), pero en todo caso han de asociarse a un CHU para las actividades universitarias¹ con el objetivo de:

- Enriquecer la formación de futuros profesionales de salud.
- Desarrollar la investigación y la innovación en salud.
- Optimizar la gestión de la demografía médica.
- Organizar los diferentes niveles de atención.

- **La gobernanza de los GHT**

La gestión de los GHT se basa en la instauración, como mínimo, de una serie de instancias comunes con funciones específicas y funcionamiento bien reglado:

- Comité estratégico.
- Colegio médico o Comisión médica del GHT.
- Comisión de enfermería, rehabilitación y servicios médico-técnicos.
- Comité de usuario.
- Comité de representantes del territorio.

Asimismo, se designa una “institución de apoyo” con un status especial con relación a los otros miembros del GHT; es la responsable de garantizar las funciones y actividades que se mutualizan en el seno del GHT.

En particular, además de los proyectos clínicos definidos en el proyecto médico y de cuidados, se quieren favorecer mutualizaciones alrededor de cuatro temáticas:

- La Historia Clínica Electrónica
- La gestión de los datos clínicos
- Las compras
- La formación

¹ Por lo que respecta a la misiones definidas en la ley.

- El caso de Bélgica:

A partir del 1 de enero de 2020, cada hospital somático agudo belga debe formar parte de un *réseau hospitalier locorégional (red hospitalaria locoregional)*, en virtud de un proyecto de ley aprobado en febrero de 2019 destinado a racionalizar el panorama hospitalario belga. La reforma defendida por el Ministro Federal de Salud tiene como objetivo fomentar la colaboración entre hospitales y racionalizar la oferta existente.

Cada hospital forma parte de una única red, que debe ofrecer y organizar las diferentes prestaciones de proximidad y especializadas para la población de su zona de referencia. Las prestaciones terciarias o altamente especializadas no estarán disponibles en todas las redes hospitalarias, de manera que cada red deberá establecer alianzas con los centros que ofrezcan dichas actividades.

Cabe destacar que, teniendo en cuenta la organización competencial en Bélgica, la reforma es una iniciativa federal, pero corresponde a las entidades federadas implementarla y darle una base legal.

Se prevé la constitución (todavía no están todas validadas) de 25 redes que engloban a 99 hospitales, con una media de 456.000 personas cubiertas por cada red. Dichas redes deberían garantizar la continuidad geográfica y la coherencia de la zona de referencia, y no seguir únicamente criterios políticos o ideológicos.

El recorrido de las redes belgas es menor que el caso de las agrupaciones francesas, pero en todo caso las características sobre las que se basan son las siguientes:

- **Los objetivos de las redes hospitalarias locos regionales**

Las principales razones que se esgrimen para la creación de las redes son las siguientes:

- Fomentar la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia de los cuidados.
- Racionalizar el sistema hospitalario belga, con una búsqueda de la concentración de las actividades para limitar los costes y para homogeneizar las prácticas médicas y la calidad de los cuidados, como la creación, incluso, de Centros de Referencia Multired.
- Favorecer el desarrollo de servicios compartidos en las áreas de soporte y de *back-office*.

- **El perímetro de las redes hospitalarias loco-regionales**

Cabe destacar que, en un primer término, únicamente los hospitales somáticos agudos tienen la obligación de pertenecer a una red, razón por la cual los hospitales de rehabilitación independientes y los hospitales de salud mental por ahora no forman parte ni se ha establecido, de momento, ningún mecanismo para su incorporación.

El objetivo de garantizar la continuidad y la integración con el mundo sociosanitario y la medicina general no se ha incluido.

- **La cartera de prestaciones de la red**

La oferta de prestaciones de la red hospitalaria se basa en los criterios siguientes:

- Las misiones de cuidados de proximidad se ofrecerán a nivel de hospital.
- Las misiones de cuidados especializados se ofrecerán a nivel de red.
- Se han definido un conjunto de prestaciones suprarregionales: si la red no la ofrece ella misma, puede establecer acuerdos hasta con tres hospitales de referencia de otras redes.

- **Validación y acreditación de las redes hospitalarias**

La validación de las redes y su acreditación es realizada por las entidades federadas, centradas principalmente en temas administrativos. En Valonia (por ahora) no se exige la definición de un proyecto médico; en el caso de Flandes se pedirá, una vez validados los temas administrativos, la definición de un proyecto médico coherente con el Plan de Salud de la Región.

- **La gobernanza de las redes hospitalarias**

La Red definirá su órgano de gestión propio, formado por representantes de los hospitales que la forman y por consejeros independientes.

Asimismo, se designará un director médico de la red (o un Colegio de Directores Médicos en el que se representan todos los hospitales) y un Consejo Médico de la red (en Bélgica la ley de hospitales establece la obligatoriedad de cada hospital disponga de un Consejo Médico).

4.3 Conclusiones e implicaciones para España

En las dos experiencias de los dos países europeos, el cambio en el mapa hospitalario ha sido significativo: en el caso de Francia se ha pasado de 898 hospitales a 136 grupos hospitalarios de territorio y, en el caso de Bélgica, se ha pasado de 99 hospitales a 25 redes hospitalarias.

En ambos casos, el regulador ha impulsado la creación de estas redes hospitalarias que buscan racionalizar el sistema hospitalario con el objetivo de:

- Reducir las inequidades de acceso, creando redes con una máxima capacidad resolutive a nivel conjunto (dentro de la red) de la cartera de servicios.
- Mejorar el estado de salud de la población, la calidad asistencial y la seguridad del paciente, aumentando el volumen de casos tratados por patología dentro de la red, estimulando la ordenación de los servicios.
- Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes organizando diferentes itinerarios y organizando las diferentes misiones de los hospitales de la agrupación o de la red.
- Favorecer los servicios compartidos dentro de la red.

¿Cómo sería el mapa hospitalario en España?

Actualmente, según el Catálogo Nacional de Hospitales hay 466 hospitales dentro del SNS, de los cuales 313 son hospitales de agudos. Si hiciéramos el ejercicio de agrupar 311 hospitales en redes hospitalarias (excluyendo los 2 hospitales en Ceuta y Melilla, que por características obvias requerían un enfoque específico), supondría crear entre 66 y 99 redes hospitalarias, en función de un rango de cobertura de 500.000 a 800.000 habitantes por red.

A título meramente ilustrativo, el impacto por CCAA sería el siguiente:

Tabla 8. Simulación de la creación de redes hospitalarias en España

COMUNIDAD AUTÓNOMA	HABITANTES	HOSPITALES SNS	REDES HOSPITALARIAS (RANGO 500-800.000 HAB.)
Andalucía	8.414.240	47	11-17
Cataluña	7.675.217	69	10-16
Madrid, Comunidad de	6.663.394	31	9-14
Comunidad Valenciana	5.003.769	31	6-10
Galicia	2.699.499	17	4-6
Castilla y León	2.399.548	14	3-5
País Vasco	2.207.776	15	3-5
Canarias	2.153.389	9	3-5
Castilla - La Mancha	2.032.863	17	3-4
Murcia, Región de	1.493.898	10	2-3
Aragón	1.319.291	14	2-3
Baleares, Islas	1.149.460	8	2
Extremadura	1.067.710	8	2
Asturias, Principado de	1.022.800	11	1-2
Navarra, Comunidad Foral de	654.214	4	1
Cantabria	581.078	4	1
Rioja, La	316.798	2	1
TOTAL	47.026.208	313	66-99

La transformación de los hospitales del SNS en redes hospitalarias supondría las siguientes implicaciones, tanto para los propios hospitales como para los Servicios Regionales de Salud:

- Las redes territoriales deberían integrar todos los servicios asistenciales (desde la atención primaria a la atención sociosanitaria) con múltiples hospitales y dispositivos. A diferencia del modelo belga (que es exclusivamente hospitalaria) y el francés (que incluye sociosanitario y salud mental).
- Esto supone crear organizaciones sanitarias integrales en territorios (al ejemplo de las OSI del País Vasco, así como de otras iniciativas de servicios integrados en otras CCAA), con una amplia cartera de servicios y una cobertura poblacional de 500.000 a 800.000.
- La creación de las redes territoriales supone también una evolución importante en la ordenación de la actividad dentro de cada territorio, en base a los 4 criterios de actividad que hemos señalado en otro capítulo de este informe.
- Sin embargo, a pesar de disponer de una escala suficiente para desplegar una amplia cartera de servicios para cubrir las necesidades poblaciones, seguirán existiendo algunas actividades altamente especializadas que deberán ser prestaciones suprarred (asumidas únicamente por algas de las redes de la CCAA) o en varios casos supra-Comunidad Autónoma (en aquellas CCAA con menos de 3 redes probablemente)
- Asimismo, la constitución de varios dispositivos de atención primaria, especializada y sociosanitaria en redes supone reforzar todavía más el modelo de gobierno y la profesionalización de la gestión.
- Por otro lado, la organización de las unidades clínicas deberá evolucionar hacia servicios territoriales. Es lógico pensar que, dentro de una red, conformada por 3-4 hospitales (o más) exista un único servicio de Cardiología, de Diagnóstico por Imagen, etc, que se despliega por todo el territorio.
- Finalmente, la creación de redes territoriales en cada CCAA supondrá también repensar el papel de los Servicios Regionales de Salud. De hecho, en el actual modelo de gestión pública directa de los hospitales por parte de los SRS, estos están asumiendo un doble papel: autoridad sanitaria por un lado y gestor de una red de hospitales (esto todavía es más evidente en las CCAA con menos población, y que en un futuro tendrían 1 sola red territorial).
- En un contexto de redes territoriales, el SRS debe centrarse en la fijación de objetivos de salud, la definición del contrato programa, la financiación de la actividad, y la evaluación de la calidad.

5. De la financiación por presupuesto al pago por procesos

5.1 La financiación hospitalaria por procesos

Los sistemas de pago (o financiación) a los hospitales son un instrumento de vital relevancia para la autoridad sanitaria (servicio regional de salud en España), para asignar de forma equitativa los recursos públicos a los diferentes hospitales públicos, garantizando la equidad interna (para niveles y mix de actividad comparables, dos hospitales deberían recibir recursos similares). Pero también son un instrumento clave para el servicio regional de salud para introducir incentivos a la mejora de la utilización de servicios hospitalario, fundamentalmente mejor calidad y eficiencia.

A nivel internacional, existen cuatro grandes modelos de pago:

- 1. Financiación por presupuesto**
- 2. Financiación por acto asistencial**
- 3. Financiación por proceso, *case mix* o GRD**
- 4. Financiación por cápita y *bundle payments***

De hecho, en los últimos 30 años los diferentes países europeos han seguido un camino en dos etapas. Originalmente los sistemas predominantes eran pago por presupuesto (fundamentalmente para hospitales de propiedad pública) y pago por acto (en hospitales privados concertados con los sistemas públicos de sanitarios).

El diseño de instrumentos de clasificación de pacientes hospitalizados en grupos de pacientes homogéneos a nivel clínico y de costes, permitió introducir los sistemas de pago por GRD. La gran aportación de estos modelos fue introducir la eficiencia clínica y operativa intrahospitalaria: si el hospital es capaz de tener buenos resultados clínicos y optimizar el proceso asistencial para cada grupo de pacientes, entonces el sistema de pago es positivo para él (y en el caso contrario, supone generar pérdidas). Se trata

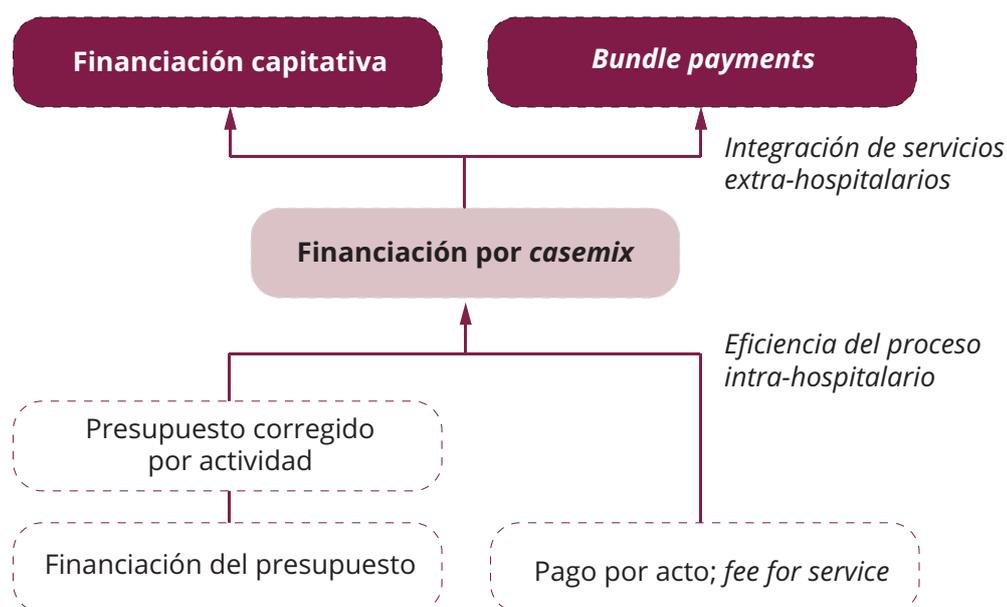
de una primera transferencia de riesgo hacia la gestión clínica y económica de los hospitales.

En una segunda fase, más cercana, se están introduciendo modelos de financiación que buscan mejorar los resultados clínicos y económicos no solo dentro de los muros del hospital, sino a nivel población. Para ello, se están introduciendo los sistemas de financiación per cápita, ya sea a nivel global de un territorio y para toda su población (un pago fijo equivalente al gasto sanitario esperado de una población determinada) o bien un pago específico para un proceso asistencial concreto (EPOC, por ejemplo) y para todos los servicios asistenciales. En ambos casos, estos modelos pretenden favorecer la coordinación e integración de cuidados.

El Sistema Nacional de Salud en España ha sido bastante pionero en la introducción de sistemas de pago a los hospitales. En el 1996, el CatSalut introdujo los GRD en el sistema de pago a los hospitales de la red hospitalaria pública, siendo una de las primeras experiencias en Europa. En el año 2000, la Agencia Valenciana de Salud introdujo el pago per cápita para el Hospital de Alzira, y luego continuaron el resto de las concesiones, siendo también una experiencia innovadora en Europa de pago per cápita en los hospitales.

Sin embargo, el modelo predominante de pago per actividad en los hospitales en el Sistema Nacional de Salud sigue siendo el pago por presupuesto.

Ilustración 4. Evolución de los sistemas de pago a los hospitales



5.2 Las reformas en los países europeos

La introducción del pago por GRD en los hospitales se hizo en Estados Unidos en 1993, a través de un primer programa de pago prospectivo para pacientes hospitalizados por parte de Medicare. El principio de este sistema se basaba en clasificar a los pacientes hospitalizados en grupos de pacientes con características clínicas similares y costes comparables, y entonces pagar a los hospitales con un precio cerrado para cada grupo de pacientes. Este precio se calculaba a partir del coste promedio de una muestra de hospitales.

En Europa, los sistemas de pago prospectivo basados en procesos o GRDs empezaron a introducirse en fase de piloto a finales de los años 90, y se generalizaron durante la primera década del 2.000. Suecia es un país pionero en 1992 al introducir el pago por GRD, siguiéndolo Finlandia en 1995, Austria en 1997, Portugal en 1998 y Dinamarca en el año 2000. En Inglaterra, Francia, Alemania, Bélgica y Holanda, el sistema de pago por GRD se introduce entre 2003 y 2005. El último país en adoptar el sistema de pago por GRD ha sido Suiza (2012).

	BÉLGICA	REINO UNIDO	ALEMANIA	FRANCIA	HOLANDA	SUIZA
Sistema clasificación de pacientes utilizado	APR DRG	Healthcare Resource Group (HRG)	German DRG (G-DRG)	Groupe Homogène de Malades (GHM)	Diagnose Behandelings Combinaties (DBC)	Swiss DRG
Año de introducción	2002	2003	2003	2005	2005	2012
Sistema de pago a hospitales precedente	Presupuesto prospectivo y pago por actividad	Presupuesto ajustado por actividad	Presupuesto ajustado por actividad			

El peso del pago por GRD dentro de la financiación por hospitales es elevado, por encima del 60% del presupuesto del hospital en el Reino Unido, y del 80% en Alemania, Francia, Holanda y Portugal. El pago por GRD suele incluir los tratamientos para pacientes hospitalizados. Los sistemas europeos difieren en la inclusión de algunos servicios dentro del pago por GRD: psiquiatría, urgencias, cuidados intensivos o rehabilitación.

En los sistemas de pago por GRD, la docencia y la investigación se pagan mediante mecanismos independientes y específicos a estas actividades.

Generalmente, el coste de la inversión (obras, tecnología) está incluido en la tarifa del GRD, excepto en Alemania y Austria.

Tabla 9. Alcance de los sistemas de pago por GRD a hospitales en varios países europeos.

	AUSTRIA	REINO UNIDO	FRANCIA	ALEMANIA	PORTUGAL	HOLANDA	SUECIA
% Costes del hospital financiados por GRD	96%	60%	80%	80%	80%	84%	variable por hospital
Servicios cubiertos por el GRD							
Hospitalización	x	x	x	x	x	x	x
Hospital de Dia	x	x	x	x	x	x	x
Tratamiento ambulatorio	x	x	x		x	x	x
No cubierto por GRD							
Psiquiatría	x	x		x			
Rehabilitación	x		x				x
Cuidados Intensivos	x		x				
Urgencias			x				
Docencia	x	x	x	x	x	x	x
Investigación	x	x	x	x	x	x	x
Inversión	x			x			
Medicamentos caros			x	x		x	x

La introducción del pago por GRD en los países europeos ha requerido la generalización de sistemas de contabilidad analítica avanzados, con el objetivo de poder determinar el coste promedio de cada grupo de pacientes. Para ello, todos los países han impulsado dos medidas:

- Un modelo común de contabilidad analítica
- Una muestra de hospitales a nivel nacional para calcular los costes promedio por grupo de pacientes.

A nivel de contabilidad analítica, la situación más común en Europa es la existencia de una guía nacional sobre el modelo de contabilidad analítica. Es el caso de Francia, Alemania, Suecia, Reino Unido, Irlanda y Portugal, entre otros. Sin embargo, en la mayoría de países no es obligatorio, por ley, disponer de una contabilidad analítica en cada hospital. Aunque la contabilidad analítica está ampliamente desarrollada.

La muestra de hospitales utilizada en cada país para determinar el coste promedio por grupo de pacientes no es comparable, pues el rango oscila entre el 8%-9% de todos los hospitales en Austria y Francia y el 100% en el Reino Unido. Un elemento común para todos ellos es que existe un decalaje entre la base de datos para calcular los costes promedios y el año en curso. Normalmente, el coste promedio para fijar el precio por GRD se realiza a partir de una base de datos de 2-3 años de antigüedad.

Tabla 10. Muestra de hospitales utilizada para calcular los precios promedio por grupo de GRD

PAÍS	MUESTRA HOSPITALES	% SOBRE TOTAL
Austria	20	8%
Reino Unido	todos	100%
Finlandia	5	30%
Francia	99	9%
Alemania	225	13%
Holanda	15-25	24%
Suecia	Hospitales con contabilidad analítica	62%

5.3 Conclusiones e implicaciones para España

El SNS debería evolucionar hacia el pago por procesos o GRD para sus hospitales. Si España fue uno de los primeros países en introducir los GRDs como instrumento de clasificación de pacientes y fue pionero en su introducción como método de pago a hospitales (el caso del CatSalut en Cataluña) ¿por qué no se ha generalizado? La razón es bastante obvia: por la ausencia de personalidad jurídica de los hospitales públicos en España.

El sistema de pago a hospitales públicos está estrechamente vinculado con la personalidad jurídica. En la medida en que la autoridad sanitaria (servicio regional de salud, en el caso de España) tiene una personalidad jurídica diferente del hospital público, es imprescindible articular un doble mecanismo para regular la relación entre ambos: un contrato de prestación de actividad y un sistema de precios por dicha actividad.

Por este motivo, la generalización del pago por GRD para los hospitales del SNS requiere como requisito indispensable que los hospitales públicos tengan personalidad jurídica propia y diferencia del SRS. En su ausencia, el único mecanismo posible de implantar sería un presupuesto público ajustado por criterios de *case mix* basados en el GRD.

La segunda implicación de la implantación del pago por GRD en el SNS sería la necesidad de reforzar los sistemas de contabilidad analítica hospitalaria. El SNS se interesó por la contabilidad de costes a mediados de los años 90, pero la realidad es que nunca se ha consolidado su generalización en los hospitales públicos y su uso para la toma de decisiones de gestión. De hecho, si el hospital sigue financiándose por presupuesto, la contabilidad analítica es un mero ejercicio intelectual, con ningún incentivo (el pago por actividad) para ser implantado y utilizado en condiciones reales. La introducción del pago por GRDs debería dar un impulso al sistema de contabilidad analítica en los hospitales públicos, y el primer paso debería ser la definición de una guía normalizada de centros de costes y criterios de imputación a nivel nacional.

La tercera y última implicación de la implantación del pago por GRD es la necesidad de disponer de una muestra de hospitales que aporten datos fiables y normalizados sobre su casuística de pacientes y costes analíticos con el fin de poder calcular los costes promedios por grupo de pacientes. En un SNS descentralizado, deberemos abordar si dichos costes promedios se calculan a nivel nacional o por autonomía. O bien un criterio mixto: un cálculo nacional con medidas de ajuste por autonomía en caso de que existan algunas variables que expliquen diferencias significativas (por ejemplo, condiciones laborales diferentes).

6. Conclusiones

La introducción de cambios (para mejorar, obvia decirlo) en el SNS es necesaria y es posible. Es necesaria porque, a pesar de disponer de un sistema sanitario bien estructurado, existen diversos factores en nuestro entorno que nos obligan a ello. Y existe una percepción constatable de demanda de cambios, expresada tanto por parte de los profesionales sanitarios como de la sociedad (*tax payers*) y pacientes (usuarios). Pero también son cambios posibles, como demuestra la revisión de reformas que hemos intentado plasmar en este documento en varios países europeos, de nuestro entorno.

De hecho, la característica predominante en los sistemas sanitarios europeos es un estado de transición permanente en búsqueda de nuevas soluciones organizativas y de gestión frente a los grandes retos compartidos que debemos afrontar: envejecimiento y cambio de perfil sociodemográfico, la transición epidemiológica, la innovación acelerada en los nuevos desarrollos de la tecnología sanitaria, la transición digital... y todo ello en un contexto macroeconómico adverso.

El común denominador de las reformas observadas en los países europeos podemos resumirlos en cuatro grandes líneas de trabajo:

- 1.** Dotar al hospital público de personalidad jurídica, autonomía de gestión y mecanismos de gobierno profesionalizados con el objetivo de reforzar su capacidad de gestión para alcanzar mejores resultados. El hospital público sale reforzado como modelo predominante en los sistemas sanitarios europeos, pero modernizando su capacidad de gestión, profesionalización y autonomía... ¡y asumiendo los resultados!
- 2.** La evolución del hospital como institución independiente hacia su integración en redes sanitarias con responsabilidad territorial sobre una población de 500.000 a 800.000 habitantes, lo que permite una amplia cartera de servicios en cada territorio (incluyendo el terciarismo) y, por lo tanto, prácticamente una cobertura completa de las necesidades de la población. Y lógicamente, todo este proceso conlleva una reordenación de los servicios dentro de la red.
- 3.** Los cambios en los criterios de planificación hospitalaria. En lugar de utilizar criterios normativos basados en niveles de complejidad de los hospitales y acreditación de recursos, utilizar criterios de ordenación basados en actividad y su relación con los *outcomes* y el *expertise* y tecnología requeridos.
- 4.** La generalización del pago por procesos o GRD en los hospitales que trabajan para los sistemas sanitarios públicos. Bajo un nuevo paradigma de medicina basada en valor ¿podemos aspirar a avanzar hacia modelos de pago por valor si todavía no hemos adoptado el pago por perfil de pacientes en los hospitales, como han hecho los países europeos en los últimos 20 años?

En un mundo donde cada vez más convergen las políticas públicas, uno de los primeros elementos que deberíamos acordar es el grupo de países de comparación que sería pertinente para España: países de la OCDE (no exclusivamente UE), pero con un nivel socioeconómico igual o superior, y con sistemas de salud de cobertura o regulación públicas (excluyendo los modelos liberales como el caso de EEUU). Esto nos llevaría a un grupo de países donde encontraríamos: Francia, Alemania, Italia, Reino Unido, Bélgica, Holanda, Suiza, Suecia, Dinamarca, Portugal y Canadá. Para este grupo de países, deberíamos tener una comprensión más detallada de:

- Indicadores de recursos, actividad y resultados
- Reformas realizadas recientemente y lecciones aprendidas ¿qué ha funcionado y por qué? ¿qué no ha funcionado?

En paralelo al análisis comparado de experiencias internacionales, sería también conveniente identificar, compartir y poner en valor las experiencias locales y regionales que hoy están funcionando. De hecho, una de las debilidades del SNS es la dificultad en la difusión de proyectos autonómicos para que sean conocidos y compartidos en todas las CCAA y por lo tanto, su escalabilidad.

Si el SNS decide abordar seriamente las reformas y los cambios estructurales, es importante el proceso de gestión del cambio. En los últimos años la sanidad se ha convertido en un arma política donde predominan los argumentos ideológicos frente a los argumentos y evidencia técnico-científica. En este sentido, sería necesario un acuerdo de mínimos por parte de los responsables políticos no tanto para consensuar hoy la agenda de cambios, sino para acordar el procedimiento de elaboración de propuestas y aprobación.

Estos procedimientos podrían basarse en los siguientes principios:

- En primer lugar, y quizá el más importante: todos los cambios propuestos deben basarse en un mismo principio: mejorar el valor aportado por el SNS. Ningún proyecto de cambio será movilizador (ni tendrá el apoyo profesional y social necesario) si el vector de cambio es la eficiencia económica y la optimización (asociada a menudo como pérdida de derechos). El principal interés de los profesionales y de los ciudadanos es obtener más valor. En este sentido, el principio *porteriano* de mejorar el valor en tanto que relación entre *outcomes* del sistema y coste asociado debe marcar la agenda del cambio.
- La discusión y elaboración de propuestas de cambios y reformas debe contar con los profesionales sanitarios, y también con los pacientes (a través de sus asociaciones). Es imposible pensar en cambios de fondo sin la participación activa de los profesionales.

-
- Para cada medida, hay que hacer un análisis riguroso de quién pierde a corto plazo (pocos) y quién gana a largo plazo (muchos), y elaborar un plan de contingencia y transición que limite al máximo las resistencias a corto plazo.

En este informe no hemos abordado la financiación sanitaria, pero es obvio que si nos adentramos en un escenario de cambios y reformas no podremos rehuir el debate de la suficiencia financiera del SNS. Esto mismo ha ocurrido en los distintos países europeos que hemos analizado en este informe. Aunque el SNS tiene un alto grado de eficiencia macroeconómica (el gasto sanitario sobre el PIB corresponde al nivel de renta per cápita de España, en términos comparados), sin embargo, tiene déficits de financiación importantes: las remuneraciones profesionales son bajas, existen necesidades no atendidas en el sistema público (odontología, listas de espera), y oferta insuficiente en algunos dispositivos (convalecencia y cuidados sociosanitarios). Si bien en el propio SNS existe margen de mejora en la eficiencia operativa: mejorar la organización y la gestión de las organizaciones sanitarias) y debe ser un objetivo prioritario mejorar el valor aportado por cada euro invertido.

Pero esto no debería desviarnos del debate real sobre la financiación sanitaria, que debería versar sobre dos ejes:

- La propia recaudación fiscal: en España se produce una enorme paradoja pues siendo uno de los países con los tipos impositivos más altos, la recaudación fiscal expresada en porcentaje del PIB está unos 7 puntos por debajo de la media europea. Esto significan unos 70.000 millones anuales. Y las causas están más bien en una deficiente arquitectura del sistema fiscal, y no tanto en el fraude fiscal (que existe y es obligación erradicarlo).
- La priorización del gasto público. Una vez recaudados los impuestos, la gran decisión debería ser dónde se invierte el dinero del ciudadano. En este debate, ausente, sorprende la facilidad con la que se ha instaurado un relato sobre ciertas partidas de gasto público insostenibles (la sanidad entre ellas) mientras que otras partidas crecen más rápidamente y nunca son insostenibles.

7. Bibliografía

Índice de tablas

• Tabla 1. Tipologías de hospitales Públicos en España	13
• Tabla 2. Dimensiones para caracterizar el modelo de hospital	14
• Tabla 3. Los hospitales públicos en el Reino Unido	16
• Tabla 4. Los hospitales públicos en Francia	17
• Tabla 5. Los hospitales públicos en Holanda	18
• Tabla 6. Los hospitales públicos en Bélgica	19
• Tabla 7. Los hospitales públicos en Noruega	20
• Tabla 8. Simulación de la creación de redes hospitalarias en España	46
• Tabla 9. Alcance de los sistemas de pago por GRD a hospitales en varios países europeos	51
• Tabla 10. Muestra de hospitales utilizada para calcular los precios promedio por grupo de GRD	52

Bibliografía

ARS. Agence Régionale de Santé [sede Web]. París: ARS; s.d. [acceso 2 de enero de 2020]. Les groupements hospitaliers de territoires. Disponible en: <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

Care. Healthcare built around you [sede Web]. Washington: Amazon; 2019. [acceso 2 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.amazon.care>

Christiansen T, Vrangbæk K. Hospital centralization and performance in Denmark-Ten years on. Health Policy. 2018 Apr;122(4):321-328

Comunidad de Madrid. LEY 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Boletín Oficial del Estado. Núm. 34, de 7 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/02/07/pdfs/BOE-A-2018-1609.pdf>

Confédération Suisse. Planification de la médecine hautement spécialisée : mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Berna: Le Conseil fédéral; 2019. Disponible en : https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/HSM-Bereiche/Mise_a_jour_du_rapport_du_Conseil_federal_du_25_mai_2016_en_reponse_au_postulat_13.4012.pdf.4012.pdf

Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Informations sur l'état de la mise en œuvre de la planification de la médecine hautement spécialisée. Berna: CDS; 2015. Disponible en : https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/bt_edi_stand_planung_hsm_20150427_def_pub_f.pdf

De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. Modèles de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux – Synthèse. Bruxelles: KCE, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé; 2016. KCE Reports 277Bs

Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. Management in Healthcare: Why good practice really matters. London: McKinsey & Company; 2010

España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1302/2006 de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 270, de 11 de noviembre de 2006, pp. 39503 a 39505. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-19626>

Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays M, International Healthcare Comparisons Network. Capacity planning in health care. A review of the international experience. Policy Brief. Bruselas: WHO European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [sede Web]. Madrid: Gobierno de España; s.d. Centros, Servicios y Unidades de Referencia en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/home.htm>

Haven [sede Web]. Boston: Haven; 2019. [acceso 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://havenhealthcare.com/>

INAMI. Institut national d'assurance maladie-invalidité [sede Web]. Bruselas: INAMI; s.d. [actualizada el 22 de noviembre de 2019; acceso 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.inami.fgov.be/>

Longo F. Introducción. Los directivos públicos ante los retos de la gobernanza contemporánea. En: Longo F, Ysa T, editores: Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya; 2008. p 15-35.

Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gac Sanit. 2011;25:333-8.

Ministère des Affaires Sociales, de la santé. Groupement hospitalier de territoire (GHT) : Mode d'emploi, 15 points clés. París: Ministère des Affaires Sociales, de la santé ; 2016. Disponible en : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum-2.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé [sede Web]*. París : Ministère des Solidarités et de la Santé ; s.d. [acceso 2 de enero de 2020]. Ma Santé 2022 – Un engagement collectif. Disponible en : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Ministère des Solidarités et de la Santé [sede Web]. París: Ministère des Solidarités et de la Santé; s.d. [acceso 2 de enero de 2020]. Les GHT par région. Disponible en: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>

Or Z, Renaud T. Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France? Questions d'Economie de la santé 2009, 149. Disponible en: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes149.pdf>

Padrosa JM, Guarga À, Brosa F, Jiménez J, Robert R. La transformación del modelo asistencial en Cataluña para mejorar la calidad de la atención. *Med Clin (Barc)*. 2015 Nov;145 Suppl 1:13-9.

Pérez-Romero C, Ortega-Díaz M.I, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gac Sanit*. 2019; 33 (4) : pp 325-332

Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blümel M et al. Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons for The United States. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):713-23

Reinhard B, Geissler A, Quentin W, Wiley M. (ed). *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. New York: Open University Press; 2011

Safon MO. *Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires*. Paris: IRDES ; 2019. Disponible en : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

Saltman RB, Durán A, Dubois HFW (ed). *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies; 2011

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Loi modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux. *Moniteur Belge*. Núm.20190407, 28 de marzo de 2019. Disponible en: http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2019/03/28_1.pdf#Page13

Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer. *Health Services Research (HSR)*. Bruselas: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports 219

Tan SS, Geissler A, Serdén L, Heurgren M, van Ineveld BM, Redekop WK, Hakkaart-van Roijen L; EuroDRG group. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries, *Eur J Public Health*. 2014 Dec;24(6):1023-8

Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. *Health Services Research (HSR)*. Bruselas: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. KCE Reports 289

Madrid
Paseo de la Castellana, 123
28046 Madrid
Tel.: +34 91 781 06 66
Fax.: +34 91 781 06 67

Barcelona
Plaza Urquinaona, 6, 10ª A
08010 Barcelona
Tel. (+34) 93 241 89 50
Fax (+34) 93 209 95 67

www.antares-consulting.com

 Antares Consulting  @AntaresConsult

ANTARES
consulting 