

INFORME 5/2025

SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS PRESTADOS POR LOS CENTROS DEL SISCAT POR CUENTA DEL CATSALUT EJERCICIO 2022

INFORME 5/2025

**SISTEMA DE
CONTRAPRESTACIÓN
DE LOS SERVICIOS
DE ATENCIÓN HOSPITALARIA
Y ESPECIALIZADA
DE AGUDOS
PRESTADOS POR
LOS CENTROS DEL SISCAT
POR CUENTA DEL CATSALUT
EJERCICIO 2022**

Edición: diciembre de 2025

Documento electrónico etiquetado para personas con discapacidad visual

Páginas en blanco insertadas para facilitar la impresión a doble cara

Autor y editor:

Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Vía Laietana, 60
08003 Barcelona
Tel. +34 93 270 11 61
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Publicación sujeta a depósito legal de acuerdo con lo previsto en el Real decreto 635/2015, de 10 de julio

ÍNDICE

ABREVIACIONES.....	8
ACLARACIÓN SOBRE REDONDEOS	8
RESUMEN EJECUTIVO.....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. ANTECEDENTES	13
1.2. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS EN CATALUÑA.....	22
1.3. MARCO NORMATIVO.....	33
1.4. ENTIDAD FISCALIZADA.....	35
2. ALCANCE Y METODOLOGÍA	37
2.1. OBJETO Y ALCANCE	37
2.2. METODOLOGÍA	38
3. CONCLUSIONES	38
4. RECOMENDACIONES	49
5. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN.....	54
5.1. ¿EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS ES ADECUADO PARA PROMOVER LAS DIRETRICES Y OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE SALUD DE CATALUÑA?.....	54
5.1.1. ¿Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la fijación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son coherentes con el Plan de salud de Cataluña?.....	54
5.1.2. ¿Los objetivos del pago por resultados están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña?	58
5.1.3. ¿La relación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarca adecuadamente en los objetivos estratégicos establecidos por el Departamento de Salud?	60
5.2. ¿LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS CON LOS DIFERENTES PROVEEDORES SE AJUSTA A LA NORMATIVA Y A CRITERIOS OBJETIVOS, UNIFORMES Y QUE RESPETEN EL PRINCIPIO DE ECONOMÍA?.....	62

5.2.1. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por cuenta del CatSalut se articuló de acuerdo con lo establecido en la normativa?	62
5.2.2. ¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas responde a un criterio objetivo y uniforme?	66
5.2.3. ¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas garantiza el menor coste posible para el CatSalut de acuerdo con el sistema de contraprestación vigente?	69
5.2.4. ¿Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se asignaron entre los diferentes proveedores concertados utilizando criterios objetivos que garantizaran su idoneidad?	74
5.3. ¿LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS COMPENSA ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LOS PROVEEDORES?	76
5.3.1. ¿El sistema de determinación del nivel de estructura refleja de manera apropiada las diferencias estructurales entre los proveedores?	76
5.3.2. ¿El cálculo de los indicadores de complejidad refleja de forma adecuada la casuística atendida por los proveedores?	78
5.3.3. ¿El sistema de contraprestación de las urgencias compensa adecuadamente las urgencias atendidas por los proveedores?	83
5.3.4. ¿El CatSalut dispone de informes económicos que justifiquen los precios fijados como contraprestación por los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?	88
5.4. ¿LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE PAGO DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES ECONÓMICAS Y FINANCIERAS DE LOS PROVEEDORES DERIVADAS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS?	93
5.4.1. ¿La facturación y la regularización de la actividad hospitalaria y especializada de agudos se han hecho de acuerdo con lo que prevé la resolución de aplicación del sistema de pago?	93
5.4.2. ¿La aplicación del sistema de pago ha permitido dotar a las entidades proveedoras concertadas de una financiación adecuada para la prestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?	94
5.4.3. ¿El CatSalut financió servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por vías diferentes a los precios fijados en el marco del sistema de contraprestación ordinario?	96
5.5. ¿EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS ESTÁ LOGRANDO LOS RESULTADOS QUE PERSIGUE EL CATSALUT?	100

5.5.1.	¿Los incentivos económicos establecidos en el sistema de determinación de precios han producido los efectos esperados, de modo que quede justificada su aplicación?.....	100
5.5.2.	¿En qué medida la contraprestación por resultados ha mejorado la calidad y eficiencia de la prestación de servicios?	111
5.5.3.	¿Se están logrando mejoras en cuanto a la calidad de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos, su accesibilidad y eficiencia en su prestación?	113
6.	ANEXOS.....	117
6.1.	ANEXO 1. TEORÍA DEL CAMBIO	117
6.2.	ANEXO 2. OBJETIVOS, SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	118
6.3.	ANEXO 3. PARÁMETROS Y PRECIOS DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA ESPECIALIZADA	121
6.3.1.	Parámetros del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos	121
6.3.2.	Precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada	123
6.3.3.	Importes asignados para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos	130
6.4.	ANEXO 4. MUESTRA DE SERVICIOS, DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE RECONOCIDA NECESIDAD	134
6.5.	ANEXO 5. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	136
7.	TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	137
7.1.	ALEGACIONES RECIBIDAS	138
7.2.	TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES.....	168
	APROBACIÓN DEL INFORME	168

ABREVIACIONES

CatSalut	Servicio Catalán de la Salud
CMA	Cirugía menor ambulatoria
CMBD-HA	Conjunto mínimo básico de datos de hospitales de agudos
CMBD-UR	Conjunto mínimo básico de datos de urgencias
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico
ICO	Instituto Catalán de Oncología
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IRR	Intensidad relativa de recursos
IRU	Índice relativo de urgencias
LOSC	Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña
M€	Millones de euros
SISCAT	Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña
URG	<i>Urgency related groups</i>

ACLARACIÓN SOBRE REDONDEOS

Los importes monetarios que se presentan en los cuadros de este informe se han redondeado de forma individualizada, lo que puede producir diferencias entre la suma de las cifras parciales y los totales de los cuadros.

RESUMEN EJECUTIVO

Los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son servicios asistenciales que forman parte de la cartera común y de la cartera complementaria de servicios asistenciales. Están cubiertos totalmente por financiación pública: intervenciones quirúrgicas con o sin ingreso, consultas externas, urgencias, hospital de día, tratamientos, pruebas diagnósticas, técnicas, tecnologías y procedimientos.

El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) compra los servicios sanitarios a las entidades proveedoras que gestionan los hospitales integrados en la red pública, que son los que prestan los servicios de atención hospitalaria y especializada de cobertura pública a la ciudadanía.

En 2022 el gasto presupuestario del CatSalut por la provisión de la atención hospitalaria y especializada de agudos fue el 54,20% del gasto de la asistencia sanitaria (sin considerar el gasto por la COVID-19), lo que representó un gasto por habitante de 670,51 €. Con estos recursos, los hospitales de la red pública realizaron 854.452 altas, 770.329 pruebas diagnósticas, 1.346 trasplantes y 1.179.866 sesiones de hospitales de día por cuenta del CatSalut.

Estos aspectos motivaron la decisión de la Sindicatura de evaluar el sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por los centros del SISCAT, con el último propósito de evaluar si se ajusta a los objetivos asistenciales establecidos por el CatSalut de acuerdo con los criterios de eficacia, eficiencia y economía. El trabajo ha incorporado también una perspectiva evaluadora, por lo que se han considerado aspectos de pertinencia, coherencia y utilidad del instrumento de política pública objeto de fiscalización.

El informe ha tenido en consideración la visión de las partes interesadas en relación con el instrumento de política pública analizado. Concretamente, la Sindicatura ha mantenido entrevistas con las entidades patronales del sector sanitario concertado: la Unión Catalana de Hospitales y el Consorcio de Salud y Social de Cataluña. Los resultados de la auditoría han sido compartidos con ellas e incluyen sus consideraciones en la medida que revisten relevancia en el trabajo.

El objetivo de la auditoría operativa se ha articulado mediante la definición de 5 objetivos principales, que comprenden todos los aspectos evaluados y que se sitúan en la esfera de los ámbitos de la planificación estratégica, la contratación de los servicios con las entidades proveedoras, la adecuación de la contraprestación por los servicios prestados y la evaluación de los resultados e impactos logrados. Las conclusiones más relevantes para cada uno de los criterios de auditoría analizados se resumen a continuación:

- Pertinencia de los objetivos de la intervención
 - Se observa falta de coherencia entre los objetivos que persigue el sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos y las directrices y los objetivos definidos en el Plan de salud.
 - El CatSalut no ha justificado que algunos servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad deriven de un plan de salud o de otros criterios de política sanitaria, ni el motivo por el que estas acciones sanitarias se asignaron a determinadas entidades ni los criterios utilizados para fijar su cuantía.
 - La asignación de la contraprestación fija para las consultas externas y los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad presenta elementos de discrecionalidad que no garantizan el respeto a los principios preceptivos de legalidad, transparencia y de interés general.
- Economía
 - La forma en que se establecen los convenios entre el CatSalut y las entidades proveedoras concertadas, agrupando varios centros hospitalarios en un solo convenio, no responde a criterios objetivos o uniformes, ni tampoco responde al principio de economía en la adquisición de los servicios para la ciudadanía, puesto que con el sistema de contraprestación vigente estos servicios podrían adquirirse a un precio más bajo.
 - En la evaluación de los convenios, la Sindicatura ha constatado igualmente problemas graves de incumplimiento de la legalidad. Por un lado, la prestación de servicios por parte del Instituto Catalán de la Salud por cuenta del CatSalut no se realiza al amparo del correspondiente contrato programa, instrumento previsto en la legislación a tal efecto. Por otro, la firma de las cláusulas adicionales a los convenios suscritos entre el CatSalut y las entidades del sector concertado se hace de manera extemporánea, lo que las convierte en actos nulos de pleno derecho.
- Eficacia
 - La Sindicatura ha podido evaluar el impacto de las medidas para fomentar la actividad quirúrgica y penalizar los reingresos en los hospitales catalanes establecidas con el sistema de contraprestación. En el caso del fomento de la actividad quirúrgica, el incentivo introducido ha sido eficaz, mientras que, en el caso de los reingresos hospitalarios, la penalización establecida no ha resultado efectiva.
 - Se ha constatado que la introducción del incentivo para fomentar la hospitalización domiciliaria que evita el internamiento en un centro hospitalario ha ido acompañada de notables incrementos en este tipo de actividad.

- Análogamente, el incentivo financiero para el fomentar la sustitución de la cirugía convencional por cirugía sin estancia en el hospital ha ido acompañado de una mayor implantación de la cirugía ambulatoria. Sin embargo, la Sindicatura ha constatado que, para determinados tipos de cirugía, la sustitución ha alcanzado los máximos objetivos posibles y, por tanto, el incentivo financiero para fomentarla ya no resulta eficaz.
- La aplicación del sistema de contraprestación se manifiesta ineficaz a la hora de compensar adecuadamente algunos elementos propios de los centros proveedores, como la estructura, la casuística dada o la atención urgente. Además, no se ha acreditado en todos los casos que los precios aplicados por el CatSalut cubran las estructuras de costes inherentes a los servicios prestados por los proveedores.
- La aplicación del sistema de pago de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos no ha sido eficaz a la hora de dotar a las entidades proveedoras de financiación adecuada en tiempo y cuantía.
- Eficiencia
 - La virtual imposibilidad de mejorar las tasas de sustitución de la cirugía convencional por cirugía sin ingreso a través del incentivo financiero aplicado por el CatSalut conlleva un uso ineficiente de los recursos públicos destinados a la atención hospitalaria.
- Coherencia externa con otras intervenciones
 - El sistema de contraprestación de las urgencias hospitalarias presenta distorsiones que podrían dar lugar a incentivos no intencionados contrarios a algunas de las orientaciones de política sanitaria vigentes en Cataluña en materia de atención urgente, lo que evidenciaría problemas de coherencia externa del sistema de pago.
 - La falta de confluencia del sistema de pago vigente con otras políticas de financiación del CatSalut, articuladas mediante la concesión de subvenciones finalistas a las entidades proveedoras del SISCAT, podría incurrir en un riesgo de sobrefinanciación de los activos que adquieren estas entidades.
- Utilidad
 - En términos de utilidad para la ciudadanía, se observan mejoras modestas en cuanto a la calidad, accesibilidad y eficiencia en la prestación de los servicios, derivadas del sistema de contraprestación vigente.

Por lo tanto, los hechos observados no permiten garantizar un marco de actuación que responda de manera efectiva a los principios de eficacia, eficiencia y economía. En cuanto al enfoque evaluador de la política, se han observado aspectos que debilitan los criterios de pertinencia, utilidad y coherencia interna y externa en la intervención pública analizada.

La Sindicatura ha propuesto recomendaciones de mejora en todas las dimensiones analizadas. En este sentido y ante la falta de formalización del contrato programa entre el CatSalut y el ICS, se recomienda a la Administración de la Generalidad que los proyectos normativos se sometan a una evaluación de impacto normativo *ex post*. Asimismo, conviene que el CatSalut suscriba las cláusulas anuales con los centros proveedores antes de iniciar la actividad como regla general.

1. INTRODUCCIÓN

La Sindicatura de Cuentas, como órgano fiscalizador del sector público de Cataluña, de acuerdo con la normativa vigente y en cumplimiento de su Programa anual de actividades, ha elaborado el informe de fiscalización operativa sobre el sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por los centros integrados en el SISCAT por cuenta del CatSalut, correspondiente al año 2022.

1.1. ANTECEDENTES

El sistema público de atención a la salud en Cataluña presenta ciertas características particulares que conviene tener presentes para una adecuada comprensión del objeto de este informe. La configuración institucional y el modelo de gobernanza de la sanidad catalana son fruto de unas voluntades políticas condicionadas por sus antecedentes históricos, que han determinado su posterior evolución. Asimismo, el sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria no es ajeno a los principios en que se fundamentan los modelos de pago que se aplican en todo el mundo. En este apartado se sintetizan brevemente todos estos elementos.

La atención hospitalaria en el modelo sanitario catalán

El origen del modelo sanitario catalán, tal y como lo conocemos hoy, se remonta a los primeros años de la década de 1980, momento en que se hacen los primeros pasos en el despliegue del Estatuto de autonomía en materia de sanidad. El traspaso de los servicios asistenciales de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña viene precedido por la elaboración del primer mapa sanitario de Cataluña, que especifica las necesidades del territorio en materia de recursos asistenciales. En un contexto en el que ya se reconocía constitucionalmente el derecho a la salud, este mapa puso de manifiesto que los equipamientos cedidos por la Administración del Estado, concentrados en las áreas más densamente pobladas, eran insuficientes para una adecuada cobertura de las necesidades poblacionales. Asimismo, se constató la existencia de un conjunto de hospitales con una localización más repartida por el territorio, mayoritariamente sin ánimo de lucro, y de titularidad diversa, cuyo aprovechamiento permitiría disponer de un mayor número de camas en el ámbito sanitario público.¹

1. Bustins, M. y Salvador, X. (2009). Model sanitari català. Característiques. Dentro de F. Brosa y E. Agustí (dir.) y X. Salvador (coord.), *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur* (p. 13-28). Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. La titularidad de dichos hospitales incluía instituciones como Cruz Roja, la Iglesia católica, entidades mutualistas o ayuntamientos, mayoritariamente sin ánimo de lucro.

En este hecho radica una primera singularidad del modelo sanitario catalán: la necesidad de concertar la prestación de servicios con hospitales cuya titularidad no corresponde a la autoridad sanitaria, si se quieren aprovechar todos los recursos asistenciales existentes. El consenso político en el momento de la gestación del modelo sanitario condujo a la incorporación de estos hospitales a una red de nueva creación denominada red hospitalaria de utilización pública (XHUP). Esta red incorporó también los 8 hospitales incluidos en los recursos y servicios de la Seguridad Social traspasados a la Generalidad, cuya gestión se encargó al Instituto Catalán de la Salud (ICS), ente autonómico creado a tal efecto.² Así, se puso en marcha una red de centros en los que, con independencia de su titularidad (pública o privada) o de su adscripción formal a la administración competente, se llevaría a cabo la asistencia hospitalaria de cobertura pública. El aprovechamiento de los recursos hospitalarios existentes que suponía la nueva red permitió que la administración catalana evitara el esfuerzo inversor —a su vez innecesario— que habría implicado la construcción de nuevos equipamientos, pero a la vez hizo posible el aprovechamiento para la sanidad pública de la experiencia asistencial y la fuerte implantación territorial con la que contaban las diferentes entidades que se incorporaron.

El despliegue del primer mapa sanitario previó también la apertura de 3 equipamientos hospitalarios heredados del régimen anterior pero que no habían llegado a ponerse en funcionamiento.³ En vez de encargar su gestión al Instituto Catalán de la Salud (ente adscrito a la autoridad sanitaria), se optó en este caso por la fórmula jurídica del consorcio, en un paso adelante hacia la consolidación de un modelo de gobernanza que hacía partícipes de la gestión de los centros hospitalarios tanto a las administraciones locales como a ciertas entidades privadas sin ánimo de lucro con una larga tradición asistencial y una estrecha vinculación en el territorio. La fórmula del consorcio participado por la Generalidad y otros entes públicos o privados se extendió posteriormente en la gestión de equipamientos que, para construirse o modernizarse, requerían inversiones del Gobierno catalán.

La presencia de entidades de diversa naturaleza en la provisión de servicios sanitarios públicos tiene dos implicaciones destacadas. Por un lado, requiere establecer estándares estructurales y de calidad, que deben verificarse mediante la acreditación del centro. Por otro lado, implica la necesidad de establecer conciertos, acuerdos o convenios entre la administración

2. En su denominación actual, los hospitales gestionados por el ICS son el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, el Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta, el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, el Hospital Universitario Vall d'Hebron, el Hospital Universitario de Bellvitge o el Hospital de Viladecans.

3. Se trata de los actuales Hospital Universitario de Vic, Hospital de Sabadell (Parque Taulí) y Hospital de Terrassa. Véase Pozo, A., y Planas, I. (2010). *Orígens i evolució de les entitats que integren la xarxa d'empreses públiques i consorcis*. Dentro de I. Planas (dir.) y A. Pozo (coord.), *Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut* (p. 81-111). Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.

competente y las entidades que no dependen directamente de ella. Esta última tarea la asumió inicialmente el ICS.⁴

La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990 sentó las bases del modelo sanitario catalán, consolidando el modelo de prestación de atención hospitalaria que se había ido configurando durante la década precedente. En este sentido, el marco institucional que diseña la ley establece la separación de funciones de financiación y compra, por un lado, y de provisión, por otro. El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), entidad creada en el marco de la propia ley, asume, entre otras atribuciones, las funciones de financiador y comprador de servicios sanitarios, lo que permite que el ICS se convierta exclusivamente un proveedor de dichos servicios, y que junto con el resto de los proveedores de diversa naturaleza asuma la función de provisión sanitaria.

Más allá de la extensión de la fórmula del consorcio, ya bajo el amparo de la LOSC, el traspaso a la Administración de la Generalidad de los recursos asistenciales procedentes de las diputaciones de Girona, Lleida y Tarragona propició que se optara por la fórmula jurídica de la empresa pública para avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial en la prestación de servicios.⁵ La fórmula elegida profundiza igualmente en dicha separación de funciones, con la creación de entes que, a pesar de estar participados íntegramente por la Generalidad y adscritos al CatSalut, tienen personalidad jurídica diferenciada. La misma forma jurídica se utilizó más adelante en la creación del Instituto Catalán de Oncología (ICO). Las empresas públicas y los consorcios –conocidos conjuntamente como EPIC– tienen la característica común de ser entidades participadas por el CatSalut o que están adscritas a él.

Las EPIC forman, junto con las entidades proveedoras desvinculadas de la autoridad sanitaria, el llamado *sector de entidades concertadas*, denominación con la que comúnmente se le distingue del conjunto de proveedores gestionados por el ICS. Todos ellos se incluyen, sin embargo, en el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), que integra, además de la antigua XHUP, los demás centros de internamiento y el resto de redes de dispositivos de utilización pública (de ámbito comunitario y de transporte sanitario), así como proveedores potenciales de otros servicios, en una concepción integrada de redes que profundiza en uno de los principios inspiradores de la LOSC: la concepción integral e integrada del sistema sanitario en Cataluña.

Una forma jurídica singular completa el mapa de entidades proveedoras de servicios sanitarios integrados en el SISCAT: la Agrupación europea de cooperación territorial (AECT), figura prevista en el derecho comunitario con el fin de facilitar la cooperación transfronteriza, transnacional e interregional en la Unión Europea, y que permite a las autoridades regionales y locales –o nacionales según el caso– de diferentes países miembros a establecer agrupa-

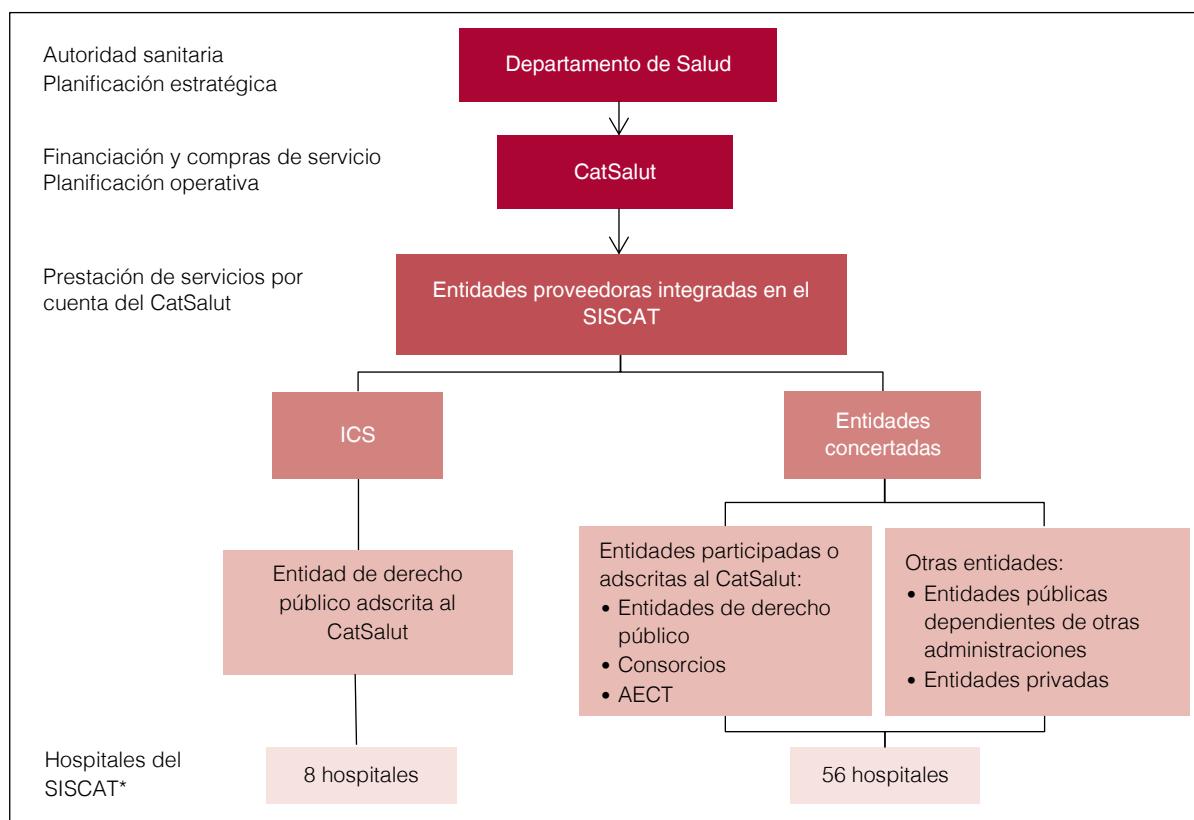
4. Tal y como se estableció en la Ley 12/1983, de 14 de julio.

5. Pozo, A., y Planas, I. (2010). *Orígens i evolució de les entitats que integren la xarxa d'empreses públiques i consorcis*.

ciones con personalidad jurídica para la prestación conjunta de servicios.⁶ Esta fórmula es la empleada para la gestión del Hospital de La Cerdanya, de carácter transfronterizo, creado en el año 2014.

La figura 1 sintetiza las ideas que se han expuesto hasta aquí relativas a la provisión de servicios de atención hospitalaria y especializada en Cataluña. La compra de servicios que efectúa el CatSalut a los diferentes proveedores hospitalarios del SISCAT sigue las directrices estratégicas formuladas en el nivel de la autoridad sanitaria (Departamento de Salud). Si bien la LOSC prevé amplias funciones para el CatSalut, incluyendo la planificadora, el Departamento de Salud ha ido reforzando su papel de planificador estratégico y ha dejado para el CatSalut la planificación operativa.⁷ La responsabilidad en la planificación estratégica recae actualmente sobre la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, y se instrumenta fundamentalmente mediante el Plan de salud de Cataluña, así como de los planes directores y del Mapa sanitario.

Figura 1. El modelo de provisión de servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos en Cataluña



Fuente: Elaboración propia.

* Número de hospitales del SISCAT de acuerdo con la memoria del CatSalut del ejercicio 2022.

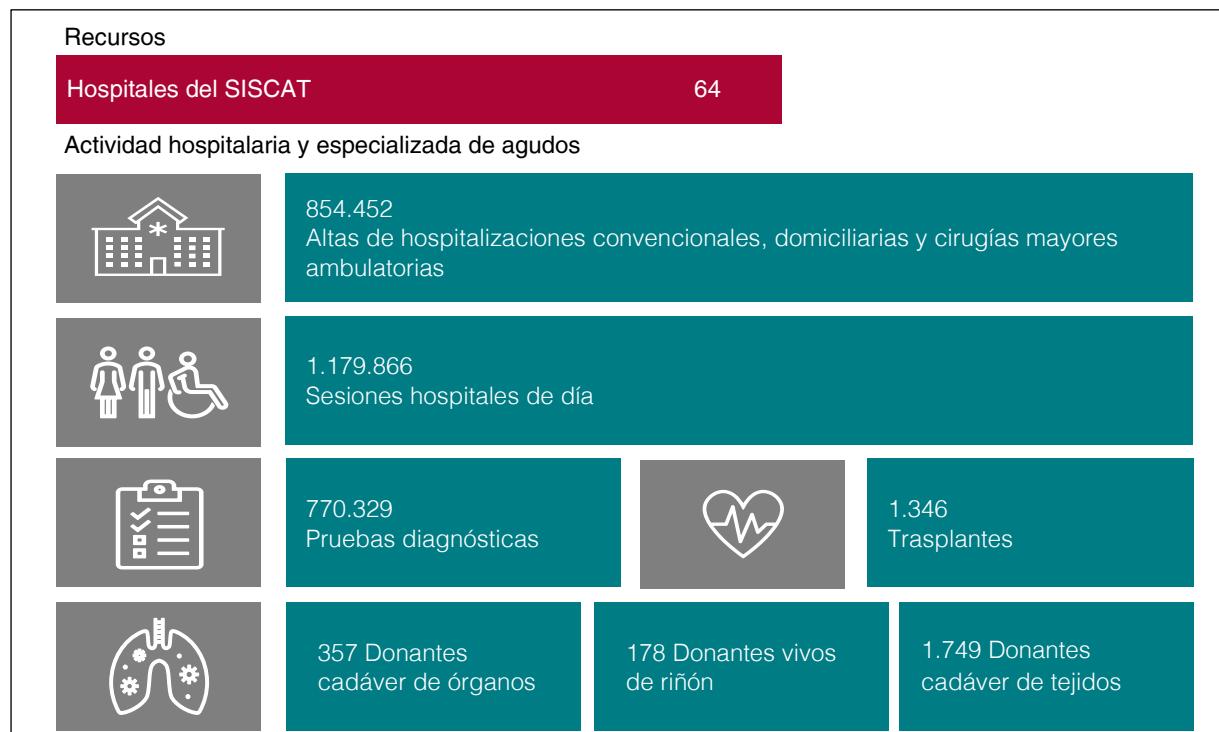
6. Reglamento (CE) núm. 1082/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, sobre la Agrupación europea de cooperación territorial (AECT).

7. De la Puente, M. L., y Gomariz, R. (2004). El Sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.

De hecho, a partir de la amplia concepción que se hace en la LOSC, el CatSalut ha ido evolucionando hasta centrarse en su papel de aseguradora pública de salud, como ente garante de la protección de la salud en Cataluña. En este sentido, dicha protección se puede entender en términos de un esquema de aseguramiento convencional.⁸ Así, el Departamento de Salud actuaría como tomador del seguro, escogiendo la cobertura (cartera de servicios) y asumiendo su prima (presupuesto), mientras que el CatSalut tomaría el papel de aseguradora, garantizando la cobertura y gestionando la prima (recursos asignados a través del presupuesto). Todo ello orientado, lógicamente, a posibilitar el acceso a la cobertura sanitaria de la ciudadanía, que en este esquema constituye el conjunto de personas aseguradas.

La ciudadanía accede a la cobertura de salud mediante las entidades proveedoras, que se encargan de la provisión de servicios sanitarios. La figura 2 recoge algunos de los datos básicos de actividad en el ámbito de la atención hospitalaria y especializada de agudos en Cataluña, correspondientes al año 2022.

Figura 2. Recursos y actividad. Ejercicio 2022



Fuente: Memoria del CatSalut del ejercicio 2022.

La realización de toda esta actividad hospitalaria siguiendo un esquema de separación de funciones de compra y provisión pública implica la necesidad de establecer un sistema de pago para hacer efectiva la contraprestación. El sistema de contraprestación de los servicios

8. Ibídem.

prestados por las entidades concertadas vigente actualmente está regulado a través de un decreto. Antes de entrar en el detalle de este sistema de contraprestación, es conveniente revisar algunos elementos comunes en los sistemas de pago de los servicios sanitarios, particularmente en lo referente a la atención hospitalaria.

Los sistemas de pago en la atención hospitalaria y especializada

Todo sistema de pago en el ámbito de la salud persigue establecer una remuneración por los servicios prestados por los proveedores sanitarios, para compensarlos por la actividad realizada. Más allá de ello, en el terreno particular de la sanidad pública el sistema de contraprestación se convierte en un instrumento de política sanitaria, ya que determinados mecanismos de pago pueden contribuir a lograr ciertos objetivos establecidos por los responsables de la política. En un sentido amplio, y teniendo en cuenta el carácter universal del sistema de salud catalán, estos objetivos se podrían asociar a la garantía de la accesibilidad de la atención sanitaria, la calidad de los servicios sanitarios y la eficiencia en su prestación, dada la limitación de recursos del sector público.

En este sentido, es especialmente relevante el sistema de pago que se establezca en el ámbito de la atención hospitalaria y especializada de agudos, dada su importancia relativa en el gasto derivado de la actividad sanitaria, también en Cataluña (figura 3). Globalmente, el volumen de recursos públicos que el CatSalut destina a los diferentes niveles asistenciales⁹ para la prestación de servicios sanitarios –1.237,23 € por persona asegurada en 2022– hace que la determinación de la contraprestación a los proveedores se convierta en crucial, tanto en el ámbito de la atención hospitalaria como en su interacción con los demás niveles asistenciales.

9. Habitualmente se distinguen 3 niveles asistenciales: la atención primaria (comunitaria), la atención hospitalaria y especializada (ambulatoria o con internamiento) y la atención intermedia (larga estancia y atención a la cronicidad).

Figura 3. Obligaciones reconocidas en el presupuesto 2022 del CatSalut

Gasto de atención hospitalaria de agudos (a) 5.226,44 M€	Gasto del resto de actividad sanitaria ordinaria (b) 4.417,49 M€	Gasto de la actividad sanitaria ordinaria 9.643, 93 M€
Gasto de atención hospitalaria de agudos por habitante 670,51 €	Gasto del resto de actividad sanitaria ordinaria por habitante 566,73 €	Gasto de la actividad sanitaria ordinaria por habitante 237,23 €

Fuente: Elaboración propia a partir del presupuesto del CatSalut del ejercicio 2022 y del Registro central de personas aseguradas del CatSalut.

Notas:

Habitantes según el Registro central de personas aseguradas.

- (a) Obligaciones reconocidas en el presupuesto de 2022 del CatSalut de la atención hospitalaria de agudos: incluye la actividad de hospitalización, urgencias, técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, consultas externas, prótesis y servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad. No incluye el gasto sanitario de la COVID-19 ni las actuaciones sanitarias financiadas con fondos de otras administraciones.
- (b) Obligaciones reconocidas en el presupuesto de 2022 del CatSalut de la atención primaria, atención socio-sanitaria, salud mental, insuficiencia renal, rehabilitación, transporte sanitario y emergencias médicas, oxigenoterapia, medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y otros servicios de atención especializada. No incluye el gasto sanitario de la COVID-19 ni las actuaciones sanitarias financiadas con fondos de otras administraciones.

Algunos elementos permiten identificar diferentes formas de pago que se utilizan habitualmente en la contraprestación de los servicios sanitarios. En particular, hay 3 elementos básicos en la configuración de un mecanismo de pago en el ámbito sanitario: lo que se paga, la naturaleza del importe total a percibir y el momento en que se determina este importe.

El primer elemento se refiere al concepto o actividad que es objeto de contraprestación. Según lo que se remunere, se pueden distinguir diferentes tipos de pago:¹⁰

- *Pago por presupuesto*; en este caso se retribuye la actividad asistencial en bloque, por lo que la cuantía percibida es independiente de la cantidad de asistencia sanitaria realizada.
- *Pago por acto*; el proveedor es remunerado por cada acto asistencial que ha realizado, ya sea una visita o una estancia hospitalaria.
- *Pago por caso*; se paga al proveedor por el número de casos atendidos, ajustando la cuantía a percibir según el grado de complejidad de los pacientes.
- *Pago por capitación*; el proveedor recibe una cantidad fijada por cada persona asegurada que queda a su cargo.

10. Agustí, E., y Salvador, X. (2009). Sistemes de pagament. Bases teòriques. Dentro de F. Brosa y E. Agustí (dir.) y X. Salvador (coord.), *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur* (p. 29-43). Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.

Tanto el pago por acto como el pago por caso requieren el establecimiento de un precio unitario a partir del cual poder calcular la cuantía monetaria total a percibir, precio que generalmente se relaciona con los costes unitarios. En el caso del pago por capitación, la cuantía fijada por cada persona se denomina *cápita* y puede ajustarse según la predisposición al uso de recursos asistenciales por parte de los asegurados.

Existen 2 tipos de contraprestación adicionales, de acuerdo con el concepto retribuido, que han ganado relevancia últimamente:

- *Pago o contraprestación por resultados*; se remunera el logro de determinados estándares de calidad asistencial o del proceso asistencial, o determinados resultados medibles en términos de ganancias en salud.
- *Pago por proceso clínico (episodio)*; en este caso, se paga una cuantía fijada como contraprestación por el conjunto de actuaciones relativas al tratamiento de un mismo episodio clínico.

Según la naturaleza del importe a percibir se puede distinguir entre pago fijo y pago variable. Un pago fijo es independiente del volumen de actividad, por lo que el proveedor percibe una cuantía determinada, sea cual sea el número de pacientes atendidos. En cambio, si el pago es variable, la cuantía que percibirá el proveedor dependerá de su volumen de actividad. De los tipos de pago examinados más arriba, el pago por presupuesto y el pago por capitación son pagos fijos, mientras que los pagos por acto o por caso son variables por definición. La contraprestación por resultados es un pago variable en relación con el logro de los resultados establecidos, mientras que el pago por proceso clínico es igualmente variable en relación con el número de episodios.

Finalmente, según el momento en que se determina el importe a cobrar, se distingue entre pago prospectivo y pago retrospectivo.¹¹ Si el pago es prospectivo, la cuantía total a percibir se determina *ex ante*, es decir, antes de que tenga lugar la actividad asistencial. En cambio, cuando el pago es retrospectivo la cuantía total a percibir se determina *ex post*, esto es, después de que se haya producido la actividad asistencial objeto de pago. El pago prospectivo se asocia generalmente a los modelos de pago fijo (presupuesto y capitación), mientras que el pago retrospectivo se asocia a los modelos de pago variable.

En un modelo de pago prospectivo *puro*, el proveedor recibe una cantidad de dinero que queda determinada antes de conocer el volumen real de actividad que deberá atender o los costes que se derivarán. En el caso de un modelo de pago retrospectivo puro, el proveedor será reembolsado por todos los actos asistenciales realizados o todos los casos atendidos, de acuerdo con los costes soportados –de ahí que este modelo se conozca también como *reembolso de costes*. Estos 2 modelos puros pueden interpretarse como polos extremos en relación con los riesgos que asume cada una de las partes: en un pago estrictamente pros-

11. Ibídem.

pectivo, el riesgo de una elevada demanda sanitaria se traspasa del comprador al proveedor, mientras que en el modelo prospectivo puro este riesgo es asumido por el comprador.

El modelo prospectivo puro supone fuertes incentivos para la reducción de costes por parte de los proveedores.¹² En cambio, el pago retrospectivo puro no proporciona incentivo alguno a la reducción de los costes; por el contrario, puede comportar que ciertos proveedores exageren arbitrariamente sus costes para obtener rentas adicionales, o bien apliquen procedimientos o presten servicios médicaamente innecesarios y aumenten así el coste para el comprador. En el caso de un comprador público, que generalmente está sometido a limitaciones presupuestarias estrictas, el pago retrospectivo presenta el inconveniente adicional de que no permite anticipar el gasto total, que es virtualmente ilimitado, en la medida en que depende del volumen total de actividad que realice el proveedor. De ahí que en el caso de la compra de servicios sanitarios por parte de un comprador público no sea habitual el pago retrospectivo y se opte ampliamente por el pago prospectivo.

Sin embargo, los modelos de pago prospectivo no están exentos de limitaciones para el comprador. En particular, pueden comportar que el proveedor realice un volumen de actividad sanitaria inferior al que el comprador desearía: si el pago es fijo, cualquier reducción en la actividad supondrá una ganancia para el proveedor. Del mismo modo, en el intento por contener los costes, los proveedores podrían reducir la calidad asistencial. Como consecuencia de todo ello, podrían incrementarse las listas de espera o empeorar la calidad en la sanidad pública.

En suma, ninguno de los 2 modelos planteados es completamente satisfactorio: el modelo prospectivo puro permite la contención de costes a expensas de una limitación en la actividad, mientras que el modelo retrospectivo puro permite alcanzar mayores cotas de actividad a costa de un gasto ilimitado.

La solución a la disyuntiva planteada pasa por algún punto intermedio entre el pago prospectivo puro y el pago retrospectivo puro. Así, el pago prospectivo puede incluir ajustes de carácter retrospectivo, pueden combinarse pagos con elementos fijos y variables o es posible, incluso, formular pagos de naturaleza variable con limitaciones prospectivas.

Como nota adicional, cabe destacar que las distintas formas de contraprestación no son mutuamente excluyentes. Puede resultar más adecuado utilizar unas u otras en función del nivel asistencial, del tipo de actividad de que se trate o de la disponibilidad de información. Se puede afirmar, igualmente, que ninguna forma de pago es estrictamente mejor que las demás. La elección de una u otra dependerá de los objetivos que se persigan. En cualquier caso, el comprador público debe tener en cuenta las implicaciones que las diferentes formas

12. Chalkley, M., y Malcomson, J. (2000). Government purchasing of health services. Dentro de A. Culyer y J. Newhouse (ed.), *Handbook of Health economics*. Volumen 1, parte A, p. 847-890. Elsevier.

de contraprestación pueden tener en lo que respecta a la actuación de los proveedores sanitarios.

La teoría del cambio

En el anexo 1 de este informe se adjunta una representación esquemática del funcionamiento básico de la intervención pública en cuanto al sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos prestada por las entidades proveedoras por cuenta del CatSalut. Este modelo, conocido en el campo de la evaluación de políticas públicas como “teoría del cambio”, permite establecer los fundamentos lógicos de la política en cuestión y la cadena causal de eventos conducente a sus impactos esperados, así como las hipótesis que la sustentan.

En el caso que nos ocupa, y de manera sucinta, el sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos responde a la necesidad de remunerar los servicios de atención hospitalaria que prestan las entidades proveedoras por cuenta del CatSalut. Esta remuneración debe situarse en un marco en el que el CatSalut, siguiendo las directrices estratégicas del Departamento de Salud, logre una compensación adecuada de los servicios de atención hospitalaria prestados por las entidades proveedoras y una actuación de estos proveedores alineada con sus objetivos, lo que tendrá, en último término, un impacto positivo en la calidad, accesibilidad y eficiencia en el ámbito sanitario. El modelo pone de relieve las 3 dimensiones de esta fiscalización: los recursos empleados y su coste (economía), la relación entre los recursos y los resultados obtenidos (eficiencia), y el logro de los resultados esperados (eficacia).

Estructura del informe

Seguidamente, se describe el sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos en Cataluña, el marco legal y la entidad objeto de fiscalización. El resto del informe se estructura de la siguiente forma: en el apartado 2 se describen los aspectos metodológicos del trabajo de fiscalización; el apartado 3 contiene las conclusiones por cada uno de los objetivos de la fiscalización, y el apartado 4, las recomendaciones al CatSalut sobre mejoras en el sistema de contraprestación de la actividad hospitalaria y especializada de agudos. Finalmente, en el apartado 5 se exponen con detalle los resultados de la fiscalización.

1.2. EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS EN CATALUÑA

El modelo de contraprestación de los servicios sanitarios en Cataluña no es estático, sino que ha ido evolucionando a lo largo de los años. En el ámbito de la atención hospitalaria, un punto de inflexión importante se produce en 1997, momento en el que se introduce un siste-

ma de contraprestación prospectivo que incluye el pago por caso, ajustado según la complejidad atendida por cada centro. Con ciertos ajustes, este modelo de pago del alta hospitalaria se mantiene en la actualidad. Hay dos características generales de este modelo que todavía están vigentes y que conviene resaltar: 1) la concepción global del presupuesto, que se distribuye entre los proveedores a partir de la compra de servicios, y 2) el carácter prospectivo de esta compra, que permite limitar el gasto y, al mismo tiempo, dar respuesta a las necesidades de la población, previamente identificadas. Sin embargo, la aplicación concreta del modelo difiere entre entidades proveedoras.¹³

En el ámbito hospitalario el principal proveedor del CatSalut es el ICS. La prestación de servicios sanitarios del ICS por cuenta del CatSalut se regula en la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud.

Las entidades proveedoras diferentes del ICS forman el sector concertado, y el sistema de contratación y la contraprestación económica de los servicios sanitarios públicos que prestan a los ciudadanos por cuenta del CatSalut se regula en el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.¹⁴

De acuerdo con el artículo 13 del Decreto 118/2014, el encargo de la gestión de los servicios asistenciales entre el CatSalut y las entidades proveedoras concertadas se establece mediante convenio. En las cláusulas anuales adicionales al convenio se especifican las actividades contratadas, los parámetros¹⁵ y los precios aplicables y los importes correspondientes al período de vigencia de la cláusula, de acuerdo con la contratación específica de cada entidad proveedora.

13. Párrafo introducido a raíz de la alegación I.2 presentada por el CatSalut. Para más detalle sobre el modelo de pago introducido en 1997, véase Agustí, E. (2009). El modelo de compra de actividad. Modelo de pago de los hospitales de la XHUP desde 1997. Dentro de F. Brosa y E. Agustí (dir.) y X. Salvador (coord.). *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur*, p. 57-80. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. La Sindicatura no considera que las características del modelo que se mencionan sean incompatibles con la conveniencia de conocer los costes hospitalarios.

14. Este decreto no es aplicable al Hospital de la Cerdanya, cofinanciado por el CatSalut y el Estado francés, de acuerdo con la cláusula adicional cuarta. Tampoco es aplicable al Espitau Val d'Aran, financiado vía transferencia y gestionado por el Servicio Aranés de Salud a raíz de las competencias traspasadas de la Generalidad al Consell Generau dera Val d'Aran en materia de sanidad.

15. Cada uno de los valores de las actividades, precios y condiciones descritos en las cláusulas adicionales de un contrato o convenio de gestión de servicios sanitarios.

El sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos prestada por el ICS

La asistencia hospitalaria y especializada de agudos que el ICS prestó por cuenta del CatSalut se financió mediante 2 vías:

- Transferencias por la contraprestación de la actividad asistencial realizada a cuenta del CatSalut por los diferentes hospitales del ICS. El importe de estas transferencias se correspondía con el importe de la asignación presupuestaria y se formalizó mediante cláusulas adicionales de concertación, en las que constaba la actividad que debían realizar los centros gestionados por el ICS por cuenta del CatSalut valorada con los precios que el CatSalut aplicó a las entidades concertadas.
- Facturación al CatSalut de nuevos servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad para cubrir necesidades sanitarias que surgieron durante el año o que provenían de años anteriores. Mediante resoluciones de 21 de junio y de 5 de diciembre de 2022, el director del CatSalut estableció los importes de las nuevas acciones que el CatSalut financió al ICS, que no estaban incorporadas a las cláusulas adicionales de concertación.

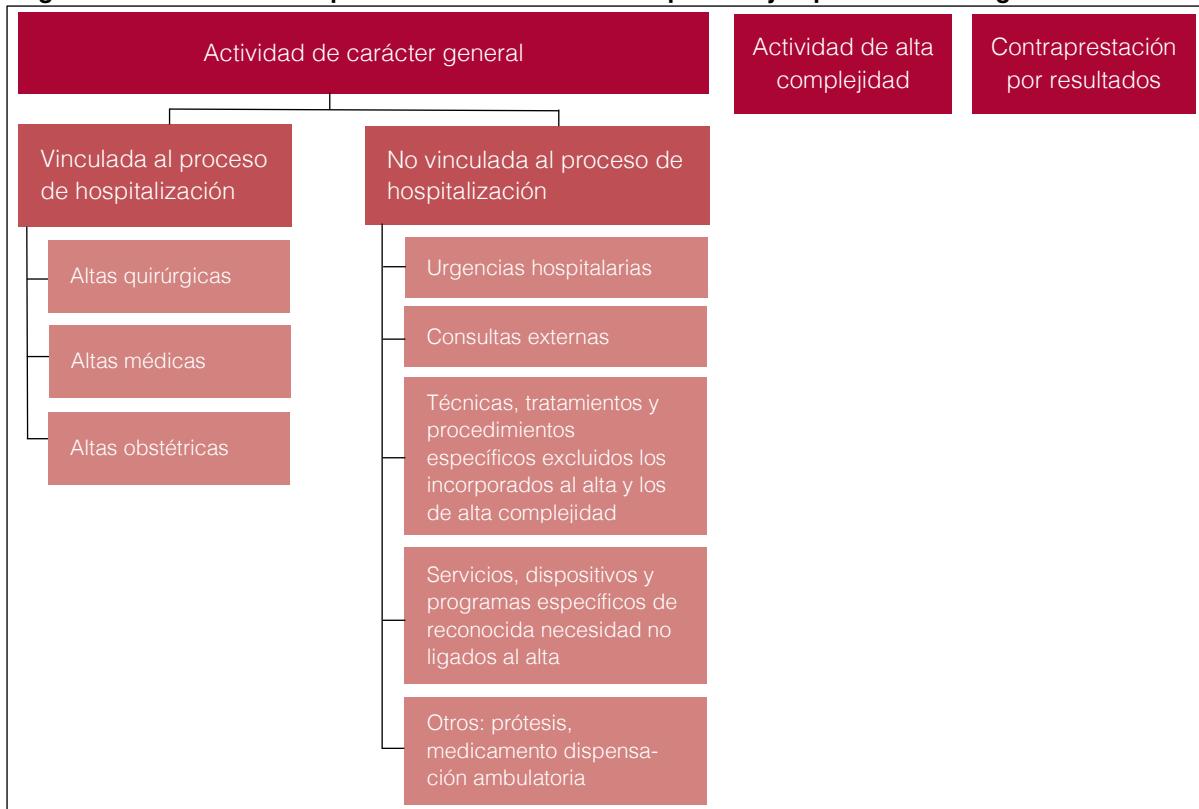
El sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos prestada por las entidades concertadas

El Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, prevé dos modalidades alternativas de contraprestación económica: 1) la contraprestación por líneas asistenciales, y 2) la contraprestación de base poblacional. En este apartado se describe únicamente la primera modalidad, en todo lo relativo a la atención hospitalaria y especializada, porque es la que efectivamente se aplica a todas las entidades durante el período fiscalizado. La segunda modalidad consiste en la gestión unificada, por parte de una o más entidades proveedoras, de los servicios asistenciales en un territorio determinado, cuya contraprestación es asimilable a un pago por capitación a un conjunto de proveedores. La Sindicatura no tiene constancia de que el modelo de base poblacional se haya aplicado en algún territorio desde la entrada en vigor del decreto. Cabe mencionar que el modelo de pago de base poblacional incentiva la coordinación entre proveedores en el territorio, facilitando la continuidad asistencial, pero, al mismo tiempo, supone un importante traspaso de riesgo a los hospitales, dada la elevada variabilidad del consumo de recursos de los pacientes en este ámbito.¹⁶

16. Párrafo introducido a raíz de la alegación I.2 presentada por el CatSalut. Para más detalle sobre los diferentes sistemas de pago, véase el apartado 1.1 de este informe.

El sistema de contraprestación de la línea de atención hospitalaria y especializada se puede dividir en 3 bloques: la contraprestación de la actividad de carácter general, la contraprestación de la actividad de alta complejidad y la contraprestación por resultados (figura 4).

Figura 4. Sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos



Fuente: Elaboración propia a partir de lo que establece el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

Contraprestación de la actividad vinculada al proceso de hospitalización

La contraprestación económica de la actividad hospitalaria y especializada de agudos que hace un centro a cuenta de la sanidad pública se determina partiendo del número de altas hospitalarias.

El precio de las altas hospitalarias tiene un componente de estructura¹⁷ y otro vinculado a la complejidad de la casuística¹⁸ de la actividad de cada centro. La contraprestación de una alta hospitalaria se calcula mediante la siguiente fórmula:

17. Los hospitales se clasifican en diferentes niveles de estructura en función del número de camas, del número de quirófanos, del número de camas de cuidados intensivos, de la disponibilidad de servicios quirúrgicos, y de su actividad docente.

18. Atributos de los pacientes que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, la dificultad de tratamiento, la necesidad de actuación médica y la intensidad de consumo de recursos.

$$\text{Precio alta}_{ij} = (\text{precio unitario de estructura}_{ei}) + (\text{precio medio casuística} \times \text{IRR}_{ji} \times \text{FP}_{ji})$$

Clave:

i: Hospital; j: Tipo de alta (médica, quirúrgica, obstétrica); e: Nivel estructural del hospital *i* (7 niveles); IRR: Intensidad relativa de recursos en función de la casuística por hospital *i* y tipo de alta *j*; FP: Factor de ponderación por tipo de alta *j*

En relación con la estructura, los hospitales se clasifican en uno de los 7 niveles de estructura que establece el Decreto 118/2014, y a cada nivel le corresponde un precio unitario de estructura.

La complejidad de la casuística de cada hospital se valora por tipo de alta (médica, quirúrgica y obstétrica) mediante un indicador de la intensidad relativa de recursos (IRR) que indica el consumo de recursos de las altas atendidas por un centro hospitalario en relación con el consumo de recursos del conjunto de todas las altas del SISCAT. La casuística se ajusta en función de un factor de ponderación que se asigna a cada tipo de alta para fomentar la consecución de determinados objetivos.

Para determinar la IRR de cada centro, el CatSalut utiliza un sistema de clasificación de pacientes llamado *grupos relacionados con el diagnóstico* (GRD), que permite agrupar las altas con un consumo de recursos similar. Cada GRD tiene asociado un peso relativo, que indica los recursos que consumirá de media un paciente atendido en ese grupo en relación con el consumo de recursos medio de todos los pacientes.

Contraprestación de la atención urgente hospitalaria

La contraprestación económica de la atención urgente hospitalaria está determinada por 2 actividades asistenciales: la visita de triaje y la urgencia dada.

$$\text{Precio urgencia hospitalaria}_i = \text{precio triaje} + \text{precio medio urgencia atendida} \times \text{IRU}_i$$

Clave:

i: Hospital

IRU: Índice relativo de urgencias por hospital *i*

En caso de que, una vez efectuada la visita de triaje, no derive un proceso asistencial posterior, la contraprestación solo incluye el precio unitario establecido por la visita de triaje.

El índice relativo de urgencias (IRU) es un indicador que relaciona la complejidad de la casuística de las urgencias atendidas por un hospital con la complejidad del conjunto de urgencias atendidas en todos los hospitales concertados del SISCAT.

En zonas geográficamente aisladas y/o con poca población y/o con dispositivos específicos de resolución de urgencias, la contraprestación es una asignación única global destinada a

afrontar los costes derivados del mantenimiento de una estructura mínima de atención de urgencias.

Contraprestación de consultas externas

La contraprestación de las consultas externas es una cuantía fija que se actualiza anualmente independientemente del número de visitas atendidas.

Contraprestación de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos

El parámetro de pago es el caso atendido. La contraprestación económica es el resultado del número de casos atendidos por el precio unitario establecido para cada categoría en que se clasifican las técnicas, los tratamientos y los procedimientos específicos.

Contraprestación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad

Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad son actividades que hay que implementar derivadas del Plan de salud de Cataluña y de los demás de criterios de política sanitaria. La contraprestación económica de la mayor parte de estas actuaciones es un importe asignado y del resto, un precio por cada caso o alta realizada.

Contraprestación de la actividad de alta complejidad

La actividad de alta complejidad hace referencia a servicios altamente especializados en patologías con baja incidencia, y con un requerimiento tecnológico y de experiencia profesional elevados, por lo que estos servicios se concentran en un número reducido de proveedores dentro del sistema público de salud.

El parámetro aplicable es el episodio de alta. La contraprestación económica es el resultado del número de altas por el precio unitario establecido para cada categoría en la que se clasifica la asistencia hospitalaria y especializada de agudos de alta complejidad.

Contraprestación por resultados

La contraprestación por resultados es la retribución variable vinculada a la consecución de determinados objetivos por parte de las entidades proveedoras de servicios sanitarios y tiene como objetivo incentivar la mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.

Contraprestación efectiva de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos

De acuerdo con el Decreto 118/2014, los convenios incluyen las prestaciones y los servicios que constituyen el objeto y el sistema de facturación y las formas de pago.¹⁹ En función de la ejecución de las prestaciones y servicios, la contraprestación se hace efectiva mediante la percepción mensual de una parte fija y de una parte variable, según los porcentajes y condiciones de facturación, que el consejero de Salud determina anualmente. De este modo, se introduce un elemento fijo en el pago de la actividad hospitalaria, de forma que los proveedores se aseguran de recibir una cierta cuantía con independencia del volumen de actividad que realicen, y siempre que alcancen un volumen mínimo de actividad (80%).

Para el año 2022, la contraprestación de las entidades concertadas se hizo efectiva de acuerdo con los criterios que constan en el cuadro 1.

19. Artículo 14 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

Cuadro 1. Contraprestación efectiva de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos

Línea asistencial	Forma efectiva de contraprestación
Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Pago fijo mensual del 70% del presupuesto contratado. • Pago variable mensual del 30% del precio unitario aplicado a las unidades realizadas siempre que no superen las unidades contratadas. • Pago variable mensual de la actividad que sobrepasa la contratada a un porcentaje del precio unitario dependiendo de la actividad y del porcentaje de actividad realizada que sobrepasa la contratada.
Urgencias hospitalarias	
Algunas técnicas, tratamientos y procedimientos específicos: el hospital de día, la cirugía menor ambulatoria y la cirugía menor ambulatoria compleja con anestesia o sedación para menores de 15 años o discapacitados intelectuales	
Resto de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos y altas de alta complejidad	<ul style="list-style-type: none"> • Pago 100% variable mensual en función de la actividad realizada que no sobrepasa la contratada. • Pago variable mensual de la actividad que sobrepasa a la contratada a un porcentaje del precio unitario dependiendo de la actividad y del porcentaje de actividad realizada que sobrepasa la contratada.
Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad con unidades de actividad contratadas	<ul style="list-style-type: none"> • Pago 100% variable mensual en función de la actividad realizada con límite de la actividad contratada.
Consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> • Pago fijo mensual correspondiente a 1/12 parte de la cuantía anual asignada.
Urgencias en centros situados en zonas geográficamente aisladas	
Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad sin unidades de actividad contratadas	
Contraprestación por resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Pago fijo mensual correspondiente a 1/12 parte del 90% de la cuantía anual asignada. • El importe se ajusta al final del ejercicio en función del grado de consecución de los objetivos fijados.

Fuente: Resolución del consejero de Salud de 27 de diciembre de 2022 y de las cláusulas adicionales de 2022 de los convenios del CatSalut para la prestación de servicios hospitalarios y especializados de agudos con las entidades proveedoras.

Anualmente, se regulariza²⁰ la actividad facturada mensualmente y también se regularizan las altas de reintegro que tienen una penalización respecto a las altas, y la actividad anual

20. De acuerdo con el manual de facturación del CatSalut, la regularización es el proceso de facturación, recogido en las cláusulas adicionales de los contratos o convenios de gestión de servicios sanitarios, que permite ajustar las facturaciones efectuadas a lo largo de un ejercicio, o un período de tiempo, a los parámetros establecidos en las cláusulas mencionadas una vez estas son firmadas.

realizada que no alcanza el 80% de la contratada que se liquida según los precios fijados en la cláusula adicional correspondiente.

En el año 2022 el gasto de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por el total de las entidades proveedoras fue 5.689,64 M€, de los cuales 3.673,79 M€ correspondían a los servicios prestados por entidades concertadas calculados de acuerdo con los criterios mencionados en los párrafos anteriores y 2.015,85 M€, a los servicios prestados por el ICS, de acuerdo con la distribución que se indica en el cuadro 2.

Cuadro 2. Financiación de la actividad hospitalaria y especializada de agudos realizada en 2022

Financiación	Entidades concertadas	ICS	Total
Contraprestación por facturación	3.673.788.552	151.621.034	3.825.409.587
Transferencias	0	1.864.233.477	1.864.233.477
Total gasto devengado	3.673.788.552	2.015.854.511	5.689.643.064

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el CatSalut.

La mayor parte de la actividad realizada por el ICS por cuenta del CatSalut se financió mediante transferencias por 1.864,23 M€, el 92,48% del gasto de los servicios prestados por el ICS. El resto de actividad correspondía a los nuevos servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad y se financió mediante contraprestación por la facturación emitida por el ICS por 151,62 M€.

Aunque lo que realmente percibe el ICS como contraprestación efectiva es el importe de la transferencia que figura en el presupuesto, el CatSalut valoró todas las actividades que llevó a cabo el ICS de acuerdo con los parámetros aplicables a las entidades concertadas. De esta valoración se desprende que el importe de las transferencias pagadas al ICS fue superior, en 28,02 M€, al importe que hubiera resultado si se hubieran valorado los servicios prestados de acuerdo con los precios y parámetros aplicables a las entidades concertadas (cuadro 3).

Cuadro 3. Servicios e importe de los servicios de la atención hospitalaria y especializada de agudos prestados en 2022

Atención hospitalaria y especializada de agudos	Entidades concertadas		ICS	
	Servicios prestados	Importe de los servicios	Servicios prestados	Importe de los servicios
Altas hospitalización	555.617	1.416.239.073	215.524	693.146.841
Altas y reingresos quirúrgicos	303.330	821.850.661	100.308	367.139.577
Altas y reingresos médicos	220.603	525.602.257	103.531	296.214.573
Altas y reingresos obstétricos	31.684	68.786.155	11.685	29.792.691
Consultas externas atendidas	8.709.344	517.424.126	4.079.256	246.719.517
Urgencias atendidas y triaje	5.366.318	302.931.761	1.599.391	93.964.813
Triage	2.730.648	48.495.591	819.111	14.505.271
Urgencias atendidas	2.635.670	246.023.625	780.280	79.459.541
Dispositivo mínimo		8.412.545		
Casos de técnicas, servicios y procedimientos específicos	1.769.000	444.405.052	708.471	196.987.773
Hospital de día	846.287	185.712.155	332.393	78.583.925
Cirugía menor ambulatoria	262.787	54.018.485	63.556	14.389.702
Rehabilitación	121.231	29.549.897	22.054	5.028.978
Resto de técnicas, servicios y procedimientos	538.695	175.124.515	290.468	98.985.168
Altas de actividad de alta complejidad	76.199	313.643.185	61.794	339.305.894
Cateterismos cardíacos	7.913	11.451.235	13.797	23.325.858
Trasplantes	1.391	49.130.883	1.200	50.872.503
Cirugía valvular	943	23.079.105	960	23.495.165
Resto de actividad de alta complejidad	65.952	229.981.962	45.837	241.612.369
Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad		371.964.299		220.638.858
Contraprestación por resultados		131.726.172		56.898.563
Otros servicios (prótesis, docencia e investigación...)		175.454.885		140.176.429
Total actividad hospitalaria y especializada de agudos ordinaria* valorada en parámetros de entidades concertadas		3.673.788.552		1.987.838.687
Importe de la transferencia que excedía el importe de la actividad del ICS valorada en parámetros de entidades concertadas				28.015.824
Gasto devengado de la actividad hospitalaria y especializado de agudos ordinario*		3.673.788.552		2.015.854.511

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el CatSalut.

* La actividad ordinaria no incluye la atención hospitalaria y especializada de agudos por la COVID-19.

Así pues, si homogeneizamos el criterio de contraprestación de las diferentes actividades que integran la atención hospitalaria y especializada, a razón de los parámetros aplicables a las entidades concertadas, resultaría que el total del gasto realizado en el año 2022 por el conjunto de los centros proveedores, los concertados y los del ICS, fue de 5.661,63 M€, cuyo 64,9% corresponde a centros proveedores concertados (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución del importe de la actividad hospitalaria y especializada realizada valorada con parámetros aplicables a las entidades concertadas. Ejercicio 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el CatSalut.

En suma, el sistema de contraprestación en las entidades concertadas es un sistema de pago prospectivo, con ciertos ajustes retrospectivos. La compra de servicios se basa en la actividad (variable), excepto en el caso de las consultas externas y la mayoría de los programas específicos, en los que el pago es fijo. Sin embargo, en el caso del pago variable se establece un tope en las cláusulas adicionales, que es la actividad contratada (con marginalidades).²¹

En cambio, la contraprestación por la actividad realizada por el ICS es un sistema presupuestario con ajustes retrospectivos.

21. El término marginalidad, o actividad marginal, se refiere a los casos atendidos por un hospital que exceden el número de casos contratado por el CatSalut. Esta actividad generalmente se paga a un precio inferior al de la actividad contratada.

1.3. MARCO NORMATIVO

En relación con el sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada por cuenta del CatSalut son relevantes las normas jurídicas que se detallan a continuación, ordenadas cronológicamente.

- Constitución española de 1978. El artículo 43 de la Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía y establece que es competencia de los poderes públicos su tutela y organización, mediante la prevención y las prestaciones y servicios necesarios a tal efecto.
- Ley del Estado 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Esta ley establece las bases del sistema Nacional de Salud, que se define como el conjunto de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas, convenientemente coordinados. Así, el artículo 50 de la ley prevé que en cada comunidad autónoma se constituya un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de carácter público, gestionado bajo la responsabilidad de cada una de ellas.

La ley prevé que los hospitales privados que lo soliciten se vinculen al Sistema Nacional de Salud mediante la creación de una red pública de hospitales (artículo 66), cuya vinculación se establecerá con la fórmula del convenio (artículo 67). Cabe apuntar que el legislador catalán se adelantó a esta previsión con el Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la red hospitalaria de utilización pública, actualmente derogado por el Decreto 196/2010, que se cita más abajo.

- Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. Es la norma básica que sienta las bases del modelo sanitario catalán. Su objeto es la ordenación del sistema sanitario público de Cataluña, de acuerdo con los principios de universalización; integración de servicios; simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria; concepción integral de la salud; descentralización y desconcentración de la gestión; organización por sectores de la atención sanitaria, y participación comunitaria.

La ley establece la creación del Servicio Catalán de la Salud, configurado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y de cobertura pública de Cataluña, de acuerdo con la previsión de la Ley general de sanidad. El nuevo ente se organizará de manera descentralizada, de acuerdo con dicho principio de descentralización.

En cuanto a la prestación efectiva de los servicios sanitarios, el marco diseñado por la ley consolida el principio de separación de funciones de financiación, compra y provisión de servicios, que prevé que el actual CatSalut asumirá las funciones de financiación y de compra de servicios, mientras que su provisión recaerá sobre un conjunto de proveedores, debidamente acreditados, con titularidad y fórmulas de gestión diversas.

- Estatuto de autonomía de Cataluña de 2006. El artículo 23 del Estatuto consolida el principio de universalización del sistema sanitario catalán, al garantizar que todas las personas tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad y gratuitad a los servicios sanitarios de responsabilidad pública. En el mismo artículo se establece el derecho a la elección de médico o médica y de centro sanitario, así como el derecho a la información de carácter médico y asistencial.

El artículo 162 establece la asunción competencial de la Generalidad en materia sanitaria y de salud, en términos similares al Estatuto de autonomía de 1979. En este sentido, corresponde a la Generalidad en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud. Esta norma da un paso adelante en la consolidación de la autonomía de gestión del ICS, definiéndolo como entidad de derecho público de la Generalidad, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus funciones, disfrutando de autonomía funcional y quedando adscrito al CatSalut. De esta forma, se profundiza en el principio de separación de funciones establecido en la LOSC, ya que el ICS adopta una forma jurídica asimilable a la de otros proveedores del sistema.

El artículo 14 de esta ley define el instrumento de relación entre el CatSalut, como comprador, y el ICS, como proveedor sanitario, estableciendo que la prestación de servicios del segundo por cuenta del primero se articulará mediante un contrato programa suscrito por ambas entidades, previa aprobación del Gobierno, a propuesta conjunta de los departamentos competentes en materia de salud y de economía y finanzas, y de acuerdo con la normativa aplicable al sector público de la Generalidad.

- Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT). Este decreto aglutina las diferentes redes de centros sanitarios de utilización pública preexistentes pero no tanto por su carácter monográfico, sino por el tipo de servicios que prestan, de modo que el sistema SISCAT quede configurado por la red de servicios de internamiento –que incluye la XHUP–, la red de servicios comunitarios y la red de transporte sanitario. Este sistema se completa con la previsión de un catálogo de potenciales proveedores de servicios sanitarios no integrados en las anteriores redes. El objetivo del decreto es avanzar en la concepción integral e integrada del sistema sanitario en Cataluña. A raíz de este decreto, la antigua XHUP queda plenamente integrada en la red de centros de internamiento del SISCAT.
- Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud. Este decreto regula conjuntamente los encargos de gestión de los servicios públicos que el Servicio Catalán de la Salud debe establecer con los centros y establecimientos del SISCAT, los sistemas de contraprestación de la gestión de estos servicios públicos, la cartera complementaria de servi-

cios no previstos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, y el sistema de asignación territorial a regiones sanitarias y sectores de los recursos sus características singulares y de morbilidad y comorbilidad.

La parte más sustantiva de este decreto en relación con este trabajo de fiscalización es el capítulo 2, relativo al sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada, y que define el conjunto de reglas que rigen la contraprestación de los servicios prestados por las entidades del sector concertado.

- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público. El artículo 32 de esta norma establece que la compensación a un ente que tenga la consideración de medio propio de la Administración por los encargos correspondientes se determine por referencia a tarifas aprobadas por la entidad pública de la que depende el medio propio. Estas tarifas se calculan de forma que representen los costos reales de las unidades producidas directamente por el medio propio.

1.4. ENTIDAD FISCALIZADA

El CatSalut es un ente público de naturaleza institucional adscrito al Departamento de Salud, creado por la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Se rige por los preceptos de la misma ley y sus disposiciones complementarias de desarrollo.

Tiene como objetivo principal garantizar la atención sanitaria de cobertura pública, integral y de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña, mediante una adecuada adaptación de la oferta a las necesidades de la población, que se materializa con el establecimiento de convenios con las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios hospitalarios.

Dentro del CatSalut, los órganos vinculados al sistema de contraprestaciones de la actividad hospitalaria y especializada en 2022 fueron los siguientes:²²

- División de Provisión de Servicios, dependiente de la Gerencia de Organizaciones, supervisada al Área Asistencial, a la que correspondía distribuir los recursos destinados a la provisión de servicios asistenciales; definir y formular los modelos de convenios para la gestión de servicios asistenciales y promover la mejora continua orientada al logro de los objetivos de la política sanitaria, y participar en la definición de los modelos de provisión de servicios y en el desarrollo de los sistemas de pago, entre otros.

22. Resolución SLT/2405/2022, de 21 de julio, por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, de 11 de julio de 2022, por el que se aprueba la estructura de los órganos del Servicio Catalán de la Salud.

- Área Económica y de Inversiones que, entre otras, tenía las funciones de definir y formular los sistemas de pago correspondientes a los convenios para la gestión de servicios asistenciales; promover y desarrollar los sistemas de contabilidad analítica en el sector sanitario, y promover la mejora continua de los sistemas de pago orientada a lograr los objetivos de la política sanitaria.
- División Económica de Servicios Asistenciales, dependiente de la Gerencia de Resultados,²³ supeditada al Área Económica y de Inversiones, a quien correspondía, entre otras funciones, hacer las previsiones de cierre y el seguimiento de la vertiente económica de la contratación de servicios; definir los criterios y requisitos de facturación de los servicios asistenciales y realizar su seguimiento; analizar y tramitar la facturación de servicios sanitarios; y coordinar, impulsar y analizar el proceso de la facturación de la asistencia sanitaria.

Los órganos centrales de dirección del CatSalut, durante el período fiscalizado, fueron el Consejo de Dirección y el director.

Por otra parte, el CatSalut cuenta con órganos de participación especialmente relevantes en relación con el sistema de contraprestación. En primer lugar, la Comisión de Sistemas de Pago, formada por representantes del CatSalut y de las patronales del sector (el Consorcio de Salud y Social de Cataluña, la Unión Catalana de Hospitales y la Asociación Catalana de Entidades de Salud). Se presentan los sistemas de pago, tarifas y programas que deben aprobarse en el Consejo de Dirección. En segundo lugar, la Comisión de Entidades Proveedoras, con funciones similares a la anterior pero con una representación más amplia de entidades.

A escala territorial, en 2022 el CatSalut ordenaba en 9 regiones sanitarias,²⁴ delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos. Las regiones cuentan con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria y atención especializada para atender las necesidades de la población. Cada región se ordena, a su vez, en sectores sanitarios, que agrupan a las llamadas áreas básicas de salud, formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas, o por uno o más municipios en el ámbito rural.

23. La Resolución SLT/3955/2023, de 21 de noviembre, modificó el Acuerdo de 11 de julio de 2022, por el que se aprueba la estructura de los órganos del CatSalut, y, entre otras modificaciones, suprimió la Gerencia de Resultados y sus funciones se asignaron a la Gerencia Económica, de la que pasó a depender la División Económica de Servicios Asistenciales.

24. Mediante el Decreto 116/2023, de 20 de junio, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud, se creó una nueva región sanitaria que comprende las comarcas de L'Alt Penedès, El Baix Penedès, El Garraf y L'Anoia.

2. ALCANCE Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETO Y ALCANCE

El objetivo de este informe es evaluar si el sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por los centros del SISCAT se ajusta a los objetivos asistenciales establecidos por el CatSalut de acuerdo con los criterios de eficacia, eficiencia y economía. Se ha incorporado el enfoque evaluador en la planificación y la ejecución de los trabajos, en el sentido de que se incluyen algunos objetivos propios de la evaluación de los programas y políticas públicas, como la evaluación de las necesidades; la coherencia interna y externa de la política; y la pertinencia de los objetivos estratégicos.

Para poder evaluar este sistema se han definido 5 objetivos principales, expresados en forma de preguntas, que comprenden todos los aspectos que se han evaluado y que están dirigidos a responder al objetivo global de la auditoría:

1. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos es adecuado para promover las directrices y los objetivos establecidos en el Plan de salud de Cataluña?
2. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos con los diferentes proveedores se ajusta a la normativa y a criterios objetivos, uniformes y que respeten el principio de economía?
3. ¿La aplicación del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos compensa adecuadamente los servicios prestados por los proveedores?
4. ¿La aplicación del sistema de pago de la atención hospitalaria y especializada de agudos responde a las necesidades económicas y financieras de los proveedores?
5. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos está logrando los resultados que persigue el CatSalut?

Cada uno de estos objetivos se ha dividido en varios subobjetivos o subpreguntas, para los que se han establecido criterios, cualitativos y cuantitativos, entendidos como estándares o puntos de referencia para evaluar la evidencia, llegar a conclusiones y responder sobre los objetivos de la auditoría (véase el anexo 2).

El alcance material de la fiscalización es la evaluación del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos. En concreto, de la actividad de hospitalización, de consultas externas, de urgencias hospitalarias, de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, de la actividad de alta complejidad y contraprestación de resultados.

Ha quedado excluida de la fiscalización la evaluación de la actividad hospitalaria derivada de la COVID-19. También las prótesis, la investigación y la docencia y la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria.

El ámbito temporal de este informe es el año 2022, pero, cuando se ha considerado necesario para completar el trabajo, se ha ampliado a períodos anteriores y posteriores. Concretamente, se han comparado los precios de cada una de las actividades de la atención hospitalaria y especializada de agudos del año 2021 con los de 2022 y se han analizado algunos aspectos relacionados con la contratación de las entidades proveedoras de servicios sanitarios desde 2012, año en el que se firmaron la mayoría de los convenios con los que se formaliza el encargo de gestión para la prestación de estos servicios en 2022. Asimismo, se han analizado hechos posteriores de interés en relación con la gestión y la evaluación de la atención hospitalaria y especializada de agudos.

2.2. METODOLOGÍA

El trabajo de fiscalización se ha llevado a cabo de acuerdo con los principios fundamentales de fiscalización de las instituciones públicas de control externo y las normas técnicas de auditoría que se desprenden de la ISSAI 300, sobre los principios fundamentales de la fiscalización operativa, y las GPF-OCEX 3000, 3910 y 3920, sobre la auditoría operativa.

Para elaborar el trabajo la Sindicatura ha realizado previamente un análisis del entorno relacionado con la materia. Por eso, ha consultado y revisado la documentación que ha considerado más relevante en este ámbito, referida básicamente a la legislación aplicable, convenios públicos vigentes, información económica presupuestaria y estudios de investigación de organizaciones y profesionales especializados.

La Sindicatura ha obtenido evidencia para elaborar las conclusiones del trabajo a partir de un análisis de los datos relacionados con la atención hospitalaria y especializada de agudos, de una revisión documental y de entrevistas con las partes interesadas (el CatSalut, profesionales externos expertos en la materia y asociaciones de entidades sanitarias y sociales –el Consorcio de Salud y Social de Cataluña y la Unión Catalana de Hospitales–).

3. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones para el conjunto de las preguntas de evaluación del sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por los hospitales del SISCAT por cuenta del CatSalut, referidos al año 2022. Los resultados de auditoría que motivan y explican estas conclusiones se encuentran en el apartado 5 del informe.

En términos generales, las conclusiones a los 5 objetivos de auditoría identificados por la Sindicatura ponen de relieve problemas en la aplicación del sistema de contraprestación que afectan negativamente la eficacia, la eficiencia y la economía en la gestión de la intervención pública analizada: la falta de coherencia entre los objetivos que se pretenden alcanzar con el sistema de contraprestación, y las directrices y los objetivos definidos en el marco del Plan de salud; la asignación de prestaciones a las entidades proveedoras sin criterios lo bastante definidos; la falta de informes económicos que justifiquen los precios de los servicios hospitalarios; la demora en la actualización y retribución a los proveedores del precio de los servicios prestados; la falta de coherencia externa con otras políticas, en la confluencia con otras políticas de financiación de las entidades proveedoras del SISCAT; un considerable potencial de mejora en la obtención de los resultados que persigue el CatSalut, y la falta de evaluación del resultado de las estrategias definidas en el marco del sistema de contraprestación. Asimismo, se observan incumplimientos del marco jurídico que regula la contratación de la actividad asistencial y aspectos que constituyen un incumplimiento del derecho a una buena administración.

¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos es adecuado para promover las directrices y los objetivos establecidos en el Plan de salud de Cataluña?

Se observa una falta de coherencia entre los objetivos que persigue el sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos y las directrices y objetivos definidos en el Plan de salud, mientras que en relación con los servicios, dispositivos y programas de reconocida necesidad, la Sindicatura solo ha podido determinar que 6 de los 11 programas revisados se enmarcaban dentro de las directrices y objetivos establecidos por el Departamento de Salud en el marco del Plan de salud.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la fijación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son coherentes con el Plan de salud de Cataluña?

Se observa una falta de coherencia entre los objetivos que persigue el sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos y las directrices y objetivos definidos en el Plan de salud (véase el apartado 5.1.1):

1. El sistema de determinación de precios de la actividad hospitalaria y especializada de agudos incorpora mecanismos que permiten incentivar o penalizar determinadas actuaciones de los proveedores integrados en el SISCAT. Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la determinación de los precios deberían estar alineados con el Plan de salud de Cataluña, en tanto que instrumento de planificación que establece las prioridades de actuación en materia sanitaria en cada momento.

Sin embargo, de los diferentes objetivos asociados a la fijación de los precios de la actividad, únicamente la promoción de la hospitalización domiciliaria que evita completamente el ingreso en un centro hospitalario está amparada por el Plan de salud de Cataluña vigente en 2022. Ninguno de los objetivos restantes se puede vincular de forma directa con los objetivos establecidos en el Plan de salud vigente, ni tampoco con los objetivos o líneas de actuación de los 2 planes precedentes.

La falta de evaluación de la congruencia entre los objetivos que se quieren alcanzar con la determinación de los precios y las prioridades establecidas en el Plan de salud vigente permite que algunos incentivos se conviertan en anacrónicos y acaben revistiendo carácter de permanencia.

¿Los objetivos del pago por resultados están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña?

Solo 1 de los 6 objetivos fundamentales vinculados a la contraprestación por resultados del año 2022 está directamente relacionado con los ejes estratégicos del Plan de salud, en contra de lo dispuesto en el Decreto 118/2014, con un peso relativo del 28,86%, mientras que el resto de los objetivos, con un peso conjunto del 71,14% en la contraprestación, no tenían una relación directa, tal como se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.1.2):

2. En 2022, únicamente el objetivo de consolidación del equipo del Programa de optimización del uso de antimicrobianos del hospital, de entre los incluidos en la contraprestación por resultados en los centros proveedores, estaba directamente relacionado con los ejes estratégicos del Plan de salud, con un peso del 28,86% en el conjunto de dicha contraprestación. Hay 2 objetivos más, los referentes a la estructura de los equipos de control de la infección hospitalarios, por un lado, y a disminuir el tiempo de espera por ingreso en hospitalización convencional de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, por otro, que estaban relacionados con otros elementos de la planificación estratégica en salud, pero no estrictamente con los ejes estratégicos del Plan de salud, según establece la normativa.

¿La relación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarca adecuadamente en los objetivos estratégicos establecidos por el Departamento de Salud?

No todos los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarcan en los objetivos estratégicos establecidos por el Departamento de Salud, como se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.1.3):

3. Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad deberían ser actividades para implementar derivadas del Plan de salud de Cataluña y de los demás criterios de política sanitaria. Sin embargo, de los 11 programas revisados, la Sindicatura ha comprobado que las actividades previstas en 2 de ellos no estaban vinculadas, y en otros 3 el CatSalut no ha aportado suficiente información para determinarlo.

¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos con los diferentes proveedores se ajusta a la normativa y a criterios objetivos, uniformes y que respeten el principio de economía?

La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos, en el ICS y en el resto de los proveedores concertados, se ha articulado mediante fórmulas no contractuales que han incumplido los preceptos de la normativa de carácter básico, con efectos jurídicos diferenciados en un grupo de proveedores y otro. Igualmente, la forma en que se han articulado los convenios con las entidades proveedoras concertadas no garantiza que la compra de los servicios por parte del CatSalut responda a criterios objetivos o uniformes, ni tampoco al principio de economía en la adquisición de los servicios para la ciudadanía.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por cuenta del CatSalut se articuló de acuerdo con lo establecido en la normativa?

Las prestaciones sanitarias por parte de los proveedores concertados en 2022 no tendrían amparo legal en ningún acto o negocio jurídico, dado que se han articulado mediante prórrogas que constituían actos nulos de pleno derecho. En el caso del ICS, las prestaciones realizadas por cuenta del CatSalut no cuentan con el instrumento jurídico previsto en la normativa, el contrato programa entre el ICS y el CatSalut, y han sido objeto de prórroga anual bajo supuestos que constituyen una causa de anulabilidad. Esta afirmación se fundamenta en las siguientes conclusiones (véase el apartado 5.2.1):

4. El encargo de gestión de servicios hospitalarios a las entidades proveedoras concertadas por parte del CatSalut se formalizó mediante convenios, tal y como establece la normativa, pero la formalización de las prórrogas de estos convenios se hizo fuera del plazo de vigencia del convenio o una vez finalizada la prórroga anterior, lo que comporta la extinción del convenio por inexistencia de prórroga expresa formalizada antes de finalizar el plazo de duración del convenio.

Esta situación se ha equiparado a un supuesto de nulidad de pleno derecho, como en el caso de una contratación prescindiendo total y absolutamente del procedimiento, de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. En consecuencia, las prestaciones sanitarias que se realizaron no tendrían amparo legal en ningún acto o negocio jurídico.

5. Las prestaciones por parte de las entidades proveedoras de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos a cargo del CatSalut son objeto de encargos de gestión, bajo un sistema de contraprestación regulado por el Decreto 118/2014, de 5 de agosto.

Sin embargo, para el caso de las entidades proveedoras que cumplen los requisitos para ser medio propio del CatSalut, deberían aprobarse las tarifas para cada una de las líneas asistenciales, en función de los costes reales de las actividades encargadas, en cumplimiento del texto refundido de la Ley de contratos del sector público.

6. El CatSalut y el ICS no han suscrito el contrato programa previsto en el artículo 14 de la Ley del ICS, que debería articular la prestación de servicios del segundo por cuenta del primero y establecer, entre otros, los servicios a prestar y su financiación. En la práctica, la financiación de la actividad de los centros proveedores del ICS se vehicula mediante transferencias con cargo al presupuesto del CatSalut.

Una vez finalizado el año, el importe transferido se formaliza de forma extemporánea en cláusulas adicionales, que establecen unas condiciones de facturación y pago ficticias que no se cumplen. Que estas cláusulas se firmen con posterioridad a su vigencia, sin prever su eficacia retroactiva, constituye una causa de anulabilidad.

El incumplimiento del mandato normativo de suscribir un contrato-programa entre ambas partes y la suscripción extemporánea de cláusulas adicionales constituyen un incumplimiento del principio de buen gobierno y una vulneración del derecho de los ciudadanos a una buena administración, en el sentido de que el CatSalut y el ICS han incumplido el deber de actuar con la diligencia debida. Este incumplimiento también es extensible al Gobierno, por la falta de control de la evaluación normativa *ex post* sobre el cumplimiento de la Ley y los Estatutos del ICS.

¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas responde a un criterio objetivo y uniforme?

No existe un criterio de delimitación de las unidades proveedoras objeto de los convenios de gestión que sea uniforme para todas las entidades que prestan servicios de atención hospitalaria y especializada por cuenta del CatSalut, ni estrictamente objetivo, tal y como se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.2.2):

7. El CatSalut suscribe tantos convenios con las entidades proveedoras como unidades proveedoras le correspondan. Sin embargo, no existe un criterio de delimitación de la unidad proveedora que sea homogéneo para todas las entidades proveedoras: en algunos casos, el CatSalut establece convenios independientes para cada uno de sus cen-

etros, mientras que en otros, el CatSalut suscribe los convenios con una agrupación de centros hospitalarios, englobados en una misma unidad proveedora, lo que resulta crucial en la determinación de los precios que acaba pagando por la actividad realizada en aquellos centros hospitalarios.

¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas garantiza el mínimo coste posible para el CatSalut de acuerdo con el sistema de contraprestación vigente?

El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas para el encargo de los servicios asistenciales no garantiza que el CatSalut compre estos servicios en términos de economía, tal y como se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.2.3):

8. La integración de centros hospitalarios en una sola unidad proveedora, a efectos de la compra de servicios sanitarios, supone un mayor coste de la actividad contratada para el CatSalut cuando existen diferencias de carácter estructural entre ellos, dado que ello supone un gasto superior a la hora de remunerar a la entidad que los gestiona por los servicios prestados.

¿Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se asignaron entre los diferentes proveedores concertados utilizando criterios objetivos que garantizaran su idoneidad?

La Sindicatura no puede garantizar que los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad que se financian con una cuantía anual determinada se hayan asignado a las entidades concertadas con criterios objetivos y económicos que amparen la idoneidad de los proveedores ni, por tanto, que los elementos de discrecionalidad respeten los principios preceptivos de legalidad, transparencia e interés general. Esta afirmación se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.2.4):

9. El CatSalut no ha facilitado ninguna documentación ni una explicación suficientemente detallada de los criterios que utilizó para decidir los proveedores que debían realizar los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad, ni para determinar la cuantía anual asignada a cada entidad proveedora por las diversas actuaciones que les encargó.

¿La aplicación del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos compensa adecuadamente los servicios prestados por los proveedores?

La aplicación del sistema de contraprestación se manifiesta ineficaz a la hora de compensar adecuadamente algunos elementos propios de los centros proveedores, como la estructura, casuística atendida o atención urgente, y no se ha acreditado en todos los casos que los precios aplicados por el CatSalut cubran las estructuras de costes inherentes a los servicios prestados por los proveedores en términos de economía.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿El sistema de determinación del nivel de estructura refleja de forma apropiada las diferencias estructurales entre los proveedores?

El nivel de estructura que tienen asignado los hospitales no refleja adecuadamente las características estructurales de cada centro, puesto que, por un lado, el sistema de determinación de los niveles de estructura no permite ajustar la estructura hospitalaria a las características de cada centro, y, por otro lado, los datos sobre la estructura hospitalaria del SISCAT y las correspondientes asignaciones de nivel de los hospitales no están actualizadas. Esta afirmación se fundamenta en las siguientes conclusiones (véase el apartado 5.3.1):

10. El sistema de pago de la estructura hospitalaria se fundamenta en la asignación a cada hospital de 1 de los 6 niveles de estructura establecidos, o el nivel 7, si es un hospital monográfico. Cada hospital obtiene una puntuación en función de criterios estructurales que lo sitúa en un intervalo de puntuación, asignando a cada intervalo un nivel de estructura, al que le corresponde un precio de alta por estructura. Sin embargo, la aplicación de una escala de niveles dificulta el reconocimiento de las características estructurales propias de cada centro y puede dar lugar a situaciones no equitativas entre los hospitales.
11. El CatSalut no ha revisado la estructura hospitalaria ni la asignación de los niveles de estructura en los hospitales desde la entrada en vigor del Decreto 118/2014, en 2015, aunque la estructura hospitalaria del SISCAT podría haber cambiado, sobre todo a partir de la pandemia de la COVID-19, que conllevó que el sistema sanitario tuviera que adaptar su capacidad instalada y productiva para dar respuesta a las necesidades asistenciales.

¿El cálculo de los indicadores de complejidad refleja de forma adecuada la casuística atendida por los proveedores?

El parámetro empleado para calcular y retribuir el consumo de recursos por parte del proveedor hospitalario, indicativo de la complejidad relativa de los pacientes hospitalizados en cada

unidad proveedora –la IRR–, podría no reflejar adecuadamente el consumo real por parte de los proveedores del SISCAT, elemento que resulta determinante a la hora de calcular la contraprestación económica de las unidades proveedoras en relación con su casuística (o conjunto de casos atendidos en el hospital). Esta conclusión se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.2):

12. En el cálculo de la IRR, el CatSalut utiliza pesos obtenidos a partir de costes de hospitales de Estados Unidos y, por tanto, el resultado podría no reflejar adecuadamente el consumo de recursos efectuado por las unidades proveedoras del SISCAT, de acuerdo con su casuística. El uso de un conjunto de pesos alternativo, estimado con costes procedentes, entre otros, de una muestra de hospitales catalanes, ha revelado que los indicadores de casuística son sensibles a la modificación de los pesos empleados, especialmente en lo que se refiere a la actividad obstétrica: en 2022 el consumo de recursos de las unidades proveedoras que realizan actividad obstétrica podría estar infravalorado de forma acusada.

¿El sistema de contraprestación de las urgencias compensa adecuadamente las urgencias atendidas por los proveedores?

El sistema de contraprestación de las urgencias hospitalarias no compensa adecuadamente las urgencias atendidas por los proveedores, ya que el factor de ponderación empleado no refleja de forma cuidadosa la complejidad atendida ni se tienen en cuenta los elementos estructurales en la fijación del precio unitario, que por otra parte resulta insuficiente para cubrir el coste de la urgencia atendida en términos medios. Esta afirmación se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.3.3):

13. El sistema de contraprestación de las urgencias hospitalarias no permite cubrir sus costes. El factor de ponderación empleado, en aplicación de lo previsto en la normativa, está basado en un sistema de clasificación de casos poco riguroso a la hora de determinar la complejidad de las urgencias atendidas. La contraprestación de las urgencias no contempla las diferencias estructurales entre los dispositivos, que tampoco quedan reflejadas en el factor de ponderación del precio unitario. Este precio, por su parte, resulta insuficiente para cubrir el coste unitario medio de la urgencia atendida. Como consecuencia de todas estas distorsiones, pueden generarse incentivos no intencionados contrarios a algunas de las orientaciones de política sanitaria vigentes en Cataluña, lo que evidenciaría problemas de coherencia externa del sistema de pago.

¿El CatSalut dispone de informes económicos que justifiquen los precios fijados como contraprestación por los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?

El CatSalut no dispone de informes económicos que justifiquen el cálculo del importe de los precios unitarios que determinan la contraprestación de los servicios sanitarios de la mayoría

de servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por las entidades proveedoras, ni tampoco para los importes anuales asignados a las entidades para realizar las actividades sanitarias que se financian vía presupuesto, lo que introduce nuevos elementos de discrecionalidad que no garantizan los principios preceptivos de legalidad, transparencia e interés general. Esta afirmación se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.3.4):

14. El CatSalut no dispone de informes económicos que justifiquen el cálculo del importe de los precios unitarios del alta de la atención hospitalaria y especializada de agudos vinculado a la estructura de los hospitales y a la complejidad de la casuística atendida, de la urgencia atendida o de la visita de selección de la atención sanitaria urgente. Tampoco ha aportado documentación justificativa del importe anual asignado a las consultas externas y a los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad contratados.

En cuanto a las nuevas técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, si bien la Sindicatura ha obtenido los escandallos de costes a partir de las cuales se fijaron los precios unitarios de aquellas incorporadas o modificadas en el año 2022 y de la actividad de alta complejidad, no los ha obtenido para las incorporaciones o modificaciones de años anteriores, ni ha podido disponer de la documentación justificativa del motivo por el cual, en algunos hospitales, el importe de consultas externas y el importe anual asignado a determinados servicios, dispositivos y programas de reconocida necesidad aumentó en 2022 por encima del resto de hospitales, respecto de 2021.

¿La aplicación del sistema de pago da respuesta a las necesidades económicas y financieras de los proveedores derivadas de la atención hospitalaria y especializada de agudos?

La aplicación del sistema de pago de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos no ha sido eficaz a la hora de dotar a las entidades proveedoras de financiación adecuada en tiempo y cuantía, al tiempo que podría haber un riesgo de sobrefinanciación de algunas prestaciones.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿La facturación y la regularización de la actividad hospitalaria y especializada de agudos se han hecho de acuerdo con lo que prevé la resolución de aplicación del sistema de pago?

La regularización por parte del CatSalut de la actividad realizada por las entidades proveedoras se calcula de acuerdo con criterios interpretativos que, en relación con los parámetros de actividad hospitalaria y especializada de agudos, no están expresamente concretados en el texto de la Resolución de la consejería de Salud y que en algún caso podrían resultar

contrarios a los principios de economía, tal y como se fundamenta en las siguientes conclusiones (véase el apartado 5.4.1):

15. Para el cómputo de la actividad marginal, aquella que sobrepasa la actividad contratada, la actividad realizada no incluye las llamadas altas de reingreso, mientras que en el caso del cómputo del mínimo del 80% sobre la actividad contratada, umbral que el CatSalut establece para que el proveedor pueda disfrutar del esquema de pago fijo y variable, sí que las fija. Este diferente criterio interpretativo no está concretado en el texto de la Resolución del consejero de Salud que es aplicable en este caso, ni se desprende de ella.

Por otra parte, en el segundo caso, la determinación del umbral del 80% de actividad realizada con inclusión de las altas de reingreso podría ser contraria al principio de economía, ya que facilita a las unidades proveedoras alcanzar ese mínimo y, en consecuencia, beneficiarse del esquema de pago fijo y variable, que implica una mayor contraprestación.

¿La aplicación del sistema de pago ha permitido dotar a las entidades proveedoras concertadas de una financiación adecuada para la prestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?

La contraprestación efectiva de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos no permitió dotar a las entidades de una financiación adecuada en tiempo y cuantía, afirmación que se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.4.2):

16. En 2022 las entidades proveedoras facturaron los servicios prestados por cuenta del CatSalut mensualmente, pero de acuerdo con los términos establecidos en las cláusulas adicionales del año anterior. En el año 2023, cuando el CatSalut y las entidades proveedoras habían firmado las cláusulas adicionales correspondientes al año 2022, se regularizó la actividad realizada en 2022 de acuerdo con la actualización de los precios y los parámetros, aunque en el mes de febrero de 2024 aún no habían percibido su cuantía íntegra porque el CatSalut no tenía suficiente disponibilidad presupuestaria.

El importe de los gastos no aplicados al presupuesto del CatSalut por insuficiencia de crédito presupuestario correspondiente a la concertación de la atención hospitalaria y especializada de agudos ascendió a 332,83 M€ en el año 2022, un 112,76% más que el año anterior, en contra de lo dispuesto en los artículos 28.b y 35 del texto refundido de la Ley de finanzas públicas de Cataluña.

¿El CatSalut financió servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por vías diferentes a los precios fijados mediante el sistema de contraprestación ordinario?

En el período fiscalizado el CatSalut financió inversiones en renovación de equipamiento sanitario y aparatos médicos a las entidades proveedoras del SISCAT, mediante la conce-

sión de subvenciones finalistas que podrían incurrir en un riesgo de sobrefinanciación de los activos. Esta afirmación se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.4.3):

17. El CatSalut retribuye la actividad de las entidades proveedoras de servicios hospitalarios de acuerdo con un sistema de precios que debería cubrir los costes estándar, directos e indirectos, entre ellos, el coste de la amortización de los equipamientos sanitarios y aparatos médicos, para que las entidades proveedoras puedan reponerlos. Sin embargo, excepto para las incorporaciones o modificaciones de las técnicas, los tratamientos y los procedimientos y la actividad de alta complejidad de los años 2022 y 2023, el CatSalut no dispone de estudios sobre la adecuación de los precios a los costes de la actividad de las entidades proveedoras del SISCAT, lo que no permite constatar si los precios cubren el coste de la amortización de los equipamientos y, por tanto, que la financiación de las inversiones en su renovación mediante aportaciones finalistas no incurra en un riesgo de sobrefinanciación.

¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos está logrando los resultados que persigue el CatSalut?

Los resultados alcanzados mediante el sistema de contraprestación vigente manifiestan modestas mejoras, en el sentido de que los incentivos económicos impulsados por el CatSalut han mostrado una eficacia desigual. En términos de utilidad para la ciudadanía, se observan mejoras modestas en cuanto a la calidad, accesibilidad y eficiencia de los servicios.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿Los incentivos económicos establecidos en el sistema de determinación de precios han producido los efectos esperados, de modo que quede justificada su aplicación?

Los incentivos económicos impulsados por el CatSalut mediante el sistema del precio del alta hospitalaria han mostrado una eficacia desigual, lo que, en determinados casos, pondría en duda su pertinencia u oportunidad para obtener los resultados pretendidos, como se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.5.1):

18. Los incentivos asociados a los factores de ponderación del alta hospitalaria orientados a potenciar la actividad quirúrgica se han mostrado efectivos, mientras que los orientados a penalizar las altas de reingreso no parecen tener impacto.

En cuanto a los incentivos orientados a potenciar determinadas modalidades asistenciales equiparando su precio al de intervenciones con un coste más elevado, como son los incentivos a la hospitalización domiciliaria y a la actividad de cirugía mayor ambulatoria (CMA), la Sindicatura no ha podido determinar si los efectos observados en la actividad vinculada a estas modalidades son producto de los incentivos aplicados, aunque sí se observa el efecto esperado. Sin embargo, en el caso de la CMA, se ha evidenciado que

para determinados tipos de cirugías el incentivo tiene una efectividad escasa, puesto que ya se han alcanzado los máximos objetivos posibles. De ahí que el incentivo financiero aplicado al fomento de estas intervenciones suponga un uso ineficiente de los recursos públicos.

¿En qué medida la contraprestación por resultados ha mejorado la calidad y eficiencia de la prestación de servicios?

Los objetivos establecidos por el CatSalut en 2022 vinculados a la contraprestación por resultados incentivaron de forma limitada la mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios. Esta afirmación se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.5.2):

19. Más del 65% del importe asignado a la contraprestación por resultados en 2022 se destinó a 4 objetivos fácilmente abarcables por las entidades proveedoras, que casi todas alcanzaron, al igual que el año anterior, cuando los requisitos de consecución eran casi los mismos. Por otro lado, estos indicadores no miden los resultados en términos de mejoras en salud y, por tanto, difícilmente se obtendrán mejoras en calidad.

¿Se están logrando mejoras en cuanto a la calidad de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos, su accesibilidad y eficiencia en su prestación?

Aunque las políticas sanitarias se encaminan a mejorar el acceso a los servicios de salud, su calidad y eficiencia en su provisión, se observan mejoras modestas en estos ámbitos, los de impacto directo o indirecto en el bienestar de los usuarios de la red sanitaria de utilización pública. Esta afirmación se fundamenta en la siguiente conclusión (véase el apartado 5.5.3):

20. El análisis por parte de la Sindicatura de los indicadores de calidad, eficiencia y accesibilidad de los servicios sanitarios prestados en la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña elaborados anualmente por el CatSalut y su evolución en el tiempo, ha puesto de relieve mejoras modestas en cuanto a la eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios y mejoras más sustantivas –excepto en el caso de las intervenciones por procesos oncológicos, en los que empeora. Por el contrario, no se observan mejoras en cuanto a la calidad de la atención asistencial recibida por los pacientes en el ámbito hospitalario.

4. RECOMENDACIONES

A continuación se incluyen las recomendaciones al CatSalut que se consideran pertinentes a partir del resultado del trabajo de fiscalización.

Pertinencia de los objetivos a alcanzar mediante la aplicación de incentivos monetarios

1. Es necesario que el CatSalut revise y evalúe si los incentivos establecidos a través del sistema de determinación de precios de la hospitalización persiguen objetivos coherentes con la planificación estratégica del Departamento de Salud. Asimismo, es necesario que el CatSalut evalúe la congruencia entre los objetivos vinculados a la contraprestación por resultados y los ejes estratégicos del plan de salud vigente en cada momento.

Contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada

2. El CatSalut debe establecer un criterio homogéneo para todas las entidades proveedoras en cuanto a la delimitación de las unidades proveedoras respectivas, a efectos de la compra de servicios sanitarios. Dado el sistema de determinación de precios vigente, y con el fin de asegurar que la compra de la actividad de hospitalización se ajuste al principio de economía, la unidad proveedora debe coincidir, en cada caso, con un solo centro hospitalario, entendiendo como tal aquel hospital de agudos que esté referenciado en el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT).
3. El CatSalut debería impulsar, en el marco de la comisión de sistemas de pago, la propuesta de modificación oportuna para que el precio del alta hospitalaria se fundamente en un modelo de pago centrado en la casuística, tomando como ponderación del precio unitario del alta los pesos correspondientes a la agrupación de casos más adecuados, estimados sobre la base de costes reales, y considerando los ajustes necesarios por factores vinculados a la estructura de los centros, u otros que se consideren apropiados. Esta propuesta evitaría las distorsiones debidas a la preponderancia del componente de estructura en el modelo actual y, al mismo tiempo, posibilitaría el encaje de las entidades que operan como medios propios, como es el caso del Instituto Catalán de Oncología (ICO), para las que la normativa contractual exige que el sistema de compensación se base en la determinación de tarifas establecidas en función de los costes reales de las actividades a realizar. Asimismo, facilitaría el encaje del ICS –mediante el contrato programa correspondiente– en un modelo de pago común a todas las entidades proveedoras. Para facilitar la necesaria adaptación de los diferentes actores a este modelo de pago del alta hospitalaria, el CatSalut debería prever su aplicación progresiva.

Estructura de los hospitales

4. En el sistema de contraprestación de las altas hospitalarias, el peso de la estructura fue el 63% del precio de las altas y el de la casuística, el 37%. En correspondencia con la recomendación número 3, el CatSalut debería estudiar la idoneidad de aumentar el peso de la casuística en el precio de las altas y disminuir el de la estructura, porque el sistema de pago debería financiar esencialmente el tipo de actividad que realizan los hospitales.

5. El actual sistema de contraprestación de la estructura, basado en la asignación de un nivel de estructura en cada hospital, no permite ajustar la estructura hospitalaria a las características específicas de cada centro. De acuerdo con las recomendaciones número 3 y 4 de este informe, el CatSalut debería impulsar una revisión del sistema de contraprestación de la estructura, hacia un modelo sin los niveles discretos de estructura, con el objetivo de garantizar una contraprestación económica con ajustes más precisos en lo que respecta a la estructura hospitalaria.

Complejidad de la casuística de los hospitales

6. En el cálculo del factor de ponderación de la casuística, el CatSalut utiliza ponderaciones del alta hospitalaria estimadas a partir de costes hospitalarios de Estados Unidos, ya que no se conocen con suficiente precisión los costes de los hospitales catalanes. En este sentido, el CatSalut debería impulsar el desarrollo de un marco de contabilidad analítica homogéneo para todos los hospitales de agudos del SISCAT y las acciones necesarias para una implementación efectiva de este marco de contabilidad analítica en el conjunto de proveedores, especialmente entre aquellos que, por su dimensión, puedan carecer de los recursos necesarios para introducir sistemas de contabilidad analítica y de gestión. Partiendo de este marco, deberían poderse obtener estimaciones fiables de los costes de los hospitales catalanes.
7. El CatSalut debería impulsar la elaboración de un conjunto de pesos, asociados a la agrupación de casos empleada para determinar la casuística más adecuada, que se obtengan a partir de estimaciones basadas en costes reales de los hospitales del SISCAT, en correspondencia con la recomendación anterior. La necesidad de elaborar este conjunto de pesos debe entenderse también en el marco de la recomendación número 3 de este informe. Igualmente, el CatSalut debería valorar, dentro de la comisión de sistemas de pago, la idoneidad y viabilidad de desarrollar un sistema de agrupación de casos propio del sistema sanitario catalán, en línea con las experiencias de otros países de nuestro entorno.

Urgencias

8. Es necesario que el CatSalut revise el precio unitario de la urgencia atendida para adaptar su importe a los costes unitarios de la atención hospitalaria urgente. Adicionalmente, es necesario que el CatSalut revise el factor de ponderación de la urgencia atendida empleado en la actualidad, de forma que refleje mejor la complejidad del paciente urgente, y tenga en cuenta también elementos de estructura de los dispositivos de urgencias. En esta revisión, el CatSalut puede considerar también la idoneidad de utilizar el factor de ponderación para generar incentivos coherentes con el eje 1 del Plan nacional de urgencias de Cataluña.

Técnicas, tratamientos y procedimientos específicos y actividad de alta complejidad

9. El CatSalut establece los precios unitarios de las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos y de la actividad de alta complejidad en función de unos escandallos de costes de estas prestaciones. Algunos de estos precios unitarios se calcularon con anterioridad a 2003 y desde entonces no se han modificado, solo se han actualizado con los incrementos anuales de precios. El CatSalut debería revisar el coste de estas prestaciones para determinar un precio ajustado a los costes estándar reales actuales.

Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad

10. La mayoría de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se financiaron con una cuantía anual asignada. Con objeto de facilitar el seguimiento de la actividad que las entidades proveedoras están prestando y mejorar la eficiencia del sistema de pago, el CatSalut debería revisar las acciones sanitarias ligadas a una actividad asistencial en la que se puede delimitar una actividad unitaria y financiarlas vía precio unitario. El CatSalut también debería revisar si se mantienen las necesidades sanitarias que dieron lugar a la creación de programas, dado que como mínimo el 34% de los programas de cuantía asignada financiados en 2022 llevan al menos más de 20 años ejecutándose.

Precios de las prestaciones sanitarias

11. Durante el año 2022, el CatSalut añadió y modificó prestaciones y, en consecuencia, los precios del apartado de técnicas, tratamientos y procedimientos, algunos de ellos con efecto retroactivo. Para permitir la planificación de la actividad por parte de las entidades proveedoras, el CatSalut debería mantener invariables las prestaciones ya contratadas y también estudiar la posibilidad de contratar la actividad de forma plurianual, lo que garantizaría a los proveedores un marco de actuación estable y transparente.

Facturación y regularización

12. Es necesario que el CatSalut aplique un criterio uniforme en el cálculo de la actividad realizada por las unidades proveedoras, en el marco de la resolución que anualmente determina las condiciones de pago y facturación, o proponga al Departamento de Salud una redacción más precisa que especifique este criterio con claridad. En cualquier caso, dicho criterio debería ser coherente con el principio de economía en la adquisición de recursos.

Contraprestación por resultados

13. Para que la contraprestación por resultados incentive las actuaciones de los proveedores y permita mejorar la calidad asistencial y los resultados en salud del SISCAT, el CatSalut debería estudiar la idoneidad de aumentar el peso de este pago variable en la cuantía total contratada del servicio de atención hospitalaria y especializada de agudos que actualmente es aproximadamente el 5% del importe contratado. En cualquier caso, a la contraprestación por resultados deberían incorporarse indicadores que midieran los resultados en salud. El CatSalut también debería dar a conocer a las entidades proveedoras los objetivos vinculados a la contraprestación por resultados y los indicadores antes del inicio del año en que deben alcanzarlos, para que estas entidades pudieran planificar su actividad y alcanzar los objetivos establecidos.

Eficacia de los incentivos monetarios aplicados mediante el sistema de fijación de precios

14. Dada la falta de efectividad de la penalización de los reingresos, debería revisarse su magnitud, valorando aplicar dicha penalización al conjunto de las altas consideradas como reingreso clínicamente relacionado. En este sentido, se podría aplicar una penalización más moderada sobre el conjunto de dichas altas, dando mayor margen al comparador para adaptar su magnitud a los resultados observados. En la misma línea, el CatSalut podría aplicar incentivos a la reducción de los reingresos hospitalarios por cualquier causa a través de la contraprestación por resultados, si esta actuación es coherente con el Plan de salud de Cataluña.
15. Dada la imposibilidad virtual de alcanzar mejoras en la tasa de intervenciones ambulatorias en determinados casos, es imprescindible que el CatSalut revise la conveniencia de seguir aplicando un incentivo financiero a la CMA en las intervenciones en las que existe un margen escaso para alcanzar porcentajes de cirugía ambulatoria más elevados. En este sentido, el CatSalut debería ser selectivo en la aplicación de incentivos económicos a la CMA, aplicándolos únicamente en aquellos casos en los que exista margen de mejora de acuerdo con la práctica clínica y la evidencia comparada. La Sindicatura considera que el modelo de pago que se indica en la recomendación número 3 es adecuado a tal efecto, dado que la extracción de una parte importante de la actividad quirúrgica del pago del alta hospitalaria, añadida a la actividad terciaria, desvirtuaría completamente la IRR como medida relativa de casuística.

Utilidad del sistema de pago

16. En relación con la eficiencia en la provisión, el CatSalut debe abordar las causas que limitan el incremento en la implantación de la cirugía ambulatoria en determinados casos, junto con la aplicación de incentivos selectivos para potenciarla. En este sentido, es ne-

cesario valorar el papel de la atención intermedia en la atención a las personas que no cuenten con un acompañamiento postoperatorio adecuado. En relación con la calidad asistencial, el CatSalut debería valorar la introducción de incentivos o penalizaciones que incidan específicamente en las dimensiones de calidad asistencial que se miden, dada la evolución negativa de estos indicadores. Por último, en relación con la accesibilidad de los servicios, el CatSalut debería revisar la adecuación de los recursos disponibles y de la contratación para hacer frente a la demanda en el caso particular de la atención oncológica, así como explorar las posibilidades de mejora de la eficiencia específicamente en ese ámbito.

17. En el marco del contrato programa entre el CatSalut y el ICS, es necesaria la introducción de incentivos monetarios dirigidos a las unidades proveedoras que gestiona este último, equivalentes a los incentivos que se aplican al resto de proveedores del SISCAT, cuando la evaluación de estos incentivos haya mostrado su eficacia.

5. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

En este apartado se recoge el resultado de la fiscalización en relación con cada uno de los objetivos de la fiscalización. Para facilitar la obtención de respuestas a estos objetivos, cada uno se ha desglosado en varios subobjetivos en forma de preguntas.

5.1. ¿EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS ES ADECUADO PARA PROMOVER LAS DIRETRICES Y OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE SALUD DE CATALUÑA?

5.1.1. ¿Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la fijación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son coherentes con el Plan de salud de Cataluña?

El sistema de determinación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada permite introducir incentivos económicos, por medio de los cuales el comprador público puede tratar de alcanzar varios objetivos de política sanitaria. La Sindicatura ha identificado los incentivos vinculados al precio del alta hospitalaria que, introducidos con anterioridad, estaban todavía vigentes en 2022 (cuadro 4).

Cuadro 4. Incentivos vinculados al precio del alta hospitalaria

Objetivo	Incentivo
Fomentar la actividad quirúrgica	Incremento de un 2% en el precio unitario de las altas quirúrgicas respecto al precio unitario de las altas médicas y obstétricas.
Contener los reingresos hospitalarios	Penalización del 60% en el precio unitario de las altas que se consideren reingreso hospitalario.
Fomentar la CMA	Retribución de la CMA como alta quirúrgica con hospitalización convencional.
Fomentar la hospitalización domiciliaria	Retribución de la hospitalización domiciliaria que evita el ingreso en el centro como alta médica con hospitalización convencional.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el CatSalut.

En primer lugar, el sistema de determinación del precio del alta hospitalaria contiene los llamados factores de ponderación, que se multiplican por el precio unitario del alta y pueden alterar, así, su valor. Estos factores de ponderación se determinan anualmente mediante resolución de la persona titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut.²⁵ Los factores de ponderación correspondientes a 2022 se pueden ver en el cuadro 5.

Cuadro 5. Factores de ponderación

Altas hospitalarias	Factor de ponderación
Alta quirúrgica	1,02
Alta médica	1,00
Alta obstétrica	1,00
Alta de reingreso	0,40

Fuente: Resolución del consejero de Salud de 21 de junio de 2022 por la que se establecen, para el año 2022, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada.

Dado que el precio unitario es el mismo para cada tipo de alta, con estos factores de ponderación se persiguen 2 objetivos: por un lado, incentivar la actividad quirúrgica de los hospitales, debido a que cada alta quirúrgica se paga a un precio un 2% superior al de las altas médicas u obstétricas, y por otro, penalizar las altas de reingreso –ya sean médicas, quirúrgicas u obstétricas–, debido a que su precio final incorpora una penalización del 60% en relación con el precio unitario del alta. De acuerdo con fuentes del CatSalut, el primer incentivo busca incrementar la actividad quirúrgica de los hospitales con la intención de que sean cada vez más quirúrgicos y la actividad médica se desplace a otros ámbitos de la

25. Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, artículo 49.

atención especializada, a otras líneas asistenciales o incluso al domicilio del paciente, siempre que alguna de estas alternativas asistenciales sea factible. El segundo, en cambio, busca reducir o contener las altas que se producen como consecuencia de un reingreso, entendiendo que el reingreso clínicamente relacionado con el primer episodio puede ser indicativo de una falta de calidad asistencial.

Asimismo, a partir de las entrevistas mantenidas con los responsables del CatSalut, la Sindicatura ha tenido conocimiento de 2 incentivos adicionales vinculados al precio del alta hospitalaria: por un lado, el encaminado a fomentar la actividad de CMA mediante la equiparación de su pago al de una alta quirúrgica convencional, a pesar de no requerir ingreso en el hospital; por otro, el encaminado a fomentar la actividad de hospitalización domiciliaria, que supone la evitación total del ingreso en el centro hospitalario, mediante la equiparación de su pago al de una alta médica convencional, es decir, con hospitalización en el centro.²⁶ En ambos casos, el incentivo para el proveedor consiste en recibir una remuneración correspondiente a un ingreso convencional pero sin tener que asumir los costes de hospitalización. Para el sistema de salud, las actividades incentivadas suponen más eficiencia en términos de estancia media y de ocupación de camas en los hospitales. Para el paciente, implican más confort y bienestar, porque puede pasar la convalecencia u hospitalización en su domicilio.

De acuerdo con el artículo 62.1 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, el Plan de salud es el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud en el ámbito de la Generalidad de Cataluña. Esto no quiere decir que todas estas actuaciones tengan que estar recogidas explícitamente en el Plan de salud, pero sí se espera que sean coherentes y se adecuen a lo que establece el Plan. Además, el desarrollo normativo posterior contiene referencias específicas a la congruencia entre determinadas previsiones normativas y el Plan de salud. En el caso concreto del sistema de determinación de precios, el artículo 34.4 del Decreto 118/2014 establece que el factor de ponderación es el valor que se asigna a cada tipo de alta con el fin de fomentar la consecución de los objetivos que establece el Plan de salud de Cataluña.

Así pues, los objetivos que el CatSalut quiere alcanzar mediante el sistema de determinación de precios deben estar alineados con lo que establece el Plan de salud, ya sea porque la normativa lo establece expresamente o porque el marco general de ordenación sanitaria así lo prescribe.

26. Para más detalle en relación con la hospitalización domiciliaria, véase el apartado 5.5.1.

Dada la necesidad de coherencia entre unos y otros objetivos, la Sindicatura ha examinado los planes de salud vigentes desde la entrada en vigor del Decreto 118/2014 y ha constatado los siguientes aspectos:

Incentivo a la actividad quirúrgica

El Plan de salud de Cataluña 2021-2025 no hace mención alguna a la necesidad de que los hospitales aumenten la actividad quirúrgica. El Plan incluye un eje estratégico referente a los “ámbitos de transformación de los servicios de salud”, pero ninguno de sus objetivos puede vincularse de forma directa con el incentivo analizado.²⁷ Hay que buscar en el Plan de salud anterior (2016-2020) para encontrar una mención al aumento de la actividad quirúrgica y al descenso del número de hospitalizaciones médicas que se produce entre los años 2012 y 2015, así como a la “reordenación de la atención terciaria”, todo ello en el marco del reto titulado “organizarse mejor para ser más efectivos”.²⁸ Sin embargo, no se hace otra mención ni en las líneas estratégicas del plan ni en sus objetivos.

Penalización de las altas de reingreso

El Plan de salud de Cataluña 2021-2025 no hace mención alguna a la necesidad de reducir las altas de reingreso, ni ninguno de sus ejes estratégicos puede vincularse directamente a este objetivo. El último plan que establece objetivos alineados con el factor de ponderación empleado en el caso de las altas de reingreso es el Plan de salud de Cataluña 2011-2015: en su línea de actuación 1, relativa a los objetivos y programas de salud, se establecieron 3 objetivos de reducción de las altas de reingreso correspondientes a 3 patologías concretas.²⁹

Incentivo en la CMA

El Plan de salud de Cataluña 2021-2025 no hace ninguna mención a la necesidad de incrementar la actividad de CMA, ni ninguno de sus ejes estratégicos puede vincularse directamente a este objetivo. Los planes vigentes en los períodos 2011-2015 y 2016-2020 hacen referencia a la CMA en el marco de las mejoras de eficiencia, accesibilidad y resolución del sistema; el primero, además, hace referencia al aumento en el índice de sustitución de la CMA acaecido en los 5 años anteriores.³⁰ Sin embargo, ninguno de los 2 planes incluye la CMA en sus objetivos o líneas de actuación.

27. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud (2021). Plan de salud de Cataluña 2021-2025. Barcelona: Dirección General de Planificación en Salud, p. 98.

28. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud (2016). Plan de salud de Cataluña 2016-2020. Barcelona: Dirección General de Planificación en Salud, p. 26.

29. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud (2012). Plan de salud de Cataluña 2011-2025. Barcelona: Departamento de Salud.

30. Ibídem.

Hospitalización domiciliaria

El Plan de salud 2021-2025 incluye en su objetivo específico de redefinir la red de atención sociosanitaria, dentro del eje relativo a los ámbitos de transformación de los servicios de salud, la acción de promover las alternativas a la hospitalización y fomentar las unidades integrales de hospitalización domiciliaria, de acuerdo con la evidencia disponible, desde una visión de atención integrada.³¹ Por otro lado, el Plan de salud 2016-2020 incluyó como uno de sus ejes de trabajo con perspectiva 2020, concretamente dentro del proyecto 4.3 (Revisión del modelo de atención continuada y urgente y de sus resultados), el propósito de “potenciar el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional (hospitalización domiciliaria, subagudos u hospitales de día) y de flujos alternativos en la atención urgente de determinados grupos de enfermos, como por ejemplo los pacientes oncológicos o crónicos complejos, con el objetivo de que sus descompensaciones se solucionen en entornos centrados en los usuarios y sus necesidades”.³²

A partir del análisis de la congruencia entre los objetivos que se quieren alcanzar mediante el sistema de fijación de precios de la atención hospitalaria y la planificación estratégica en materia de salud, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- De los distintos objetivos asociados a la fijación de los precios de la actividad, únicamente la promoción de la hospitalización domiciliaria que evita completamente el ingreso en un centro hospitalario está amparada por el Plan de salud de Cataluña vigente en 2022. Ninguno de los restantes objetivos se puede vincular de forma directa con los objetivos establecidos en el Plan de salud vigente, ni tampoco con los objetivos o líneas de actuación de los 2 planes precedentes.
- La falta de evaluación de la congruencia entre los objetivos que se quieren alcanzar con la determinación de los precios y las prioridades establecidas en el Plan de salud vigente permite que determinados incentivos se conviertan en anacrónicos y acaben revistiendo carácter de permanencia.

5.1.2. ¿Los objetivos del pago por resultados están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña?

La contraprestación por resultados se establece en el marco del convenio de gestión de servicios suscrito con el CatSalut y vincula una parte de la remuneración que perciben los hospitales a la consecución de objetivos específicos y medibles. El artículo 50 del Decreto 118/2014 determina que los objetivos del pago por resultados deben estar necesariamente relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña.

31. Generalidad de Cataluña. Plan de salud de Cataluña 2021-2025.

32. Generalidad de Cataluña. Plan de salud de Cataluña 2016-2020, p. 95.

Del total de 33 objetivos que se ponderan en la contraprestación por resultados, la Sindicatura ha seleccionado una muestra de 6, con un peso aproximado del 95% del total de la contraprestación (cuadro 6).

Cuadro 6. Objetivos con mayor cuantía de contraprestación por resultados. Ejercicio 2022

Objetivo	Importe asignado a la contraprestación por resultados (%)
Proporcionar los datos de los indicadores de seguridad de los pacientes del hospital	28,86
Consolidar el equipo del Programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA Cat)	28,86
Alcanzar un determinado valor mínimo del índice de calidad en la prescripción farmacéutica	24,83
Disminuir el tiempo de espera por hospitalización de los pacientes atendidos en urgencias	4,74
Disponer de un equipo de control de la infección hospitalario con una determinada estructura	3,99
Alcanzar un determinado valor mínimo del grado de cobertura de la identificación inequívoca de pacientes	3,67
Resto de objetivos	5,05
Total objetivos	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de objetivos vinculados a la contraprestación por resultados facilitada por el CatSalut.

El análisis de estos objetivos y su relación con los ejes estratégicos del Plan de salud han permitido a la Sindicatura constatar lo siguiente:

- De los 6 objetivos vinculados a la contraprestación por resultados analizados, solo uno de ellos, la consolidación del equipo del Programa de optimización del uso de antimicrobianos del hospital, está directamente relacionado con uno de los ejes estratégicos del Plan de salud, concretamente el eje 5, referente a la resistencia a los antibióticos, que hace referencia explícita a la estrategia del equipo del Programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA Cat) para disminuir la resistencia microbiana.

Hay que precisar que el objetivo relativo a la estructura de los equipos de control de la infección hospitalarios, a pesar de no estar directamente relacionado con ninguno de los ejes estratégicos del Plan, sí está vinculado a uno de los objetivos de salud a alcanzar a lo largo de su vigencia, el de reducir las infecciones nosocomiales (calidad de los servicios). Por otra parte, el objetivo de disminuir el tiempo de espera por ingreso en hospitalización convencional de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias hace referencia a uno de los ejes del Plan nacional de urgencias de Cataluña (PLANUC), pero no se puede vincular a ninguno de los ejes estratégicos del Plan de salud, en contra de lo dispuesto en la normativa.

5.1.3. ¿La relación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarca adecuadamente en los objetivos estratégicos establecidos por el Departamento de Salud?

De acuerdo con el apartado 2.1 de las definiciones incluidas en el Decreto 118/2014, los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad son actividades que deben implementarse derivadas del Plan de salud de Cataluña y del resto de criterios de política sanitaria.

El mismo texto normativo establece que, en el caso de las entidades proveedoras de servicios sanitarios concertadas, la relación de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad la fija anualmente la persona titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut. En cumplimiento de este precepto, en 2022 el consejero de Salud determinó la relación de los servicios, dispositivos y programas específicos que tenían un interés especial sanitario para ese año.

En cuanto a los centros proveedores del ICS que prestan servicios por cuenta del CatSalut, la relación de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se establece en las cláusulas adicionales de concertación y en las resoluciones de 21 de junio y de 5 de diciembre de 2022 del director del CatSalut, mediante las cuales el CatSalut encarga al ICS la prestación de estos servicios derivados de nuevas necesidades.

Durante el año 2022 las entidades proveedoras del SISCAT prestaron los servicios vinculados a 55 servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad por valor de 592,60 M€, de los cuales 371,96 M€ correspondían a actuaciones realizadas por las entidades concertadas, y 220,64 M€, a actuaciones realizadas por el ICS valoradas de acuerdo con criterios y parámetros propios de las contraprestaciones de las entidades concertadas (véanse los cuadros 32 y 33 de los apartados 6.6.2 y 6.3.3 del anexo 3).

A partir de una muestra de 11 servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad que las entidades proveedoras concertadas ejecutaron en 2022, la Sindicatura ha solicitado al CatSalut la justificación de la necesidad de implementar estas actuaciones que deberían derivar del Plan de salud de Cataluña y del resto de criterios de política sanitaria.

El CatSalut ha facilitado información de los programas solicitados en un escrito, pero no ha entregado el documento de cada uno de los servicios, dispositivos y programas específicos aprobados por el órgano rector del CatSalut, en los que debería constar, entre otros aspectos, la finalidad del programa, las actuaciones del programa y el objetivo del Plan de salud o criterio de política sanitaria de los que deriva.

En el cuadro 35 del apartado 6.4 del anexo 4 consta la muestra de programas analizados, de cuyo análisis se desprende lo siguiente:

El Programa de atención especializada intensiva e integral de la discapacidad de origen neurológico deriva del Decreto 118/2014; el programa Enfermedades minoritarias en edad pediátrica se adecua al área prioritaria de enfermedades prioritarias del Plan de salud 2016-2020, vigente cuando se creó el programa, y los planes posteriores también incluyen la necesidad de potenciar la estrategia de atención a personas afectadas de enfermedades minoritarias; el programa Laboratorio de Histocompatibilidad se ajusta al modelo organizativo del trasplante de Cataluña; el programa Unidad de prevención, control y epidemiología oncológica se adecua a los planes directores de oncología que se elaboran con una periodicidad quinquenal, y los programas de Atención a la mujer y Cribado neonatal se adecuan al Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y a la normativa posterior.

El Programa de absorción de urgencias - urgencias hospitalarias y el Programa especial para centros aislados geográficamente y complementarios son aportaciones del CatSalut a las unidades proveedoras que complementan, en el primer caso, la contraprestación de urgencias de los hospitales que lo requieren por sus características, y en el segundo caso, la contraprestación de prestaciones sanitarias de los centros hospitalarios con demanda insuficiente para poderse financiar. Estos 2 programas no derivan de ningún plan de salud ni de los criterios de política sanitaria, sino que complementan las contraprestaciones que en ambos casos habían sido calculadas de acuerdo con los parámetros establecidos en el Decreto 118/2014.

El CatSalut ha informado que la finalidad del Programa específico de alianzas territoriales y del Programa de coordinación entre líneas asistenciales es promover acciones en la línea de asegurar la integración, la continuidad y el seguimiento de la actividad asistencial entre las líneas de atención hospitalaria y especializada, atención especializada familiar y comunitaria y de salud pública en el ámbito de la atención primaria, atención sociosanitaria y atención a la salud mental, así como entre los diferentes proveedores de un determinado territorio. Esta finalidad se adecua a la línea de actuación 3, Un sistema integrado más resolutivo desde los primeros niveles y al territorio, del Plan de salud 2011-2015, vigente cuando se crearon los programas y a los planes de salud posteriores. Sin embargo, la información facilitada por el CatSalut de estos programas es genérica y no permite determinar si la actividad que realizan las unidades proveedoras corresponde a la finalidad de los programas. En todo caso, el Programa específico de alianzas territoriales incluye la provisión asistencial, que no podía contratarse por falta de definición concretada y ya aprobada por el Consejo de Dirección, que no necesariamente debe ajustarse a la finalidad de este programa.

El CatSalut no ha facilitado información sobre el plan o política sanitaria de los que debería derivar el Programa de microcirugía reconstructiva posneoplásica.

En relación con la información facilitada por el CatSalut que se ha analizado, la Sindicatura pone de manifiesto la siguiente conclusión:

- De una muestra de 11 programas, 6 programas derivan de los planes de salud o de los criterios de política sanitaria del Departamento de Salud y 2, el Programa de absorción de urgencias – urgencias hospitalarias y el Programa especial para centros aislados geográficamente y complementarios, no se ajustan a los planes de salud o a los criterios de política sanitaria del Departamento. El CatSalut no ha aportado información suficiente para determinar si los 3 programas restantes o la actividad que el CatSalut contrata a partir de estos programas derivan de un plan de salud de Cataluña y del resto de criterios de política sanitaria.

5.2. ¿LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS CON LOS DIFERENTES PROVEEDORES SE AJUSTA A LA NORMATIVA Y A CRITERIOS OBJETIVOS, UNIFORMES Y QUE RESPETEN EL PRINCIPIO DE ECONOMÍA?

5.2.1. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por cuenta del CatSalut se articuló de acuerdo con lo establecido en la normativa?

La Directiva 2014/24/UE, sobre contratación pública, y la Ley de contratos del sector público (artículo 11.6) establecen que determinados servicios sociales y otros específicos, entre los que están los sanitarios, los pueden prestar directamente los poderes públicos mediante contratos y fórmulas no contractuales. Entre estas fórmulas destacan, en el ámbito sanitario, el concierto, los convenios singulares de vinculación y las autorizaciones, siempre que la fórmula no contractual garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación.

El conjunto de los centros proveedores que prestan servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por cuenta del CatSalut, todos integrados en la red SISCAT, incluye hospitales concertados que no forman parte del ICS, por un lado, y hospitales que pertenecen al ICS, por otro, con un marco jurídico diferenciado en cada caso.

De acuerdo con la previsión normativa que establece el marco jurídico de la contratación administrativa, los encargos de gestión de los servicios públicos que suscribe el CatSalut con las entidades proveedoras concertadas diferentes en el ICS se regula en el Decreto 118/2014. El artículo 13.2 de esta norma contempla que el encargo de la gestión de los servicios asistenciales a las entidades proveedoras que prestan los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos mediante hospitales integrados en el SISCAT se

formaliza, con carácter general, mediante un convenio. Estos hospitales deben estar acreditados y cumplir con los estándares de calidad que exige el Departamento de Salud, en cumplimiento del artículo 3.3 del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña.

En 2022 la mayor parte de los convenios vigentes formalizados con las entidades proveedoras concertadas que prestaron servicios de atención hospitalaria se habían firmado el 1 de enero de 2012, con una vigencia de 1 año, prorrogable anualmente, y una duración máxima de 10 años. Las prórrogas anuales de estos convenios se han ido formalizando mediante cláusulas adicionales donde se especifica la actividad y la contraprestación económica anuales, que en el caso del año 2022 se firmaron en marzo de 2023.

En el caso de los centros proveedores del ICS que prestan servicios por cuenta del CatSalut, esta prestación se regula en el marco de la Ley y de los Estatutos del ICS, de acuerdo con los que debería articularse mediante un contrato programa suscrito entre ambas partes.

La contraprestación de los servicios que el ICS presta por cuenta del CatSalut se convierte en un importe que se consigna presupuestariamente cada año con cargo al capítulo 4, de transferencias corrientes, y al capítulo 8, de aportaciones de capital, del presupuesto del CatSalut. La transferencia corriente se hace efectiva durante el año en 12 mensualidades, y la de capital, de manera íntegra a principios de año. Se excluyen los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad ligados a nuevas actuaciones, que el ICS factura al CatSalut de acuerdo con la actividad.

En los meses de marzo y abril de 2023, una vez agotado el plazo de la cláusula del año 2022, el importe transferido al ICS durante el año 2022 se formalizó de forma extemporánea mediante cláusulas adicionales, en las que se hizo constar la actividad a realizar por parte de los centros gestionados por el ICS, valorada de acuerdo con los precios y parámetros que el CatSalut aplicó a las entidades concertadas.

El análisis del marco jurídico que regula la prestación de servicios por parte de las entidades concertadas ha puesto de manifiesto los siguientes aspectos:

- La Ley 40/2015 exige que la prórroga de los convenios se formalice de mutuo acuerdo antes de que finalice su vigencia, y es causa de resolución del convenio el transcurso del plazo de vigencia sin haber acordado su prórroga.³³ En ningún caso tiene cabida una prórroga automática, o acordarla una vez transcurrido el plazo de vigencia, dado que comportaría la extinción del convenio.

33. Artículos 49 y 51 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del régimen jurídico del sector público.

Las prórrogas extemporáneas que se formalizaron en el año 2022 fundamentaban su vigencia en la disposición transitoria primera de la Ley 5/2020, de 29 de abril, de medidas fiscales, financieras, administrativas y del sector público y de creación del impuesto sobre las instalaciones que inciden en el medio ambiente, donde se regulaba un régimen transitorio que permitía mantener vigentes los convenios existentes hasta la entrada en vigor de la Ley reguladora de las formas de gestión no contractual en materia de salud.

Asimismo, los acuerdos de gobierno de 8 de febrero de 2022 y de 31 de enero de 2023 autorizaban a facturar y pagar los servicios prestados durante la vigencia de las cláusulas adicionales (prórrogas) de los años 2021 y 2022, a pesar de que las cláusulas fueron formalizadas con posterioridad a su vigencia. Por tanto, dichos acuerdos de gobierno otorgaban efectos retroactivos a las cláusulas adicionales.

Sin embargo, la Sindicatura considera que ni la disposición transitoria primera de la Ley 5/2020 ni los acuerdos de gobierno eran aplicables a las prórrogas extemporáneas de 2022, porque estos convenios ya no se mantenían vigentes, dado que no se habían formalizado las prórrogas correspondientes, de forma expresa, antes de finalizar la duración de los convenios o de la prórroga anterior. Así pues, el reconocimiento de la retroactividad de los efectos de la firma no podía tener ninguna validez.

De acuerdo con la doctrina de la Comisión Jurídica Asesora, esta situación se ha equiparado al supuesto de nulidad de pleno derecho y, en consecuencia, las prestaciones sanitarias que se llevaron a cabo no tendrían amparo legal. El CatSalut debería instar la revisión de oficio para declarar la nulidad del acto tácito, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial que se le pueda exigir.

- Las entidades que prestan los servicios por cuenta del CatSalut son entidades de titularidad pública participadas por el CatSalut o vinculadas a él, o de titularidad privada. Entre las entidades vinculadas al CatSalut, algunas operan como medios propios del CatSalut, como es el caso del ICO, y otras que no tienen esta condición.

El sistema para articular las relaciones entre el CatSalut y las entidades proveedoras de servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos se fundamenta en un modelo de encargos de gestión y bajo un único sistema de contraprestación para el conjunto de las entidades, regulado por el Decreto 118/2014. Sin embargo, el artículo 24.6 del texto refundido de la Ley de contratos del sector público (TRLCSP) exige, con carácter básico, que el sistema de compensación de los medios propios se base en la determinación de tarifas por parte de la Administración o entidad de la que dependen, todo ello de conformidad con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea relativa a la contratación de medios propios.

Por tanto, para las entidades que cumplen los requisitos para ser medio propio del CatSalut deberían aprobarse las tarifas para cada una de las líneas asistenciales, en función de los costes reales de las actividades encargadas.³⁴

Por otra parte, en lo que se refiere a la prestación de servicios por parte de los centros proveedores del ICS, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- El CatSalut y el ICS no han suscrito el contrato programa que requiere la Ley del ICS, en cuyo marco deberían regularse, entre otros aspectos, la relación de servicios y actividades que debe prestar el ICS por cuenta del CatSalut, la evaluación económica correspondiente, los recursos en relación con los sistemas de compra y pagos vigentes, los objetivos y la financiación. Por el contrario, la contraprestación de la mayoría de los servicios que presta el ICS se articula con transferencias corrientes y de capital con cargo al presupuesto del CatSalut, cuando, en cumplimiento de la Ley del ICS, la contraprestación debería establecerse en función de las prestaciones realizadas y las tarifas que respondan a los costes reales de ejecución de las prestaciones.³⁵

El importe de la contraprestación satisfecha durante el año se formaliza mediante cláusulas adicionales suscritas de forma extemporánea, en las que se establecen las mismas condiciones de facturación y pago de los servicios prestados por las entidades concertadas, de modo que, en la práctica, las previsiones de estas cláusulas no se cumplen. Además, estas cláusulas se firman con posterioridad a su vigencia y no se contempla la eficacia retroactiva, lo que constituye una causa de anulabilidad.³⁶

El incumplimiento del mandato normativo de suscribir un contrato programa y la firma extemporánea de las cláusulas adicionales constituyen un incumplimiento del principio de buen gobierno y una vulneración del derecho de los ciudadanos a una buena administración, dado que denota que el CatSalut y el ICS han incumplido el deber de actuar con la diligencia debida. Este incumplimiento del deber del buen gobierno y del derecho a una buena administración también es extensible al Gobierno por la falta de control regulador, dado que no se ha realizado una evaluación normativa *ex post* sobre el cumplimiento de la Ley y de los Estatutos del ICS.

34. Artículo 32.2.a de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

35. Artículo 2.7 de la Ley del ICS.

36. Artículo 48 de la Ley del Estado 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

5.2.2. ¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas responde a un criterio objetivo y uniforme?

Para contratar la actividad sanitaria en los hospitales concertados que forman parte del SISCAT, el CatSalut suscribe encargos de gestión de servicios (convenios) con las entidades proveedoras que gestionan estos centros. De acuerdo con la normativa, la *entidad proveedora* es la persona física o jurídica, ya sea pública o privada, titular de la gestión de un centro, servicio o establecimiento sanitario con capacidad técnica y habilitación legal para prestar los servicios asistenciales de cobertura pública a la ciudadanía que requiere el CatSalut.³⁷ Ahora bien, el CatSalut puede suscribir tantos convenios con una de estas entidades como unidades proveedoras le correspondan, puesto que la actividad contratada, la asignación de los importes no vinculados a la actividad y los demás parámetros de la atención hospitalaria y especializada se fijan, generalmente, para cada unidad proveedora.³⁸

La definición y delimitación del concepto *unidad proveedora* tiene, pues, un papel crucial en lo que respecta al sistema de determinación de precios. Sin embargo, no existe una relación unívoca entre unidad proveedora y *centro hospitalario*.³⁹ En ese sentido, en la revisión de los distintos convenios, la Sindicatura ha podido observar las siguientes situaciones:

- Entidades proveedoras que gestionan más de un centro hospitalario y cada centro se corresponde con una unidad proveedora (convenios separados para cada centro):
 - Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (fundación privada):
 - Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)
 - Hospital de El Vendrell
 - Gestión de Servicios Sanitarios (GSS):
 - Hospital de Santa María
 - Hospital Comarcal de El Pallars
 - Instituto Catalán de Oncología (ICO):
 - ICO Badalona
 - ICO Hосitalet
 - ICO Girona

37. Véase el apartado 1.3 (definiciones del Decreto 118/2014).

38. Una excepción sería el Instituto Catalán de Oncología (ICO), para el que se fijan parámetros de casuística comunes para sus 3 unidades proveedoras.

39. A efectos de precisión, y para evitar discusiones conceptuales, se entiende aquí por *centro hospitalario* aquel centro sanitario que está incluido como centro de agudos en el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT).

- Entidades proveedoras con distintos centros que se engloban en una única unidad proveedora (convenio conjunto para varios centros hospitalarios):

- **Consorcio Hospital Clínic.** Una única unidad proveedora que engloba el Hospital Clínic, la sede de Sabino Arana (Maternidad) y el Hospital Plató.

Hasta enero de 2021, momento en que se hizo efectiva la integración del Hospital Plató en el Consorcio del Clínic, las unidades proveedoras Hospital Clínic (incluyendo la sede de Maternidad) y Plató suscribían los convenios por separado.

- **Corporación de Salud de El Maresme y La Selva.** Una sola unidad proveedora que incluye el Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella y el Hospital Comarcal de Blanes.
- **Consorcio Mar Parque de Salud de Barcelona.** Una sola unidad proveedora que engloba el Hospital del Mar y el Hospital de L'Esperança.
- **Consorcio Sanitario de L'Alt Penedès y El Garraf.** Incluye en una única unidad proveedora del Hospital Comarcal de L'Alt Penedès, el Hospital Residencia Sant Camil y el Hospital Sant Antoni Abat.

Hasta diciembre de 2019, las unidades proveedoras Sant Camil - Sant Antoni Abat (Garraf) y Hospital Comarcal de L'Alt Penedès suscribían los convenios por separado.

- Entidades proveedoras que gestionan más de un centro hospitalario, cuyas unidades proveedoras presentan alguna de las situaciones anteriores:

- **Consorcio Sanitario Integral.** Gestiona 3 centros hospitalarios distribuidos en 2 unidades proveedoras:
 - o Una unidad proveedora que engloba el Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat y el Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi.
 - o Una unidad proveedora que se corresponde con el Hospital Dos de Mayo de Barcelona.

No existe, por tanto, un criterio de delimitación de la unidad proveedora homogéneo para todas las entidades proveedoras: en algunos casos, el CatSalut establece convenios independientes para cada uno de sus centros, mientras que, en otros, el CatSalut suscribe los convenios con una agrupación de centros hospitalarios, englobados en una misma unidad proveedora.⁴⁰

Es necesario plantearse, pues, si la integración de centros hospitalarios diferentes en una sola unidad proveedora responde a algún criterio establecido y si este criterio es objetivo. La Sindi-

40. Como se expone en el siguiente apartado (5.2.4), estas agrupaciones no son neutrales en cuanto al precio que el CatSalut acaba pagando por la actividad realizada en estos centros hospitalarios.

catura no ha tenido acceso a ningún documento en el que se proporcione una definición del concepto de *unidad proveedora* en el ámbito de la atención hospitalaria y especializada.⁴¹ De ahí que no se haya podido contrastar lo observado en los convenios con una delimitación precisa del concepto. Sobre las agrupaciones de centros descritas anteriormente, el CatSalut apunta a la existencia de factores “históricos” que las justificarían en algunos casos⁴² y a que tal agrupación se produciría cuando los centros pertenecieran a la misma área de gestión asistencial (AGA). Sin embargo, son pocas las unidades proveedoras afectadas que cumplan este último criterio –únicamente lo cumplen el Consorcio Hospital Clínic y el Consorcio Sanitario Integral. De acuerdo con el análisis realizado por la Sindicatura, la pertinencia de los centros hospitalarios en la misma región sanitaria parecería la única limitación para integrarlos en una misma unidad proveedora. Sin embargo, este criterio es difícilmente objetivable, ya que la delimitación de las regiones sanitarias es cambiante en el tiempo y está sujeta a la ordenación territorial de Cataluña.⁴³ Además, este criterio no se habría aplicado de forma uniforme, ya que en 2022 los centros hospitalarios gestionados por la Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla pertenecían a la misma región sanitaria (Camp de Tarragona), pero, en cambio, formaban 2 unidades proveedoras diferentes. Por tanto, no se observa coherencia entre la delimitación de las unidades proveedoras de una misma entidad y la delimitación territorial en términos de política sanitaria, al menos con respecto al año 2022. En cualquier caso, el alcance geográfico de la región sanitaria como única limitación parecería excesivo teniendo en cuenta que los centros hospitalarios son tratados como una *unidad*.

Un criterio objetivo de delimitación de la unidad proveedora podría ser la distancia existente entre los centros que la forman (medida en kilómetros o en tiempo de desplazamiento). En este sentido, los centros hospitalarios que forman una única unidad proveedora están a menudo situados en localidades diferentes y están separados por distancias kilométricas significativas –de entre 16 y 22 km en algunos casos. Otros centros hospitalarios gestionados por la propia entidad, pero que no forman parte de una única unidad proveedora, presentan en algunos casos distancias kilométricas entre ellos similares a las citadas.⁴⁴ Por tanto, no pa-

41. El CatSalut sí proporciona una definición en el ámbito de la atención primaria: la unidad proveedora es una estructura organizativa que dispone de recursos humanos, físicos y económicos para la provisión de servicios de atención primaria (en el documento *Población de referencia del Servicio Catalán de la Salud para el año 2024*). La definición, que puede trasladarse fácilmente al ámbito hospitalario, se caracteriza por la indeterminación del área o ámbito geográfico de la unidad.

42. Estos aspectos explicarían la integración de los centros de los ámbitos geográficos de L'Alt Penedès y de El Garraf, por un lado, y de L'Alt Maresme y La Selva, por otro, los cuales han mantenido históricamente vínculos de relación social, cultural y demográfica.

43. La última modificación de las regiones sanitarias se produjo en 2023. Véase el Decreto 116/2023, de 20 de junio, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud.

44. Como los 26 km que separan 2 de los centros del Instituto Catalán de Oncología. En el caso del Hospital de Sant Pau y Santa Tecla y del Hospital de El Vendrell, hay que tener en cuenta las vías de comunicación existentes.

.../...

rece que la distancia entre los centros hospitalarios pueda ser un criterio establecido para la delimitación de las unidades proveedoras.

Con relación a los criterios de establecimiento de los convenios de gestión entre el CatSalut y las entidades proveedoras, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- No existe un criterio de delimitación de las unidades proveedoras objeto de los convenios de gestión que sea uniforme para todas las entidades que prestan servicios de atención hospitalaria y especializada por cuenta del CatSalut, ni estrictamente objetivo, en particular en cuanto a su delimitación espacial.

5.2.3. ¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas garantiza el menor coste posible para el CatSalut de acuerdo con el sistema de contraprestación vigente?

En el apartado anterior se ha expuesto que el CatSalut establece convenios de gestión con las *entidades* proveedoras pero que los parámetros de la atención hospitalaria se determinan, en general, para cada una de sus *unidades* proveedoras. Estas unidades proveedoras, a su vez, pueden estar constituidas por más de un centro hospitalario. Más allá de los criterios que se puedan utilizar para efectuar estas agrupaciones, resulta pertinente plantear qué efecto tiene la integración de diferentes centros hospitalarios sobre el precio que paga el CatSalut por la actividad que realizan, teniendo en cuenta el sistema de determinación de precios vigente en 2022. Conviene recordar que el precio de un alta hospitalaria tiene 2 componentes: un componente de estructura, que pretende remunerar los costes fijos o estructurales, y otro de casuística, que pretende remunerar la complejidad de los casos atendidos. De ahí que la existencia de diferencias acusadas en cualquiera de los dos componentes entre los centros que se integran en una única unidad proveedora pueda tener efectos sobre el precio pagado y, por tanto, sobre el coste que tiene para el CatSalut la actividad contratada. Esto es especialmente cierto en relación con las diferencias en el componente de estructura, ya que representa casi dos terceras partes del precio final del alta.⁴⁵

El análisis de la Sindicatura se ha centrado, por tanto, en la actividad de hospitalización, dado que representa el importe más elevado en relación con el gasto total en atención hos-

Si se compara la distancia entre estos 2 centros y la que separa los hospitales comarcales de Sant Jaume de Calella y de Blanes (integrados en una única unidad proveedora), se observa que en el primer caso es de unos 34 km y en el segundo, de unos 16 km, siempre considerando la ruta más corta; sin embargo, la estimación del tiempo de desplazamiento en vehículo privado fue de unos 27 minutos en ambos casos. En otras palabras, el traslado de un paciente realizado en transporte sanitario entre estos centros supondría aproximadamente el mismo tiempo de desplazamiento, en condiciones de tráfico habituales.

45. Véase el apartado 5.3.1 (gráfico 4).

pitalaria y especializada (véase el cuadro 3, más arriba). No ha sido posible realizar un análisis exhaustivo de todos los casos de integración de centros que se han enumerado en el apartado anterior, debido a la falta de información. Sin embargo, la Sindicatura ha analizado un caso, del que sí se dispone de los datos necesarios para realizar una estimación razonable del coste diferencial para el año 2022. Se trata de la integración en una misma unidad proveedora del Hospital Clínic⁴⁶ y del Hospital Plató, que se produjo en 2021.⁴⁷

El análisis de la Sindicatura se presenta en dos partes. En primer lugar, se muestran los precios finales de cada tipo de alta correspondientes al año 2022 en los escenarios de convenio único –que es lo que ocurre en el año fiscalizado– y de convenios separados para cada centro –escenario previo al año 2021. En segundo lugar, y tomando los precios finales respectivos, se hace una estimación del coste diferencial total que supuso en 2022 la integración de los 2 centros en una sola unidad proveedora (convenio único) respecto a la situación de no integración (convenios separados).

Cuadro 7. Precio de un alta hospitalaria contratada en el Hospital Plató en diferentes escenarios. Año 2022

Tipo de alta	Precio del alta: UP H. Clínic - H. Plató (A)	Precio del alta: UP H. Plató (B)	Diferencia: (A) – (B)
Médica	3.166,20	1.837,09	1.329,10
Quirúrgica	3.691,95	2.159,86	1.532,10
Obstétrica	n/a	n/a	n/a

Importes en euros, redondeados.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Resolución por la que se establecen, para el año 2021, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada, y a partir de la Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

Clave:

UP: Unidad proveedora; n/a: No aplicable.

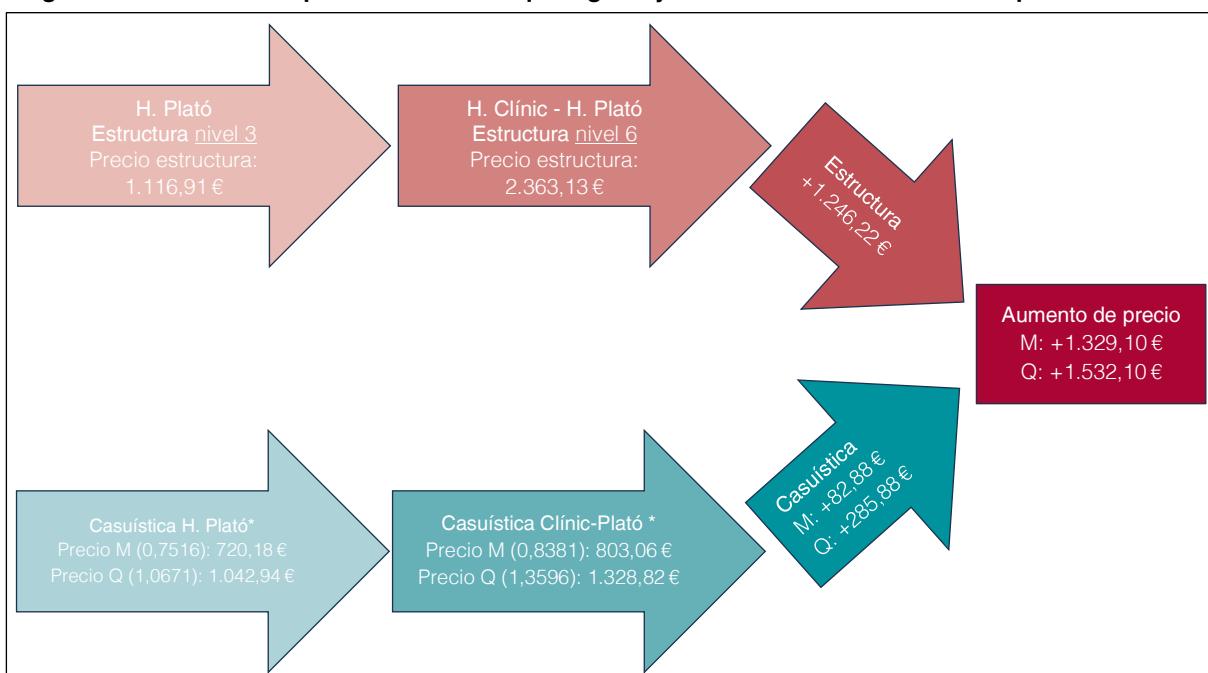
46. La referencia al Hospital Clínic que se hace en este apartado engloba los centros “Hospital Clínic de Barcelona” (con sede en la calle Villarroel) y “Hospital Clínic de Barcelona, sede Sabino Arana”. Estos 2 centros estaban integrados en una misma unidad proveedora antes del año 2021.

47. Esta integración se deriva de los acuerdos tomados en el marco del Acuerdo del Gobierno de la Generalidad de Cataluña de 12 de enero de 2021, por el que se autorizó la aceptación de la transmisión a favor del Consorcio Hospital Clínic de Barcelona de la actividad sanitaria resultante del Acuerdo de escisión parcial del Hospital Plató Fundació Privada, lo que incluye los dispositivos asistenciales y el conjunto de profesionales; la asunción por parte del Consorcio de las operaciones de endeudamiento y la propiedad de los edificios hospitalario y de consultas externas hospitalarias de la Fundación, además de establecer la necesidad de que el Departamento de Salud, a través del CatSalut, garantizase los recursos necesarios mediante su presupuesto. Los aspectos relativos a la integración jurídica del Hospital Plató en el Consorcio Hospital Clínic de Barcelona quedan fuera del alcance de este trabajo de fiscalización. Únicamente se analizan las consecuencias de la integración de los respectivos centros en una única unidad proveedora, a los efectos de la compra de servicios por parte del CatSalut.

El cuadro 7 muestra los precios de un alta realizada en el centro Hospital Plató según sea de tipo médico, quirúrgico u obstétrico en cada uno de los escenarios planteados más arriba. Dado que el CatSalut no contrató actividad obstétrica en el Hospital Plató en el período anterior a su integración con el Clínic, únicamente se calculan los precios del alta médica y quirúrgica.

Como se observa en el cuadro 7, cada alta de tipo médico contratada en el Hospital Plató en 2022 fue 1.329,10 € más cara para el CatSalut debido a la integración de este centro en una única unidad proveedora con el Hospital Clínic. En el caso de las altas de tipo quirúrgico, el sobreprecio se eleva hasta los 1.532,10 € por alta contratada. Estas cifras representan unos precios un 72,3% y 70,9% superiores, respectivamente, a los precios del alta del Hospital Plató como unidad proveedora separada. Los fuertes incrementos de precio se explican, fundamentalmente, por la diferencia en el nivel de estructura entre el Hospital Clínic y el Hospital Plató y, en menor medida, por la diferencia en la casuística atendida por los 2 centros (figura 5).

Figura 5. Variación en el precio de las altas quirúrgicas y médicas efectuadas en el Hospital Plató



Importes en euros, redondeados.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Resolución por la que se establecen, para el año 2021, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada, y a partir de la Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

* IRR correspondiente al tipo de alta entre paréntesis.

Clave:

M: Alta médica.

Q: Alta quirúrgica.

De este modo, el Hospital Plató –al cual correspondía un nivel 3 de estructura como unidad proveedora segregada– *adulta* con la integración el nivel de estructura del Hospital Clínic (nivel 6), lo que, por sí sola, incrementa el precio de cualquier alta que se efectúa en 1.246,22 €, dada la diferencia entre los precios unitarios correspondientes a estos niveles de estructura. Del mismo modo, la integración comporta un aumento del parámetro asociado a la casuística de cada tipo de alta (IRR) realizada en el Hospital Plató, ya que al calcular de nuevo este parámetro para la unidad proveedora *integrada*, la complejidad atendida en los 2 centros se diluye, y el Hospital Clínic atiende casos más complejos. Este incremento de los parámetros asociados a la casuística comporta un incremento de los precios de las altas médicas y de las altas quirúrgicas de 82,88 € y 285,88 €, respectivamente, incrementos que sumados a aquel correspondiente a la estructura conducen a los incrementos globales del cuadro 7.

Por lo que respecta al Hospital Clínic, su integración en una sola unidad proveedora con el Hospital Plató supone una ligera disminución del precio del alta, tanto médica como quirúrgica, respecto al escenario sin esa integración (cuadro 8). La explicación de este descenso de los precios (y de su magnitud) radica en que, con la integración, el Hospital Clínic mantiene el mismo nivel de estructura, pero ve ligeramente mermados los parámetros asociados a la casuística, ya que el Hospital Plató atiende casos menos complejos.

Cuadro 8. Precio de un alta hospitalaria contratada en el Hospital Clínic en 2022 en diferentes escenarios

Tipo de alta	Precio del alta: UP H. Clínic - H. Plató (A)	Precio del alta: UP H. Clínic (B)	Diferencia: (A) – (B)
Médica	3.166,20	3.177,22	(11,02)
Quirúrgica	3.691,95	3.780,11	(88,16)
Obstétrica	431,86	431,86	0

Importes en euros, redondeados.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Resolución por la que se establecen, para el año 2021, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada, y a partir de la Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

Clave: UP: Unidad proveedora.

Dado el signo contrario de las variaciones del precio de las altas realizadas en uno y otro centro, el efecto de la integración sobre el gasto total dependerá de su volumen relativo de actividad. Con el fin de estimar la variación en el coste que hubiera supuesto para el CatSalut, en 2022, la realización de la misma actividad en una sola unidad proveedora integrada, se han utilizado las cifras de actividad contratadas por el CatSalut en las respectivas unidades proveedoras en 2020, año inmediatamente anterior a la integración.⁴⁸ Tomando

48. La actividad contratada en 2020 es idéntica a la contratada en 2019, antes de la pandemia. Se utilizan los datos de actividad contratada porque no se dispone de la actividad realizada en cada centro en 2022 de manera separada, lo que habría permitido realizar una estimación más precisa. Para determinados centros hospitalarios que se

.../...

estas cifras y los diferenciales de precio expuestos en el cuadro 7, la Sindicatura estima que las altas médicas efectuadas en el Hospital Plató habrían supuesto un coste adicional de 2,61 M€, mientras que las altas quirúrgicas habrían tenido un coste adicional de 9,27 M€. En total, por tanto, el coste adicional para el CatSalut de la actividad realizada en el Hospital Plató en el año 2022 habría sido en este caso de 11,87 M€. De forma análoga, en el caso del Hospital Clínic, la Sindicatura estima que las altas médicas habrían supuesto una disminución en el coste de 164.705,48 €, mientras que las altas quirúrgicas habrían tenido un coste menor, por valor de 1,52 M€. Así, la actividad realizada en el Hospital Clínic con los nuevos precios habría supuesto un ahorro total para el CatSalut de 1,69 M€ en 2022. En suma, el efecto neto de la integración de los 2 centros en una sola unidad proveedora habría sido, según esta estimación, un mayor coste para el CatSalut por valor de 10,18 M€ (cuadro 9). En otras palabras, la misma actividad asistencial tiene un coste adicional de 10 millones con la integración de los 2 centros.

Cuadro 9. Estimación de la variación en los importes totales de las altas hospitalarias en cada centro

Centro	Variación en el importe total de las altas médicas	Variación en el importe total de las altas quirúrgicas	Variación global en el importe de las altas
Hospital Plató	2.605.044	9.267.667	11.872.711
Hospital Clínic	(164.705)	(1.524.697)	(1.689.402)
Total	2.440.339	7.742.970	10.183.309

Importes en euros, redondeados.

Fuente: Elaboración propia a partir de los importes calculados en los cuadros 7 y 8, y de las cláusulas adicionales en los convenios de gestión de cada hospital correspondientes al año 2020.

Una situación similar afectaría igualmente al Consorcio Mar Parque de Salud de Barcelona, con la integración en una única unidad proveedora del Hospital de l'Esperança y el Hospital del Mar, centros hospitalarios con notables diferencias estructurales entre ellos. Sin embargo, como ya se ha apuntado, la Sindicatura no dispone de información para cuantificar estas diferencias ni sus implicaciones, como tampoco las que podrían afectar al resto de centros integrados en una única unidad proveedora, con una sola excepción, más allá del caso del Consorcio Hospital Clínic de Barcelona: se trata de la integración del Hospital Residencia Sant Camil, el Hospital Sant Antoni Abat y el Hospital Comarcal de El Penedès, que tuvo lugar en 2019.⁴⁹ Dado que esta integración es anterior al año 2021, no ha sido posible realizar una estimación del coste diferencial para el año 2022, ya que no se dispone de los parámetros de atención hospitalaria de las unidades integradas de forma separada. Con todo, la Sindicatura ha efectuado una estimación análoga a la del caso de la integración Clínic-

han integrado con otros centros en una sola unidad proveedora, el CatSalut mantiene el envío de información asistencial de manera separada al CMBD-HA. Este no es el caso del Hospital Plató. La Sindicatura desconoce la razón.

49. El Hospital Residencia Sant Camil de Sant Pere de Ribes y el Hospital Sant Antoni Abat de Vilanova i la Geltrú ya constituyían una única unidad proveedora con anterioridad a 2019. Aquí se hace referencia, por tanto, a la integración del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès en esta última unidad proveedora.

Plató, pero con precios del año 2019. El resultado muestra que la integración del Hospital Comarcal de L'Alt Penedès en la unidad proveedora Hospital Residencia Sant Camil y Hospital Sant Antoni Abat habría supuesto un incremento en el coste de la actividad contratada para el CatSalut por valor de 1,62 M€.

Este resultado, que es cualitativamente extrapolable al año 2022, se explica de nuevo por la diferencia en el nivel de estructura, según el sistema de determinación de precios, entre las dos unidades proveedoras integradas. Como la diferencia entre los niveles de estructura no es tan marcada como lo era en el caso del Hospital Clínic y el Hospital Plató, la magnitud de este incremento de coste también es más pequeña.

En cualquier caso, está claro que la integración de centros hospitalarios con diferencias en cuanto a su nivel de estructura en una única unidad proveedora supone un gasto superior a la hora de remunerar a la entidad que gestiona estos centros por la realización de la misma actividad sanitaria. Si el CatSalut quisiera eludir este mayor gasto, solo podría hacerlo ajustando los parámetros de contratación en consecuencia, es decir, contratando menos actividad, lo que impactaría en la accesibilidad de la atención sanitaria de cobertura pública para la ciudadanía.

Con relación a los importes que se derivan del establecimiento de los convenios de gestión entre el CatSalut y las entidades proveedoras, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- La integración de centros hospitalarios en una sola unidad proveedora a efectos de la compra de servicios sanitarios supone, con el sistema de determinación de precios vigente, un mayor coste de la actividad contratada para el CatSalut cuando existen diferencias de carácter estructural entre estos centros.

5.2.4. ¿Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se asignaron entre los diferentes proveedores concertados utilizando criterios objetivos que garantizaran su idoneidad?

La contraprestación de la mayor parte de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad que realizan los centros proveedores concertados se vehicula a través de una cuantía anual asignada por el CatSalut, excepto en el caso de 3 actuaciones sanitarias que en el año 2022 se financiaron vía precio unitario, en función de la actividad realizada: las bombas de insulina y monitorización continua de glucosa, las urgencias de invierno y el programa de lipoatrofia facial.

En 2022 las entidades proveedoras concertadas realizaron un total de 50 servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad por 371,96 M€. El 89,84% del gasto derivado de estas acciones correspondía a programas financiados con una cuantía anual asignada (cuadro 10).

Cuadro 10. Gasto de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad realizados por las entidades concertadas. Año 2022

Programas	Número de programas	Gasto	Porcentaje
Programas financiados con una cuantía anual asignada	47	334.178.447	89,84
Programas financiados en función de la actividad realizada	3	37.785.852	10,16
Total servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad	50	371.964.299	89,84

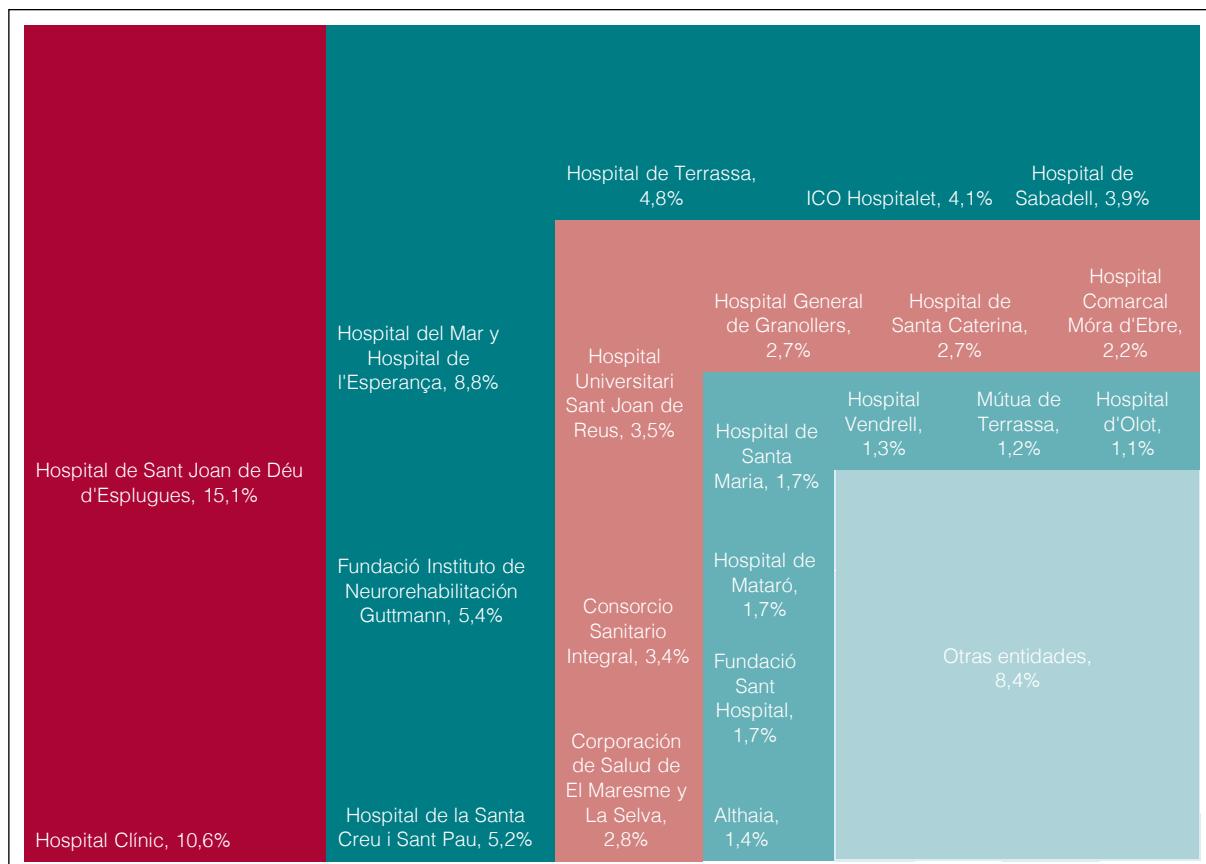
Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la actividad facturada por las entidades proveedoras en 2022.

Clave: Programas: servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad.

El volumen total asignado a los programas financiados con una cuantía anual para el conjunto de las entidades proveedoras concertadas ha experimentado un crecimiento del 18,20% respecto al año 2021 (véase el cuadro 33 del apartado 6.3.3 del anexo 3). De estos programas, 16 (un 34%) se están ejecutando al menos desde 2003. El gráfico 2 muestra la distribución del gasto derivado de estas actuaciones entre los distintos proveedores, 2 de los cuales concentran más del 25% de la financiación asignada.

Gráfico 2. Distribución del gasto de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad financiados con un importe asignado



Fuente: Elaboración propia a partir de la actividad facturada por las entidades proveedoras en 2022.

El CatSalut ha informado que los criterios utilizados para contratar los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad a las entidades proveedoras responden a las características de cada hospital y su cartera de servicios, así como a la ordenación y provisión de las prestaciones en cada ámbito territorial, pero no ha aportado ninguna documentación justificativa adicional.

Por tanto, la Sindicatura desconoce los motivos concretos por los que el CatSalut contrata determinadas entidades para realizar los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad. La excepción son los casos en que estos servicios, dispositivos y programas se contratan con unas entidades proveedoras concretas porque los hospitales que gestionan son los únicos que pueden realizarlos –entre otros, sería el caso del Programa de atención especializada intensiva e integral de la discapacidad de origen neurológico que desarrolla el Instituto Guttmann o el programa Enfermedades minoritarias en edad pediátrica que lleva a cabo el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat –o porque son programas destinados a hospitales con una determinada casuística –entre otros, sería el caso del Programa especial para centros aislados geográficamente y complementarios, contratado en la Fundació Sant Hospital, el Hospital Comarcal de El Pallars, el Hospital Comarcal de Móra d'Ebre y el Hospital de Campdevànol–.

En relación con la información facilitada por el CatSalut relativa a los criterios utilizados para asignar los servicios, dispositivos y programas de reconocida necesidad a las entidades proveedoras, la Sindicatura pone de manifiesto la siguiente conclusión:

- El CatSalut no ha facilitado una explicación suficientemente detallada ni documentación de los criterios a partir de los cuales se asignan los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad a las distintas entidades proveedoras concertadas. Tampoco ha comunicado a la Sindicatura ni documentado el criterio para determinar el importe asignado a cada entidad proveedora por cada uno de los programas que ejecutó.

5.3. ¿LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS COMPENSA ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LOS PROVEEDORES?

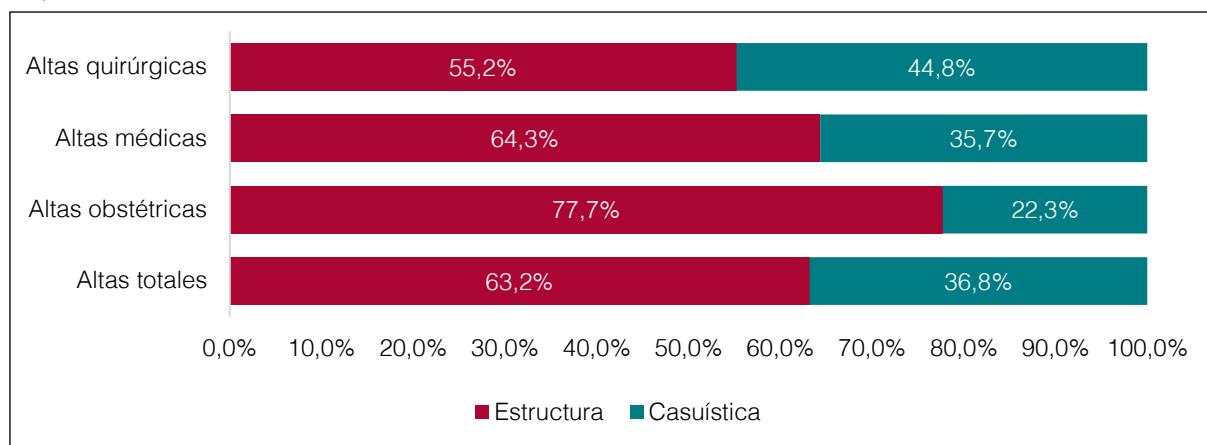
5.3.1. ¿El sistema de determinación del nivel de estructura refleja de manera apropiada las diferencias estructurales entre los proveedores?

De acuerdo con el Decreto 118/2014, la contraprestación de las altas de atención hospitalaria y especializada de agudos de un centro está determinada, por un lado, por la estructura del hospital, y por otro, por la casuística de las altas atendidas.⁵⁰

50. Artículo 35,1 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

En 2022, el componente de estructura representó de media el 63,18% del importe de la contraprestación de un alta (gráfico 3).

Gráfico 3. Peso medio de la estructura y la casuística en la contraprestación de un alta hospitalaria. Ejercicio 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de la actividad facturada por las entidades proveedoras.

El sistema de contraprestación tiene en cuenta la complejidad estructural de los hospitales con el fin de hacer posible una atención clínica efectiva: profesionales bien formados, infraestructuras de calidad y tecnologías avanzadas.

En el sistema de pago de la estructura hospitalaria se definen 6 niveles de estructura y 1 nivel particular para los hospitales monográficos. Cada nivel de estructura tiene un determinado precio unitario de estructura.

La asignación del nivel de estructura de cada hospital se realizó en 2015, cuando entró en vigor el Decreto 118/2014, en función del número de camas, el número de quirófanos, la disponibilidad de servicios quirúrgicos de diferente complejidad y la actividad de docencia. Cada nivel tiene asignado un intervalo de puntuación. En consecuencia, la calificación obtenida por cada hospital lo sitúa en un intervalo de puntuación, al que corresponde un determinado nivel de estructura (cuadro 11).

Cuadro 11. Niveles de estructura de los centros hospitalarios

Niveles de estructura
Nivel 1. Hospital complementario
Nivel 2. Hospital general básico de tipo A
Nivel 3. Hospital general básico de tipo B
Nivel 4. Hospital de referencia de tipo A
Nivel 5. Hospital de referencia de tipo B
Nivel 6. Hospital de alta complejidad
Nivel 7. Hospital monográfico

Fuente: Artículo 36 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

De acuerdo con el propio Decreto 118/2014, los niveles asignados a los hospitales se determinan anualmente mediante resolución del titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud. Sin embargo, la valoración de la estructura y los niveles asignados a los hospitales en 2022⁵¹ no se han modificado desde 2015, cuando entró en vigor dicho decreto. El cuadro 27 del apartado 6.3.1 del anexo 3 muestra los niveles de estructura de cada hospital.

Esta clasificación es relevante debido a que a cada nivel de estructura le corresponde un precio unitario, por lo que la contraprestación de la estructura de un alta hospitalaria viene determinada por el precio del nivel de estructura asignado al hospital.

El trabajo de fiscalización ha permitido constatar lo siguiente:

- La estructura de los hospitales se determinó en 2014 mediante una encuesta en la que los centros proveedores cuantificaron los parámetros de su estructura (camas, quirófanos, servicios quirúrgicos y docencia), y en 2015 el consejero de Salud clasificó los hospitales en intervalos asignados a cada uno de los 7 niveles estructurales, de acuerdo con las valoraciones obtenidas.

Desde entonces, CatSalut no ha revisado los niveles de estructura de los centros ni las asignaciones de los niveles a los hospitales, aunque la estructura hospitalaria del SISCAT podría haber cambiado, sobre todo a partir de la COVID-19, cuando el sistema sanitario tuvo que adaptar su capacidad instalada y productiva para dar respuesta a las necesidades asistenciales.

Además, la aplicación de una escala de niveles hospitalarios dificulta el reconocimiento de las características estructurales propias de cada centro y puede dar lugar a situaciones desfavorables en algunos hospitales: 2 hospitales que obtienen distinta puntuación pueden estar situados en los extremos de un mismo intervalo, de forma que por las altas que facturen recibirán el mismo precio unitario por estructura; en cambio, 2 hospitales con poca diferencia de puntuación y, por tanto, con una estructura similar, pero situados en distintos intervalos, recibirán precios unitarios distintos.

5.3.2. ¿El cálculo de los indicadores de complejidad refleja de forma adecuada la casuística atendida por los proveedores?

La complejidad de un paciente hospitalizado determina el consumo de recursos para el proveedor hospitalario. En efecto, un paciente más complejo tenderá a requerir más pruebas diagnósticas, procedimientos o tratamientos más intensivos en cuanto a los recursos humanos y

51. Resolución del consejero de Salud de 21 de junio de 2022, por la que se establecen, para el año 2022, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada.

materiales implicados, estancias más prolongadas y, en definitiva, supondrá un mayor coste. La casuística, o conjunto de casos atendidos en el centro hospitalario, conlleva una cierta combinación de pacientes con diferentes grados de complejidad. De ahí que, a menudo, *complejidad y casuística* se empleen indistintamente para designar tanto la dificultad asistencial en el tratamiento de los pacientes como los costes que comporta esta asistencia.⁵²

El consumo de recursos efectuado por el conjunto de pacientes atendidos en un hospital se mide con un indicador llamado *índice de casuística*. Los pacientes que son dados de alta en un hospital se clasifican en grupos homogéneos clínicamente y también según su consumo de recursos. Cada uno de estos grupos tiene asociado un valor numérico, llamado *peso*, que mide el consumo medio de recursos de ese grupo de pacientes con relación a la media de la población. Estos pesos se pueden utilizar como factores de ponderación que indiquen el consumo relativo de recursos de cada paciente. El índice de casuística de un centro hospitalario no es más que el *peso medio* de todas las altas del centro; es decir, la suma ponderada de los pacientes dados de alta dividida por el número total de altas, siendo la ponderación de cada paciente el peso del grupo al que ha sido asignado.⁵³

El índice de casuística de los hospitales catalanes se emplea para calcular el parámetro de intensidad relativa de recursos (IRR), previsto en el Decreto 118/2014 como factor modulador del precio unitario de la casuística.⁵⁴ Se trata de un indicador que se calcula como el ratio entre el índice de casuística de un hospital y el índice de casuística correspondiente al conjunto de los hospitales de agudos del SISCAT. De esta forma, un ratio superior a la unidad indica un consumo de recursos por parte del hospital superior a la media del conjunto de hospitales, mientras que un ratio inferior a la unidad indica lo contrario. Una mayor IRR implica un consumo de recursos mayor que la media, lo que acaba siendo el factor que determina las diferencias en los precios que las unidades proveedoras perciben por su casuística, de acuerdo con el sistema de pago vigente.

Anualmente, mediante resolución de la persona titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut, se determinan las IRR para cada tipo de alta y para cada hospital.⁵⁵ El cuadro 27 del apartado 6.3.1 del anexo 3 muestra los valores de la IRR para cada tipo de alta y de hospital.

52. También es usual la expresión *complejidad de la casuística*, traducción literal del inglés *case-mix complexity*.

53. De manera simplificada:

$$\text{Índice de casuística} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{peso del grupo}_i}{n},$$

donde n es el número de pacientes atendidos en el hospital.

54. Artículo 34.3 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

55. Resolución del consejero de Salud de 21 de junio de 2022, por la que se establecen, para el año 2022, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada.

El conjunto de pesos que se utilice para calcular los respectivos índices de casuística es, pues, un elemento importante a la hora de determinar la contraprestación económica de las unidades proveedoras en relación con su casuística. En el cálculo de la IRR, el CatSalut utiliza los pesos que la empresa 3M asigna a su clasificación APR-DRG –en adelante pesos americanos–, y que se obtienen a partir de una muestra de alcance nacional de pacientes ingresados en Estados Unidos de América (EUA). Concretamente, en 2019 se utilizó la versión 35 de la clasificación APR-DRG, correspondiente al año fiscal 2017 de EUA.⁵⁶

El hecho de que se utilicen pesos foráneos para el cálculo de la IRR –en este caso, los pesos americanos– puede implicar que los costes relativos que se están aplicando no se adecuen necesariamente a la realidad del sistema sanitario catalán. Por tanto, utilizarlos podría introducir sesgos no deseados en el sistema de pago.

Para analizar esta problemática, la Sindicatura ha optado por comprobar en qué medida los indicadores de casuística son sensibles al uso de un conjunto alternativo de pesos. Los pesos alternativos escogidos han sido los pesos publicados por el Ministerio de Sanidad en la Norma estatal de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) del año 2019 –en adelante, pesos del Ministerio. El motivo de esta elección es que este es el único conjunto disponible de pesos asociado a la versión 35 del APR-DRG para cuya estimación se han utilizado altas y costes de hospitales catalanes.⁵⁷

En el análisis realizado se han seguido varios pasos. En primer lugar, se han utilizado los datos de actividad asistencial procedentes del CMBD-HA del año 2019 para replicar el cálculo de la IRR de cada hospital en 2022. Los resultados obtenidos coinciden con los que estableció el Departamento de Salud en su día o se han aproximado razonablemente a ellos.⁵⁸ En segundo lugar, se han utilizado estos mismos datos para calcular los indicadores de casuística empleando los pesos del Ministerio, en lugar de los pesos americanos.

56. Generalmente, el CatSalut utiliza la versión de la APR-DRG en consonancia con la empleada por el Ministerio de Sanidad el mismo año. Hay que tener en cuenta que la IRR correspondiente al año 2022 se obtuvo a partir de los datos de actividad asistencial de 2019. Por otra parte, el año fiscal americano es relevante como referencia para los costes hospitalarios que se tienen en cuenta en el cálculo de los pesos.

57. La estimación se basa en la metodología de la Red Española de Costes Hospitalarios (RECH). Véase: <https://www.rechosp.org/>.

58. Que la coincidencia no sea exacta se debe a que el CatSalut no conserva el archivo utilizado para calcular la IRR del año 2022, y facilitó una versión recuperada. Dado que el CMBD-HA puede sufrir variaciones a lo largo del tiempo, puede haber ligeras discrepancias en algunos casos, que no suponen ninguna limitación al análisis realizado.

Cuadro 12. Índice de casuística del conjunto de centros hospitalarios de agudos en 2022

Tipo de altas	IC con pesos americanos	IC con pesos del Ministerio	Número de altas
Médicas	0,79	0,76	344.452
Quirúrgicas	1,20	1,07	420.582
Obstétricas	0,42	0,63	49.477
Total	0,98	0,91	814.511

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el CatSalut y de los pesos de la Norma estatal de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) del año 2019.

Clave: IC: índice de casuística.

Como puede observarse en el cuadro 12, el índice de casuística del conjunto de hospitales calculado empleando los pesos del Ministerio (0,91) indica un consumo de recursos en 2022 inferior al que se desprende del mismo indicador calculado con los pesos americanos que utiliza el CatSalut (0,98). Esto se debe a que tanto las altas médicas como quirúrgicas muestran unos índices de casuística inferiores con el uso de los pesos del Ministerio, y ambas representan la mayoría de las altas del sistema. Sin embargo, lo más destacable es la notable diferencia que implica el uso de un conjunto de pesos u otro en lo que se refiere a las altas obstétricas. Así, el uso de los pesos del Ministerio implica un fuerte incremento de la casuística de las altas de tipo obstétrico –un 0,63 frente a un 0,42. Esto significa que, si se emplearan los pesos del Ministerio, el índice reflejaría, en 2022, un consumo de recursos de las altas obstétricas cerca de un 50% superior en el conjunto de hospitales de agudos del SISCAT.

Cuadro 13. IRR media de las unidades proveedoras hospitalarias para el año 2022

IRR	Número de unidades proveedoras	IRR promedio con pesos americanos	IRR promedio con pesos del Ministerio	Diferencia media	Desviación estándar
Médica	53	0,7897	0,8076	-0,0179	0,0331
Quirúrgica	54	1,1523	1,0784	0,0740	0,0798
Obstétrica	40	0,4198	0,6637	-0,2439	0,0373

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el CatSalut y de los pesos de la Norma estatal de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) del año 2019.

Nota: Los valores de la IRR se publican habitualmente con 4 decimales.

Este mayor consumo de recursos de la actividad obstétrica se traslada inmediatamente al cálculo de la IRR correspondiente al año 2022 (cuadro 13). Para este tipo de altas, la IRR media calculada con los pesos americanos (0,4198) es bastante inferior a la que se obtendría con los pesos del Ministerio (0,6637), siendo la diferencia estadísticamente significativa. En este caso, existe poca dispersión en los resultados: la diferencia entre la IRR obstétrica calculada de una y otra manera suele ser en torno de 24 décimas, con escasas diferencias entre las unidades proveedoras que prestan este tipo de atención. Así, el uso del

conjunto alternativo de pesos habría supuesto el reconocimiento de una IRR de la actividad obstétrica cerca de un 58% superior a la que fue efectivamente reconocida en 2022.

La actividad quirúrgica, por el contrario, muestra un mayor consumo de recursos con los pesos americanos (1,1523) que con los pesos del Ministerio (1,0784), diferencia de nuevo estadísticamente significativa. Aunque la diferencia media es muy inferior a la del caso anterior –del orden del 6%–, la desviación estándar de esas diferencias es mayor, e indica una mayor dispersión de los resultados. En definitiva, y de forma congruente con lo observado con su índice de casuística, la IRR quirúrgica obtenida con el conjunto de pesos alternativo habría supuesto, en 2022, un componente de casuística inferior para las unidades proveedoras hospitalarias en términos medios, aunque con diferencias más importantes entre ellas.

Por último, la IRR médica media obtenida con los pesos americanos empleados por el CatSalut (0,7897) es ligeramente inferior a la que se obtendría con los pesos del Ministerio (0,8076), aunque la diferencia es otra vez estadísticamente significativa. Por lo tanto, ambos conjuntos de pesos vierten una IRR médica media muy similar en 2022, aunque hay que tener en cuenta que la dispersión de las diferencias es importante en este caso.

Otro aspecto para tener en cuenta es que la variación en los parámetros de IRR de las unidades proveedoras como consecuencia del uso de un conjunto diferente de pesos puede alterar la ordenación de dichas unidades de acuerdo con su casuística. Para analizarlo, la Sindicatura ha comparado las ordenaciones resultantes del uso de cada uno de los conjuntos de pesos. En este sentido, donde se ha observado una mayor coherencia es en el caso de la IRR quirúrgica: lo más frecuente es que las unidades proveedoras no varíen su posición como consecuencia del uso de los pesos alternativos y, en caso de que lo hagan, en la mayoría de los casos la variación es de entre 1 y 5 posiciones; también se observa bastante simetría, ya que habría aproximadamente el mismo número de unidades que ganan posiciones que de unidades que pierden. En el caso de las altas médicas, lo más frecuente también es que no haya variación en la posición ocupada, aunque en este caso, cuando cambia la posición ocupada, existe una mayor dispersión –entre 1 y 10 posiciones–, con una tendencia a tener más pérdida de posiciones respecto al uso de los pesos americanos y la presencia de 2 valores extremos que experimentarían una mejora de más de 20 posiciones. Por último, la ordenación de acuerdo con la IRR obstétrica es la que sufre más variaciones en general, con una dispersión similar a la de las altas médicas, aunque sin valores extremos.

A partir del análisis de la sensibilidad de los indicadores de casuística empleados en la determinación de los precios de la atención hospitalaria al uso de un sistema de pesos alternativo, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- El uso de los pesos americanos en el cálculo de la IRR podría no reflejar adecuadamente el consumo de recursos efectuado por las unidades proveedoras del SISCAT, de acuerdo con su casuística. El uso de un conjunto de pesos alternativo, estimado con costes procedentes, entre otros, de 16 hospitales catalanes, ha revelado que los indicadores de casuística son sensibles a la modificación de los pesos empleados. Esta sensibilidad es especial-

mente acusada en cuanto a la actividad obstétrica. En este sentido, los pesos americanos empleados en el cálculo de la IRR correspondiente al año 2022 podrían infravalorar el consumo de recursos efectuado por las unidades proveedoras que realizan actividad obstétrica.

5.3.3. ¿El sistema de contraprestación de las urgencias compensa adecuadamente las urgencias atendidas por los proveedores?

El Decreto 118/2014 establece que las urgencias hospitalarias se remuneran según la actividad realizada, tomando la urgencia atendida como parámetro aplicable a tal efecto, excepto en el caso de hospitales situados en zonas geográficas aisladas y/o con poca población y/o con dispositivos específicos de resolución de urgencias, a los que se les asigna un importe global para el mantenimiento de una estructura mínima de urgencias.⁵⁹ Cuando la contraprestación se basa en la actividad, el decreto prevé que la urgencia atendida se clasifique según su grado de complejidad, a partir de la información contenida en el CMBD de urgencias.⁶⁰ A efectos de medir el grado de complejidad, el legislador determinó que era necesario establecer los factores de ponderación correspondientes. El legislador estableció, además, una gradación provisional mientras no se dispusiera de esta medida de complejidad de las urgencias.⁶¹

Para dar cumplimiento a estas previsiones, el CatSalut optó por importar un sistema de clasificación de urgencias ya existente, en este caso la clasificación australiana URG,⁶² y utilizar, también, los pesos de esta clasificación como factores de ponderación de cada urgencia atendida. De acuerdo con la documentación facilitada por el CatSalut, la clasificación de las urgencias atendidas en el sistema URG se fundamenta en 3 variables: 1) el nivel de triaje (grado de urgencia); 2) el diagnóstico principal (en términos de grandes bloques diagnósticos); y 3) la situación del paciente al alta (alta en el domicilio, ingreso, traslado, etc.). En función de diferentes combinaciones de estos valores, la urgencia atendida se clasifica en alguno de los 122 URG posibles, a los que corresponde un peso según su coste relativo –en adelante pesos australianos. Estos pesos son los que se utilizan para calcular el IRU de cada hospital, que es la ponderación que se aplica al precio unitario de la urgencia dada. El IRU es un indicador que se calcula de forma análoga en el indicador de IRR del alta hospitalaria.

Anualmente, mediante resolución de la persona titular del departamento competente en materia de salud y a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, se

59. Véase el apartado 1.2 para el detalle del sistema de contraprestación de la atención urgente hospitalaria.

60. Artículo 39.2 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

61. Ibídem, disposición transitoria primera.

62. Véase: <https://www.ihacpa.gov.au/health-care/classification/emergency-care/urg>. El sistema de clasificación URG fue sustituido en Australia por el sistema Australian Emergency Care Classification (AECC) en 2021.

determinan los IRU de los hospitales. Los valores del IRU de 2022 no se modificaron respecto al año anterior,⁶³ y se calcularon a partir de los registros del CMBD de urgencias del año 2019 agrupados según la clasificación URG, versión 1.4, utilizando los pesos australianos correspondientes.

El uso de los pesos australianos en el cálculo del IRU fue validado por un estudio promovido por las organizaciones patronales del sector hospitalario en colaboración con el CatSalut.⁶⁴ Este estudio concluyó que había una correlación muy elevada entre los pesos australianos y los costes unitarios reales de la atención urgente en los 10 hospitales catalanes que participaron en el estudio. Sin embargo, el mismo estudio constató que el coste unitario medio evaluado superaba de forma relevante la “tarifa base” –precio unitario– aplicada en el pago de las urgencias atendidas. De hecho, los resultados del estudio muestran que el precio unitario de la urgencia atendida solo supera su coste unitario en los casos menos urgentes –niveles de triaje 4 o 5.⁶⁵ En el resto de los casos el precio unitario es marcadamente insuficiente. Con los precios y factores de ponderación del año 2022, el precio unitario final de la urgencia atendida en el hospital con una mayor complejidad permitiría cubrir una quinta parte del coste unitario más alto reportado en el informe.

Un estudio más reciente, llevado a cabo por la Unión Catalana de Hospitales, indica igualmente que los ingresos monetarios obtenidos por la atención urgente en los hospitales concertados participantes no permiten cubrir los costes de esta atención en ninguno de los ejercicios comprendidos entre 2019 y 2023.⁶⁶ El estudio también trata un aspecto no abordado en el trabajo anterior: la relación entre el coste de la urgencia y el nivel de estructura del hospital; en este sentido, el estudio concluye que los costes unitarios de la atención urgente tienden a aumentar con el nivel de estructura del hospital, con lo que el déficit de la atención urgente se acentúa en los hospitales con costes de estructura más elevados.

La Sindicatura ha constatado que las patronales de entidades proveedoras concertadas consideran que el sistema de contraprestación de las urgencias hospitalarias no compensa adecuadamente el coste de esa prestación. En particular, plantean que el modelo de contraprestación de la atención urgente no reconoce los costes de estructura que supone para un hospital tener un servicio de urgencias en funcionamiento. A diferencia del alta hospitalaria, cuyo pago incluye un componente de estructura, la urgencia atendida se pondera únicamente a través de un factor que intenta determinar su complejidad.

63. Véase el cuadro 27 del apartado 6.3.1 del anexo 3 para el detalle de estos valores.

64. CatSalut, CSC, ICS y La Unió. (2017). Estudio de los costes de la atención a las urgencias hospitalarias en el marco del nuevo sistema de pago del CatSalut. Informe de cierre. Disponible en: <https://www.uch.cat/documents/estudi-costos-urgencies-informe-de-tancament-def-20170912.pdf>.

65. El modelo de triaje utilizado en Cataluña clasifica a los pacientes que llegan a los servicios de urgencias hospitalarias en 5 niveles, de más a menos urgencia. De este modo, se prioriza la atención de los pacientes más urgentes.

66. La Unió. (2024). *Estudis Unió. Evolució dels costos i ingressos de les urgències hospitalàries a Catalunya (2019-2023)*. Plenario económico financiero de La Unió.

A partir de esta constatación, la Sindicatura ha evaluado en qué medida el IRU –es decir, el factor de ponderación que determina las diferencias en el precio de la urgencia atendida– puede reflejar diferencias entre centros en sus costes estructurales. Aunque el IRU pretende ser una medida de la complejidad atendida por los servicios de urgencias hospitalarias, esto no obstaculiza que pueda reflejar también diferencias estructurales entre ellos, si las urgencias más complejas tienden a ser atendidas en hospitales con mayor dotación de recursos. En el análisis se ha considerado el IRU de los diferentes hospitales correspondiente al año 2022 y su nivel de estructura, como aproximación al distinto coste estructural del servicio de urgencias. El análisis revela una correlación moderada entre el IRU y el nivel de estructura –el coeficiente de correlación lineal es de 0,47. Con todo, un análisis más detallado muestra que no hay diferencias relevantes entre el IRU medio de los hospitales de nivel 3, 4, 5 y 6 –este último incluye aquí los hospitales monográficos (nivel 7). De hecho, para estos hospitales no existe correlación entre el factor de ponderación de las urgencias y el nivel del hospital.⁶⁷

La razón que explica estos resultados es que las variables que determinan el IRU –y, en particular, el nivel de triaje– son bastante independientes del nivel de estructura del hospital. Estas variables están más relacionadas con otros factores, como la proximidad a un centro de urgencias de atención primaria (CUAP) o al servicio de urgencias de un hospital complementario, dispositivos que pueden atender a los pacientes menos urgentes y complejos. En cualquier caso, los resultados indican que el IRU no refleja las posibles diferencias en términos de costes de estructura entre los diversos servicios de urgencias hospitalarias. Sin embargo, aunque el IRU refleja diferencias estructurales entre dispositivos, su escasa amplitud –entre 0,88 y 1,18, en 2022–, combinada con el bajo precio unitario de la urgencia atendida, lo harían irrelevante como elemento compensador, por sí solo, de los costes de estructura.⁶⁸

Adicionalmente, la Sindicatura ha evaluado la adecuación del IRU como indicador de complejidad del caso atendido en los servicios de urgencias hospitalarias, que es el objetivo que persigue de acuerdo con la normativa. La bondad del IRU como indicador de complejidad de la urgencia depende en gran medida de la adecuación del sistema de agrupación de casos empleado en su cálculo. En este sentido, se ha identificado una relevante debilidad del sistema de clasificación australiano URG: la preponderancia que otorga al grado de urgencia (nivel de triaje) como variable de clasificación.

Hay que partir del principio de que *urgencia* y *complejidad* son conceptos distintos, aunque están relacionados. La Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias

67. Esto contrasta con lo que sucede, por ejemplo, con la IRR quirúrgica, que presenta una correlación razonable con el nivel de estructura de los hospitales, ya que la cirugía más compleja se acostumbra a hacer en los centros mejor dotados.

68. Una problemática adicional es aquella referente a los servicios de urgencias hospitalarias que tienen un bajo volumen de actividad. Estos dispositivos pueden tener dificultades para cubrir sus costes fijos con el actual modelo de contraprestación por actividad. Esta problemática, sin embargo, tiene implicaciones de planificación sanitaria que van más allá del sistema de determinación de precios.

(SOCMUE) define la complejidad como la “calidad relacionada con el grado de dificultad diagnóstica o terapéutica debido a la presencia de complicaciones o comorbilidades (diagnósticos secundarios) añadidas al diagnóstico principal que nos permite prever un tiempo de estancia o coste determinado”.⁶⁹ En cambio, el grado de urgencia se refiere al tiempo –inmediatez a la hora de ser atendido–, y se vincula con la complejidad por la gravedad –descompensación, pérdida de funciones o riesgo de mortalidad– y por la necesidad de intervención –grado de deterioro potencial.⁷⁰ De este modo, puede darse el caso de pacientes que presenten baja urgencia pero una complejidad elevada: por ejemplo, un paciente de edad avanzada con múltiples comorbilidades (enfermedades previas), demencia o algún cuadro confusional, pero que no presenta riesgo vital inmediato o previsible en su llegada al servicio de urgencias porque tiene una afectación o lesión menor. Este tipo de pacientes pueden suponer un consumo de recursos elevado para el proveedor, pero esta complejidad no se verá reflejada en un mayor peso australiano, ya que el sistema de agrupación solo tiene en cuenta el diagnóstico principal –es decir, la causa que le ha llevado al servicio de urgencias– y no sus posibles afectaciones previas (diagnósticos secundarios), que condicionan el tratamiento. El sistema de agrupación únicamente reconocerá la complejidad de estos pacientes si se indica su ingreso en planta o su traslado a otro centro, lo que limitaría la capacidad resolutiva del mismo servicio de urgencias hospitalarias y generaría potenciales ineficiencias en el uso de los recursos, si el ingreso o el traslado fueran evitables.

Esta importante limitación del sistema de agrupación URG fue, de hecho, el principal motivo que llevó a las autoridades australianas a prescindir y sustituirlo por un nuevo sistema llamado Australian Emergency Care Classification (AECC), en 2021. La AECC se desarrolló siguiendo las recomendaciones de un informe que, ya en 2014, advertía de las limitaciones de la URG.⁷¹ A partir de la revisión de los distintos sistemas de clasificación empleados en varios países, el informe señala que ninguno de ellos utiliza el triaje como variable de clasificación. Los expertos clínicos consultados en el marco del informe señalan que conceptos como la *complejidad*, la *gravedad* o, incluso, la *dependencia*, difícilmente pueden ser captados por el nivel de triaje o por medio de un solo diagnóstico principal. Identifican, además, estos 3 aspectos –complejidad, gravedad y grado de dependencia– como los más relevantes en cuanto a los inductores de coste en la estancia de un paciente al servicio de urgencias. La problemática surge por el hecho de que codificar exhaustivamente los diagnósticos secundarios (comorbilidades) de los pacientes puede suponer una carga administrativa

69. Gómez Jiménez, J., Chanovas Borràs, M. R., Miró, O., et al. (2008). *Triatge estructurat als serveis d'urgències. Document de posició de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències* (SCMU-ACMES), p. 5. Disponible en: <https://www.socmue.cat/Upload/Documents/5/59.pdf>.

70. Gómez Jiménez, J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basada en el triaje estructurado. *Emergencias*, 18: 156-164.

71. Health Policy Analysis. (2014). *Investigative review of classification systems for emergency care – Final report*. Independiente Hospital Pricing Authority, Sydney. Disponible en línea en: <https://www.ihacpa.gov.au/resources/investigative-review-classification-systems-emergency-care>.

difícilmente asumible por un servicio de urgencias hospitalarias.⁷² Por esta razón, la clasificación AECC incorpora dos variables adicionales: la edad del paciente y el medio por el que ha llegado a urgencias (a pie, ambulancia, etc.). Estos factores, junto con los que ya se consideraban en la agrupación URG, permiten determinar de forma más precisa la complejidad del caso atendido en el servicio de urgencias.

En este punto es necesario mencionar un aspecto de la contraprestación de las urgencias que no está recogido en el Decreto 118/2014: el CatSalut permite facturar como alta hospitalaria a un paciente atendido en el servicio de urgencias siempre que permanezca allí más de 16 horas y se haya indicado la necesidad de ingreso en planta; el pago del precio del alta hospitalaria se realizará con independencia de que el ingreso se haya producido efectivamente o no. Dado que el precio unitario del alta hospitalaria es muy superior al precio unitario de la urgencia atendida, la Sindicatura entiende que con esta regla de facturación el CatSalut pretende compensar a los proveedores por el consumo de recursos de aquellas urgencias que no han podido ser ingresadas, a pesar de requerirlo.⁷³ Lo importante a remarcar es que, en ausencia de esta remuneración, que no debería producirse si el drenaje de los pacientes fuera óptimo, conviene a los proveedores tratar de hacer efectivo el ingreso o el traslado de los casos poco urgentes cuya complejidad no es reconocida por el sistema de clasificación URG.

Las carencias detectadas en la contraprestación de las urgencias pueden generar incentivos perversos. En primer lugar, el bajo precio unitario de la urgencia atendida, en combinación con el factor de ponderación empleado, puede inducir a los proveedores hospitalarios a atender casos poco urgentes (nivel de triaje 4 o 5), cuando sean también poco complejos, incluso si se ha protocolizado la derivación inversa, ya que su coste es inferior al ingreso unitario. La eventual penalización de esta conducta a través de un menor IRU futuro puede resultar irrelevante dada la escasa amplitud de este factor de ponderación. Además, es necesario tener presente que todos los proveedores pueden tener este incentivo, independientemente de sus características estructurales. Así, dada la forma de cálculo del IRU, la variación del peso medio derivada de un patrón común de conducta podría compensar la menor complejidad informada por el proveedor, manteniendo invariable su valor. Este incentivo no intencionado sería contrario a uno de los ejes del Plan nacional de urgencias de Cataluña (PLANUC), que establece la necesaria adecuación de las urgencias en el dispositivo más adecuado. En segundo lugar, la falta de precisión del sistema URG a la hora de captar la complejidad de determinados pacientes, en combinación con la baja remuneración de la urgencia atendida, puede incentivar a los proveedores a indicar el ingreso o traslado del paciente, aunque dichas circunstancias sean evitables. Esto puede limitar la capacidad resolutiva del servicio de urgencias hospitalarias y provocar que se haga un uso ineficiente de los

72. Esta es un problemática compartida por las urgencias en Cataluña. Aunque el CMBD de urgencias incluye campos relativos a diagnósticos secundarios, en la práctica los proveedores raramente informan de ello. Únicamente es obligatorio informar del diagnóstico principal.

73. Texto modificado a raíz de la alegación II.3.c presentada por el Servicio Catalán de la Salud.

recursos del sistema. Además, este incentivo puede resultar contrario a la liberación de camas hospitalarias y su uso preferente para usos quirúrgicos que persigue el CatSalut.

De la evaluación del sistema de contraprestación de las urgencias, la Sindicatura hace la siguiente observación:

- El sistema de contraprestación de las urgencias hospitalarias no permite cubrir sus costes. El factor de ponderación empleado, en aplicación de lo previsto en la normativa, está basado en un sistema de clasificación de casos poco riguroso a la hora de determinar la complejidad de las urgencias atendidas. La contraprestación de las urgencias no contempla las diferencias estructurales entre los dispositivos, que tampoco quedan reflejadas en el factor de ponderación que pondera el precio unitario. Este precio, por su parte, resulta insuficiente para cubrir el coste unitario medio de la urgencia atendida. Como consecuencias de todas estas distorsiones, pueden generarse incentivos no intencionados contrarios a algunas de las orientaciones de política sanitaria vigentes en Cataluña.

5.3.4. ¿El CatSalut dispone de informes económicos que justifiquen los precios fijados como contraprestación por los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?

Como ya se ha analizado en apartados precedentes, la contraprestación económica del CatSalut por la actividad de atención hospitalaria y especializada de agudos que realizan los centros proveedores concertados se determina a partir de la actividad contratada, o bien en función de una cuantía fija anual asignada.

En el primer caso, la actividad contratada que realizan los centros concertados por cuenta de la sanidad pública en cuanto a hospitalización, urgencias atendidas, técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, alta complejidad y servicios, procedimientos y programas específicos de reconocida necesidad se determina a partir de 2 variables: un parámetro de actividad y un precio unitario. En las altas hospitalarias, el precio unitario está modulado por la estructura y la casuística del centro, y en las urgencias atendidas, por la casuística.

En el segundo caso, la contraprestación de los servicios que realizan los hospitales concertados en cuanto a consultas externas, urgencias de hospitales situados en zonas aisladas y/o con poca población y/o con dispositivos específicos de resolución de urgencias y la mayor parte de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se establece mediante la asignación de un importe anual fijo.

Contraprestación mediante precios unitarios

Los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos son comunes a todos los hospitales concertados y se determinan cada año me-

diente orden del titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut.⁷⁴

De acuerdo con ello, mediante la Orden SLT/88/2022, de 22 de abril, del consejero de Salud se determinaron los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada para el año 2022. Esta orden fue posteriormente modificada por la Orden SLT/209/2022, de 14 de septiembre, por la que se añade la prestación del lector ocular en el apartado de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos; por la Orden SLT/241/2022, de 10 de noviembre, a los efectos de incorporar el hospital de día y la actividad del Sistema de Información para la Vigilancia de Infecciones en Cataluña como nuevas técnicas y de modificar el epígrafe relativo a los tratamientos de infertilidad, y por la Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se añaden las prestaciones de mastectomía y reconstrucción mamaria simultánea como nuevas técnicas y se actualizan los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

La relación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad con actividad contratada y su precio unitario los estableció el consejero de Salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut, mediante Resolución de 30 de enero de 2023.⁷⁵

En 2022, los precios unitarios se incrementaron el 3,49% respecto al año anterior, como consecuencia de los incrementos salariales establecidos en la Ley de presupuestos generales del Estado de 2022 y en el Real Decreto-ley 18/2022, de 18 de octubre (cuadro 14).

74. Artículo 48 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

75. Resolución modificativa de la anterior aprobada el 21 de junio de 2022, por la que se establecían, para el año 2022, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada, de acuerdo con el Decreto 118/2014.

Cuadro 14. Parámetros de actividad y precios unitarios para el año 2022

Actividad	Parámetro	Precio unitario	Importe precio unitario
Hospitalización (a)	Altas quirúrgicas Altas médicas Altas obstétricas	Precio unitario de estructura	Nivel 1: 893,51 Nivel 2: 1.034,57 Nivel 3: 1.116,91 Nivel 4: 1.375,55 Nivel 5: 1.875,19 Nivel 6: 2.353,13 Nivel 7: 2.363,16
		Precio unitario medio de casuística	958,20
Urgencias hospitalarias (b)	Visita de triaje Urgencia atendida	Precio unitario Precio unitario medio de casuística	17,65 99,90
Técnicas, tratamientos y procedimientos (c)	Sesión Intervención Caso atendido	Precio unitario Precio unitario Precio unitario por cada categoría	231,17 221,81 *
Actividad de alta complejidad (d)	Alta	Precio unitario por cada categoría	*
Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad con actividad contratada (e)	Día de tratamiento / altas	Precio unitario	*

Importes en euros.

Fuente: Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada, y Resolución del consejero de Salud de 30 de enero de 2023.

* En los cuadros 30, 31 y 32 del apartado 6.3.2. del anexo 3 está el detalle de los precios unitarios de la relación de técnicas, tratamientos y procedimientos, de la actividad de alta complejidad y de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad.

Los precios unitarios de las prestaciones hospitalarias (epígrafes a y b) se fijaron en 2015 y se actualizan cada año.

En cuanto a las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, la actividad de alta complejidad y los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad con actividad contratada (epígrafes c, d y e), la actividad se factura a razón de un precio unitario calculado a partir de un escandallo de costes que no ha sido objeto de fiscalización. La Sindicatura ha constatado que algunos de estos escandallos tienen precios unitarios calculados con anterioridad a 2003 y que no han sido revisados desde entonces, solo se han actualizado anualmente con los incrementos de precios.

Contraprestación mediante la asignación de cuantías fijas anuales

En 2022, el gasto derivado de las actividades hospitalarias financiadas con una cuantía anual asignada fue de 334,18 M€, un 18,20% superior al año 2021 (cuadro 15).

Cuadro 15. Gasto de las actividades hospitalarias financiadas con una cuantía anual asignada

Actividad sanitaria	Gasto		
	2022	2021	Variación 2022/2021(%)
Urgencias, dispositivo mínimo*	8.412.545	8.128.848	3,49
Consultas externas	517.424.126	492.192.124	5,13
Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad	334.178.447	282.731.768	18,20

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la actividad facturada por las entidades proveedoras en 2022.

* Asignación total por los 4 hospitales situados en zonas geográficas aisladas y/o con poca población y/o con dispositivos específicos de resolución de urgencias.

En el caso de las urgencias, la asignación única global para el mantenimiento de una estructura mínima de atención de urgencias correspondiente a determinados hospitales y dispositivos específicos debe establecerse anualmente mediante una orden de la persona titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut, en cumplimiento de lo que dispone el Decreto 118/2014. En 2022, la asignación única global para la contraprestación de los servicios de urgencias de los 4 hospitales situados en zonas geográficas aisladas y/o con poca población y/o con dispositivos específicos de resolución de urgencias fue de 2,10 M€.⁷⁶

Por lo que respecta a las consultas externas, hasta 2014 se contrataban de acuerdo con los precios de primeras visitas y visitas sucesivas. A partir de la entrada en vigor del Decreto 118/2014, la contraprestación corresponde a un importe asignado a cada hospital calculado, según la normativa, en función del número de especialidades y el nivel asistencial asignado a cada centro.

En 2022, la mayor parte de importes asignados a los centros hospitalarios por consultas externas aumentaron un 3,49% respecto a 2021, pero, para determinados hospitales, este incremento fue mayor, entre el 195,16% y el 5,77% (véase el cuadro 34 del apartado 6.3.3 del anexo 3).

El CatSalut ha informado que el importe que se asigna a cada hospital y la variación anual de la actividad de consultas externas responde a las prioridades del Departamento de Salud en cuanto a las políticas de salud y la priorización que realiza cada región sanitaria de las

76. Resolución de 30 de enero de 2023 del consejero de Salud.

mejoras del contrato. Estas prioridades están fundamentadas en estudios previos de la actividad esperada y las tasas poblacionales que pueden variar en función de nuevos flujos poblacionales por cambios de ordenación del territorio, el crecimiento de la población o el incremento de actividad.

Sin embargo, para una muestra de unidades proveedoras el CatSalut ha indicado los motivos de la variación producida en el importe asignado a consultas externas en 2022 respecto a la anterior, pero no ha aportado ningún estudio ni documentación justificativa. Por otra parte, los parámetros aducidos en el párrafo anterior no están previstos en el Decreto 118/2014.

Por lo que respecta a los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad, la contraprestación corresponde al importe anual asignado por programa contratado en cada centro.

En 2022, la mayoría de los importes asignados a cada entidad proveedora por cada una de estas acciones aumentaron un 3,49% respecto al año 2021, aunque para determinados hospitales y servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad la variación fue superior o inferior. Las acciones con aumentos más significativos, entre el 38,01% y el 79,74% del importe anual asignado, fueron en programas de la unidad de hemofilia, de prevención y cribado del cáncer ginecológico, de la unidad funcional del Sida y el específico de alianzas territoriales (véase el cuadro 33, apartado 6.3.3, anexo 3).

De la evaluación del sistema de fijación de los precios unitarios y los importes asignados a los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos, la Sindicatura ha constatado el siguiente aspecto:

- Los precios unitarios de los niveles de estructura, casuística, triaje y urgencias atendidas provienen de precios calculados en el año 2014 que se actualizan anualmente, aunque el CatSalut no dispone de documentación que justifique su cálculo.

En cuanto a técnicas, tratamientos y procedimientos específicos y de la actividad de alta complejidad, el CatSalut ha facilitado los escandallos de costes a partir de los cuales fijó los precios unitarios de las nuevas incorporaciones o modificaciones realizadas en 2022, pero no los correspondientes a años anteriores.

En cuanto a la actividad financiada mediante una cuantía anual asignada, el CatSalut no ha facilitado ninguna documentación justificativa del cálculo del importe asignado a la actividad de urgencias realizada en hospitales situados en zonas geográficas aisladas y/o con poca población y/o con dispositivos específicos de resolución de urgencias, ni tampoco la ha aportado para la actividad de consultas externas ni los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad que contrató en 2022. Tampoco ha justificado adecuadamente el motivo por el que el aumento del importe de la contraprestación superó el 3,49% en algunos centros, entre los años 2021 y 2022.

5.4. ¿LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE PAGO DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES ECONÓMICAS Y FINANCIERAS DE LOS PROVEEDORES DERIVADAS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS?

5.4.1. ¿La facturación y la regularización de la actividad hospitalaria y especializada de agudos se han hecho de acuerdo con lo que prevé la resolución de aplicación del sistema de pago?

Las entidades proveedoras facturan mensualmente los servicios hospitalarios con cargo al CatSalut y, una vez cerrado el año, regularizan la actividad realizada durante el ejercicio ajustando las facturaciones correspondientes a la actividad contratada y a los parámetros y precios establecidos en las cláusulas adicionales de los contratos. Los importes mensuales percibidos por las entidades proveedoras durante el ejercicio incluyen una parte fija y una parte variable.

La facturación mensual y la regularización anual se realizan de acuerdo con los criterios del sistema de contraprestación establecidos en el Decreto 118/2014; de acuerdo con los porcentajes del importe fijo y variable de la contraprestación económica de la atención hospitalaria y especializada de agudos y con las condiciones de facturación en caso de que la actividad realizada sobrepase la contratada establecidos anualmente por el consejero de Salud,⁷⁷ y de acuerdo con el Manual de facturación de la asistencia hospitalaria y especializada de agudos.

De la revisión de la regularización efectuada por el CatSalut, la Sindicatura ha constatado los siguientes aspectos:

- La actividad realizada a la que se refiere la Resolución del consejero, en cuanto a las altas hospitalarias, se traduce en dos cifras diferentes según si lo que se determina es la actividad marginal o bien el mínimo del 80% sobre la actividad contratada que se establece para que el proveedor pueda disfrutar del esquema de pago fijo y variable. En el primer caso, la actividad realizada no incluye las altas denominadas de reingreso, mientras que en el segundo caso sí que las incluye. Esta interpretación que hace el CatSalut y que condiciona los mecanismos de pago en ambos casos no se desprende ni está concretado en el texto de la Resolución, en tanto que acto administrativo que recoge la voluntad de la Administración (aquí, el Departamento de Salud).
- La interpretación del CatSalut del término *actividad realizada*, a la que se refiere la Resolución, en relación con la determinación del 80% de actividad realizada sobre la contratada, es contraria al principio de economía, ya que facilita a las unidades proveedoras alcanzar este mínimo.

77. Véase el apartado 1.2.

5.4.2. ¿La aplicación del sistema de pago ha permitido dotar a las entidades proveedoras concertadas de una financiación adecuada para la prestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?

El convenio de gestión de servicios sanitarios es el documento que formaliza el encargo de la gestión de los servicios asistenciales. Se especifican, entre otros, los servicios que deben prestar las entidades proveedoras concertadas y el lugar donde deben prestarlos.

Las cláusulas adicionales de estos convenios establecen anualmente la contraprestación económica, las actividades contratadas, la vigencia y el sistema de facturación y pago. Su firma está condicionada por los incrementos salariales que determina el Estado mediante la Ley de presupuestos y otros incrementos salariales recogidos en convenios laborales u otra normativa aprobados por el consejero de Salud, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut.

Una vez firmadas las cláusulas, los servicios prestados se facturan de acuerdo con los parámetros y precios establecidos en ellas. Sin embargo, mientras no se hayan suscrito, se aplican a la facturación mensual los parámetros, precios y condiciones establecidos en las últimas cláusulas firmadas.

En 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos se actualizaron de acuerdo con los incrementos salariales establecidos por el Estado, el último de los cuales se publicó en el *Boletín Oficial del Estado* en octubre de 2022.⁷⁸ Las cláusulas adicionales de los convenios donde se establecía la actividad contratada y los parámetros y precios para el año 2022 se firmaron con las entidades proveedoras a partir de marzo de 2023, casi 3 meses después de que terminara su vigencia. La regularización de la actividad anual ajustó la facturación de los servicios prestados en 2022 a los precios y parámetros aprobados para 2022, aunque en febrero de 2024 el CatSalut no había contabilizado su importe íntegro por falta de disponibilidad presupuestaria y, en consecuencia, no lo había satisfecho a las entidades proveedoras concertadas.

En abril de 2023 el CatSalut modificó el cálculo del sistema⁷⁹ de pago mensual a los proveedores con el objeto de garantizar la tesorería y sostenibilidad de las entidades proveedoras

78. Artículo 23 del Real decreto ley 18/2022, de 18 de octubre, por el que se aprueban medidas de refuerzo de la protección de los consumidores de energía y de contribución a la reducción del consumo de gas natural en aplicación del “Plan + seguridad para tu energía (+SE)”, así como medidas en materia de retribuciones del personal al servicio del sector público y de protección de las personas trabajadoras agrarias eventuales afectadas por la sequía.

79. Resolución del director del CatSalut de 25 de abril de 2023 para la aplicación del importe fijo mensual en la facturación correspondiente al sistema de pago de convenios y contratos de servicios sanitarios de 2023.

e introdujo un importe fijo mensual, en sustitución del anterior sistema de pago a cuenta que distingüía entre una parte fija y otra variable. Para el cálculo de este importe fijo incorporó, entre otros aspectos, el incremento anual de precios aprobado por el Consejo de Dirección del CatSalut, nuevas prestaciones de servicios del ejercicio y un factor de ajuste, que permite incorporar cualquier variación antes de disponer de la contratación definitiva del año.

En 2022, el volumen del gasto desplazado de la atención hospitalaria de agudos realizado y no registrado en el presupuesto fue de 1.078,04 M€, un 46,65% más que el año anterior. Incluye, por un lado, 332,83 M€, correspondientes a obligaciones no aplicadas al presupuesto por insuficiencia de crédito presupuestario, y por otro, 745,20 M€, por obligaciones pendientes de pago no vencidas a final del ejercicio, derivadas de gastos devengados o bienes y servicios recibidos durante el año (cuadro 16).

Cuadro 16. Gasto desplazado de la atención hospitalaria de agudos, evolución 2021-2022

Tipos de operaciones	2022	2021	Variación 2022/2021(%)
Operaciones pendientes no vencidas	745.203.225	578.690.337	28,77
Operaciones no aplicadas por insuficiencia de crédito o por diferencias en criterios contables o presupuestarios	332.834.674	156.438.293	112,76
Gasto realizado y no contabilizado	1.078.037.899	735.128.630	46,65

Importes en euros.

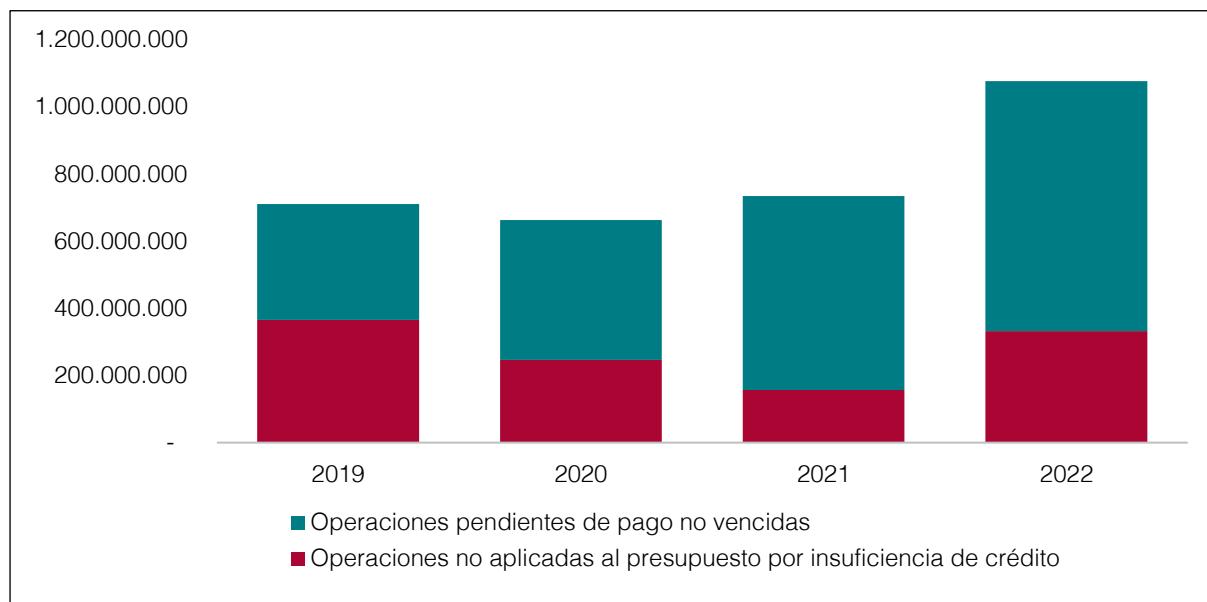
Fuente: Contabilidad del CatSalut y elaboración propia.

Notas:

El gasto desplazado de la atención hospitalaria de agudos incluye el gasto derivado de la COVID-19.

La Sindicatura no ha fiscalizado los importes que constan en la contabilidad del CatSalut.

A lo largo del período 2019-2022 el gasto desplazado sigue una tendencia incrementalista salvo en los ejercicios 2020 y 2021, debido a una mayor disponibilidad de crédito derivada de los fondos estatales COVID-19. En 2022 el gasto desplazado supera con creces el de 2019 por el aumento significativo de las obligaciones pendientes de pago no vencidas a finales del año (gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución del gasto desplazado de la atención hospitalaria de agudos. Período 2019-2022

Fuente: Elaboración propia a partir de la compatibilidad del CatSalut.

Nota: El gasto desplazado de la atención hospitalaria de agudos incluye el gasto de la COVID-19.

Del análisis de la contraprestación efectiva de los servicios hospitalarios prestados a cuenta del CatSalut en 2022, la Sindicatura ha constatado lo siguiente:

- La aplicación del sistema de pago de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos no permitió dotar las entidades proveedoras de una financiación adecuada en tiempo y forma, debido a que el CatSalut satisfizo los servicios prestados durante 2022 de acuerdo con la cuantía contratada y los parámetros del año anterior. Hasta el año 2023, cuando el CatSalut y las entidades proveedoras firmaron las cláusulas adicionales del ejercicio 2022, no se regularizó la actividad realizada de acuerdo con los nuevos parámetros y precios, aunque en el mes de febrero de 2024 el CatSalut no había pagado el importe íntegro por falta de crédito presupuestario.
- En 2022 los gastos no aplicados al presupuesto del CatSalut por insuficiencia de crédito presupuestario ascendieron a 332,83 M€, con un incremento del 112,76% respecto al año anterior, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 28.b y 35 del texto refundido de la Ley de finanzas públicas de Cataluña.

5.4.3. ¿El CatSalut financió servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por vías diferentes a los precios fijados en el marco del sistema de contraprestación ordinario?

Otra fuente de financiación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos han sido las transferencias corrientes y de capital a las entidades proveedoras de los servicios.

En 2022 el CatSalut reconoció 84,02 M€ con cargo al presupuesto de gastos por transferencias corrientes y de capital a favor de entidades concertadas (cuadro 17).

Cuadro 17. Obligaciones reconocidas por transferencias a entidades concertadas. Ejercicio 2022

Capítulo presupuestario	Obligaciones reconocidas
Capítulo 4. Transferencias corrientes	53.105.426
Capítulo 7. Transferencias de capital	30.912.423
Total	84.017.849

Importes en euros.

Fuente: CatSalut.

Las transferencias corrientes se destinaron mayoritariamente a financiar gastos de funcionamiento de las entidades receptoras, ya sea de forma global o por actuaciones concretas. En concreto, tenían por objeto la financiación de:

- Déficits históricos y servicios hospitalarios traspasados de otras administraciones (18,06 M€).
- Incrementos retributivos no aplicados en 2009 y 2010 (17,75 M€).
- Carga financiera de préstamos concedidos a las entidades para la construcción y equipamiento de los hospitales o de préstamos concedidos para recuperar el equilibrio financiero de las entidades (13,03 M€).
- La cuenta de pérdidas y ganancias de las nuevas entidades adscritas al CatSalut que se subrogaron en los derechos y obligaciones de las entidades de las que eran titulares otras administraciones o entidades privadas y que hasta ese momento habían gestionado los hospitales (2,67 M€).
- Arrendamiento operativo de equipamiento hospitalario (0,84 M€).
- Actuaciones sanitarias concretas: protonterapia, promoción de la salud y prevención del cáncer (0,65 M€).

El cuadro 18 muestra el detalle de las obligaciones reconocidas para cada una de las entidades proveedoras.

Cuadro 18. Transferencias corrientes a entidades proveedoras concertadas. Ejercicio 2022

Entidad proveedora	Obligaciones reconocidas del capítulo 4
Consorcio Mar Parque de Salud de Barcelona	18.063.220
Fundació Privada Hospital Santa Creu i Sant Pau	6.449.710
Fundació de Gestió Sanitaria de l'Hospital Santa Creu i Sant Pau	6.354.514
Consorcio Sanitario Integral	4.502.612
Corporación Sanitaria Parc Taulí	3.569.238
Consorcio Sanitario de Terrassa	3.159.391
Corporación de Salud de El Maresme y La Selva	1.813.686
Instituto Catalán de Oncología	1.562.107
Consorcio Hospitalario de Vic	1.380.612
Gestión de Servicios Sanitarios	1.314.938
Salud Terres de l'Ebre	1.194.762
Consorcio Sanitario de L'Anoia	1.055.835
Salud Catalunya Central	1.047.352
Consorcio Sanitario de L'Alt Penedès y El Garraf	955.878
Gestión y Prestación de Servicios de Salud	423.720
Hospital Clínic de Barcelona	257.851
Transferencias corrientes	53.105.426

Importes en euros.

Fuente: CatSalut.

Por otro lado, las transferencias de capital tuvieron por objeto:

- Cofinanciar la renovación de equipamiento sanitario y aparatos médicos de los centros del SISCAT (15,32 M€).
- Financiar la ampliación, remodelación y equipamiento hospitalario, ya sea subvencionando la amortización de un préstamo o la obra. Cabe destacar que el CatSalut ha financiado las obras de hospitales que están gestionados por otras administraciones o entidades y en los que el CatSalut no participaba o no formaba parte de los órganos de dirección (15,37 M€).
- Financiar un software que permite agilizar tareas de los profesionales en el ámbito digital a raíz del despliegue del Plan director de sistemas de información del SISCAT (0,22 M€).

El detalle de las obligaciones reconocidas para cada entidad proveedora consta en el cuadro 19.

Cuadro 19. Transferencias de capital a entidades proveedoras concertadas. Ejercicio 2022

Capítulo presupuestario	Obligaciones reconocidas en el capítulo 7
Programa específico de apoyo a la renovación tecnológica*	15.322.481
Otras transferencias de capital	15.589.942
Fundació Privada Hospital Santa Creu i Sant Pau	11.204.060
Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa	4.000.000
Pius Hospital de Valls	161.208
Fundació Privada Asil de Granollers	115.092
Hospital Sant Rafael	59.027
Hospital de Sant Celoni	50.555
Transferencias de capital	30.912.423

Importes en euros.

Fuente: CatSalut.

* En el año 2022 el CatSalut reconoció gastos para transferencias por el Programa específico de apoyo a la renovación tecnológica a favor de 38 entidades concertadas.

El 11 de noviembre de 2019, el Consejo de Dirección del CatSalut aprobó el Programa específico de apoyo a la renovación tecnológica de los centros proveedores del sistema de salud para el período 2021-2023, mediante la cofinanciación de las inversiones en renovación de equipamiento sanitario y aparatos médicos de los centros hospitalarios de agudos integrados en el SISCAT. El programa contó con una dotación global de 150 M€, que se asignó mediante 4 convocatorias públicas, de 30 M€ la primera y de 40 M€ cada una de las demás.

En el marco de la primera y segunda convocatoria para la concesión de subvenciones destinadas a la cofinanciación de inversiones en renovación de equipamiento sanitario y aparatos médicos, el CatSalut cofinanció las 3 líneas siguientes:

- Equipamiento para la atención a pacientes críticos, monitorización, ventilación, y soporte al parto y a los recién nacidos.
- Equipamiento de diagnóstico por la imagen convencional o terapéutico.
- Equipamiento específico de diagnóstico por la imagen, medicina nuclear y radioterapia.

En 2022 el CatSalut reconoció 28,85 M€ de obligaciones con cargo al capítulo 7 del presupuesto de gasto por subvenciones a las inversiones en renovación de equipamiento sanitario y aparatos médicos, de las cuales 15,32 M€ correspondían a las ayudas concedidas a entidades concertadas (cuadro 19), y 13,53 M€, a las concedidas a centros proveedores del ICS.

Del análisis efectuado, la Sindicatura hace la siguiente observación:

- El CatSalut retribuye la actividad que realizan las entidades proveedoras de servicios hospitalarios de acuerdo con un sistema de precios que debería cubrir los costes estándar de los servicios, tanto directos como indirectos, y entre ellos, el coste de la amortización de los equipamientos sanitarios y aparatos médicos, para que las entidades proveedoras puedan

reponerlos. De hecho, los escandallos de costes de las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos y de la actividad de alta complejidad que fueron creados o modificados en 2022 y 2023 incluyen la amortización de los activos adscritos a estas actividades.

Sin embargo, en general, la Sindicatura no ha podido determinar si los precios se adecuaban a los costes de los servicios prestados por las entidades proveedoras, porque el CatSalut no ha facilitado los escandallos del resto de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos y de la actividad de alta complejidad, y porque tampoco ha estudiado los costes de las altas hospitalarias, de las consultas externas y de las urgencias.

Por tanto, la cofinanciación mediante subvenciones de las inversiones en renovación de equipamiento sanitario y aparatos médicos puede haber supuesto una sobrefinanciación de estos activos, dado que se financiaron vía precios y vía subvenciones.

5.5. ¿EL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA DE AGUDOS ESTÁ LOGRANDO LOS RESULTADOS QUE PERSIGUE EL CATSALUT?

5.5.1. ¿Los incentivos económicos establecidos en el sistema de determinación de precios han producido los efectos esperados, de modo que quede justificada su aplicación?

En el apartado 5.1.1 de este trabajo se han enumerado los incentivos económicos vinculados al precio del alta hospitalaria y los correspondientes objetivos perseguidos por el CatSalut.⁸⁰ Estos objetivos se quieren alcanzar mediante una mejora en el precio del alta, cuando se quiere incentivar una determinada actividad, o a través de un precio inferior, cuando se persigue lo contrario.

En este apartado se analizará si estos objetivos se han alcanzado y, en su caso, se evaluará si su consecución se debe o no al incentivo establecido en el sistema de pago. A continuación se detalla el análisis que se ha llevado a cabo para cada uno de los incentivos.

Incentivo a la actividad quirúrgica

El Decreto 118/2014 introduce en el sistema de pago el llamado *factor de ponderación* del alta, que define como “el valor que se asigna a cada tipo de alta con la finalidad de fomentar la consecución de los objetivos del Plan de salud de Cataluña”.⁸¹ En el caso de las altas

80. Véase el cuadro 4.

81. Artículo 34.4 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

quirúrgicas, este factor de ponderación se fijó inicialmente en 1,02 y se ha mantenido en ese valor desde entonces. Así, desde 2015 se ha estado incentivando la actividad quirúrgica en los hospitales concertados de la red pública, ya que su factor de ponderación implica que el alta quirúrgica se paga a un precio un 2% superior al resto de altas. Según el CatSalut, con ello se pretende que la actividad de los hospitales sea cada vez más quirúrgica y la actividad médica se desplace a otras unidades o a otros niveles asistenciales.

Para evaluar la efectividad de este incentivo, la Sindicatura ha obtenido los datos de actividad asistencial de los hospitales de agudos del SISCAT, a partir del CMBD-HA, en el período temporal que va desde el año 2010 hasta el año 2019. De esta forma, ha sido posible comparar la actividad quirúrgica antes y después de la aplicación del incentivo. A partir de los registros obtenidos, se ha medido el porcentaje de actividad considerada quirúrgica sobre el resto de actividad realizada en el centro.

El análisis se ha realizado en dos etapas.⁸² En primer lugar, se ha calculado el porcentaje medio de actividad quirúrgica de las unidades proveedoras susceptibles de responder al incentivo en los períodos 2010-2014 (sin incentivo) y 2015-2019 (con incentivo). En el primer caso, la media fue de un 52,83% de actividad quirúrgica, mientras que en el segundo fue aproximadamente del 54,85%. La diferencia entre las medias es estadísticamente significativa. Por tanto, se puede afirmar que en el período posterior a la entrada en vigor del Decreto 118/2014 la actividad quirúrgica de los centros donde se aplicó el incentivo aumentó en un 2,02% de media. Sin embargo, este incremento en la actividad quirúrgica no es necesariamente consecuencia de la aplicación del incentivo. Otros factores podrían haber concurrido simultáneamente y favorecido un aumento de la actividad quirúrgica en los centros hospitalarios.

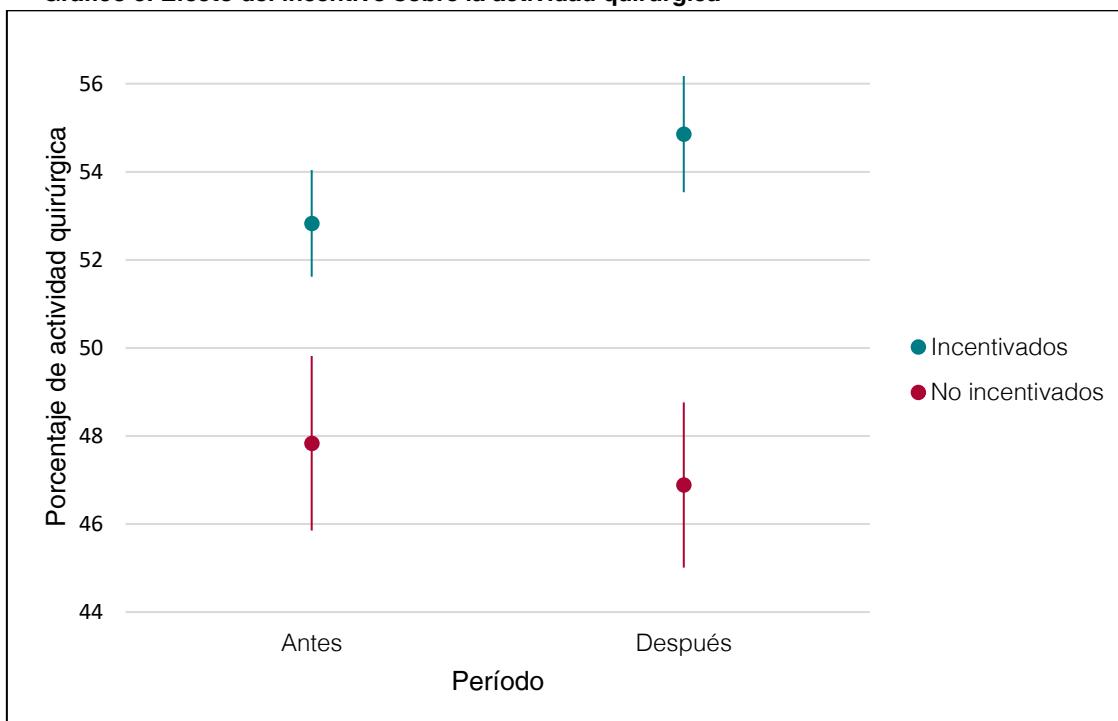
Es por ello por lo que, en segundo lugar, se ha realizado un análisis del impacto para descartar que algún elemento no observado pueda haber sido determinante en la mejora de la actividad quirúrgica de los hospitales. En este caso, se ha aprovechado la circunstancia de que algunos de los hospitales de agudos del SISCAT, por la naturaleza particular de su sistema de pago, no están afectados por el incentivo objeto de análisis. Se ha medido el porcentaje de actividad quirúrgica de estas unidades proveedoras de forma análoga al caso de las unidades incentivadas.⁸³ A diferencia de lo que sucedía en ese caso, entre los centros no incentivados el porcentaje de actividad quirúrgica disminuye en términos medios aproximadamente 1 punto porcentual después de la entrada en vigor del decreto.

82. Se han excluido del análisis 5 hospitales que presentaban una elevada especialización quirúrgica y 3 hospitales monográficos que por su naturaleza realizan poca cirugía.

83. Los centros no incentivados son los 8 hospitales del ICS, el Hospital de la Cerdanya y el Espitau Val d'Aran. Este grupo contiene al menos un hospital de cada uno de los tipos existentes en el grupo de centros incentivados, de acuerdo con la clasificación de niveles hospitalarios del CatSalut.

Se ha utilizado la técnica estadística de diferencia en diferencias para estimar el posible efecto del incentivo sobre la actividad quirúrgica.⁸⁴ El resultado obtenido indica que, en el período posterior a la entrada en vigor del decreto, el porcentaje de actividad quirúrgica aumentó, en promedio, casi 3 puntos porcentuales entre los centros incentivados con relación a los no incentivados. Este es el efecto causado por la aplicación del incentivo, y es estadísticamente significativo. El gráfico 5 muestra los porcentajes de actividad quirúrgica estimados por el modelo estadístico –junto al grado de incertidumbre que los acompaña– de cada grupo de proveedores hospitalarios, antes y después de la aplicación del incentivo.

Gráfico 5. Efecto del incentivo sobre la actividad quirúrgica



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del CMBD-HA facilitados por el CatSalut.

Nota: Intervalos de confianza al 95%.

El gráfico 5 también permite ilustrar la intuición detrás del resultado estadístico obtenido. Como se ha apuntado anteriormente, la actividad quirúrgica entre los hospitales incentivados aumentó unos 2 puntos porcentuales de media entre un período y otro (véase el aumento en el gráfico). Por otro lado, la actividad quirúrgica entre los hospitales no incentivados disminuyó aproximadamente 1 punto porcentual (véase la disminución en el gráfico). De ahí que el efecto del incentivo sea un incremento de 3 puntos porcentuales: en ausencia del incentivo, la actividad quirúrgica de los centros que fueron incentivados no solo no habría aumentado 2 puntos, sino que habría disminuido 1.

84. Se ha comprobado que se verifica el supuesto de tendencias paralelas para la estimación de dobles diferencias.

De esta forma, la evidencia de que dispone la Sindicatura permite afirmar que el aumento observado en el porcentaje de actividad quirúrgica ha sido causado por la introducción de un incentivo monetario mediante el factor de ponderación del alta quirúrgica.

Penalización de las altas de reingreso

Otro de los factores de ponderación que utiliza el CatSalut para tratar de inducir buenas prácticas entre las unidades proveedoras es el factor de ponderación de las altas de reingreso. El Decreto 118/2014 define el *alta de reingreso* como aquella alta que se produce “por una causa relacionada clínicamente con un alta médica, quirúrgica u obstétrica, en el plazo posterior que contractualmente se establezca”.⁸⁵ El factor de ponderación de este tipo de altas se fijó en 0,40 en el año 2015 y no ha sido modificado desde entonces. Implícitamente, este factor de ponderación representa una penalización de este tipo de altas, puesto que el alta así clasificada se paga a un precio un 60% inferior al de un alta que no tenga esta consideración.

Para analizar el posible impacto de este factor de ponderación sobre las altas de reingreso, se han utilizado datos extraídos del Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, que en el apartado de indicadores clave del Sistema Nacional de Salud permite la extracción del porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos por comunidad autónoma y a escala de centro hospitalario. Este indicador mide la proporción de casos en los que, después del alta, el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital. Aquí, se considera reingreso cualquier ingreso urgente de un paciente en los 30 días siguientes a la primera alta en el mismo hospital, salvo si el ingreso urgente se produce como consecuencia de un accidente. Cabe resaltar que este indicador no tiene en cuenta la vinculación clínica con el primer episodio, condición que exige la definición de *alta de reingreso* utilizada por el CatSalut.⁸⁶ Sin embargo, si el factor de ponderación es efectivo con las altas clínicamente relacionadas, debería poder observarse algún efecto en el cómputo global de reingresos.

A partir de este supuesto, la Sindicatura ha extraído del portal del Ministerio la tasa anual de reingresos de los hospitales de agudos del SISCAT –excepto la de aquellos centros gestionados por el ICS– en el período comprendido entre los años 2010 y 2019. De forma análoga al caso del incentivo a la actividad quirúrgica, este período se ha dividido, a su vez, en dos

85. Artículo 34.2 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

86. La aplicación de la CIM-10 a partir del año 2017 produjo cambios en la codificación de los diagnósticos que han afectado a la clasificación de las altas de reingreso que efectúa el CatSalut. En este sentido, parece que el algoritmo que identifica este tipo de alta tiende a dejar de clasificar como otros de reingreso casos que con anterioridad a la nueva clasificación de enfermedades sí que consideraba reingresos. La Sindicatura tiene constancia de que el CatSalut está trabajando para solucionar este problema. En cualquier caso, la clasificación de reingresos de que dispone el CatSalut no ofrece la homogeneidad de criterio necesaria a lo largo de la serie temporal. Por esta razón se ha optado por extraer el indicador del Ministerio, menos exigente en cuanto a la delimitación del reingreso.

subperíodos: antes (2010-2014) y después (2015-2019) de la aplicación de la penalización a las altas de reingreso mediante el factor de ponderación. Se ha calculado la tasa media de reingresos entre los hospitales donde se ha aplicado la penalización en ambos períodos. El resultado muestra un ligero aumento de la tasa de reingresos tras la aplicación de la penalización, contrariamente a lo que cabía esperar. La tasa de reingresos fue de aproximadamente el 6,77% entre 2010 y 2014, mientras que entre los años 2015 y 2019 fue del 6,85%. En cualquier caso, la diferencia entre las medias no es estadísticamente significativa.

Se puede concluir, por tanto, que la penalización de las altas de reingreso, de acuerdo con la evidencia disponible, no ha producido ningún efecto sobre el porcentaje que suponen los reingresos con relación al total de altas del hospital.

Incentivo a la hospitalización domiciliaria que evita el ingreso hospitalario

De acuerdo con el modelo con el que se implementa en Cataluña, la hospitalización domiciliaria es una “modalidad asistencial en la que los profesionales sanitarios hospitalarios proporcionan un tratamiento activo al paciente en su casa, para una condición que, de otro modo, requeriría un ingreso hospitalario del paciente en un centro sanitario”.⁸⁷ De acuerdo con el estándar internacional, la asistencia sanitaria recibida debe ser equivalente en calidad y cantidad a aquella que recibiría el paciente en un centro hospitalario. Se trata, por tanto, de episodios agudos que deben tratarse con los niveles de seguridad y calidad exigibles en la hospitalización convencional, y donde el hospital mantiene su responsabilidad clínica, logística y legal.⁸⁸ Las unidades proveedoras que realizan esta actividad disponen de una unidad de hospitalización domiciliaria, con una dotación de *camas* específica para el correcto dimensionado de estas unidades.

Según el CatSalut, la hospitalización domiciliaria persigue 2 grandes objetivos: 1) liberar camas en el centro hospitalario cuando el paciente está en condiciones de seguir el proceso de convalecencia en su domicilio, acortando la estancia del paciente en el centro (alta precoz); 2) evitar el ingreso hospitalario de pacientes que cursen un proceso agudo que requiere atención hospitalaria (evitación del ingreso). En el primer caso, la hospitalización domiciliaria se origina a partir de un episodio previo de hospitalización convencional (en el centro), mientras que, en el segundo caso, se evita completamente el ingreso hospitalario, y la detección de la necesidad asistencial puede producirse en otro dispositivo del hospital –como, por ejemplo, el servicio de urgencias– o en el ámbito de la atención primaria –por parte del CAP, el

87. Benavent Areu, J., Biescas Prado, H., Blanch Andreu, J., Caballero Nieto, M., Contel Segura, J. C., Corominas, A., et. al. (2020). *Model organizatiu d'ospitalització a domicili de Catalunya: alternativa a l'ospitalització convencional*. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, p. 7.

88. Ibídem.

CUAP o el equipo de atención domiciliaria, entre otros. Esto requiere una adecuada coordinación entre dispositivos o niveles asistenciales.

En cualquier caso, la hospitalización domiciliaria supone beneficios tanto para el paciente, evitando los posibles efectos adversos de la hospitalización convencional, como para el sistema, que libera camas hospitalarias para otros usos. Esta estrategia se ha demostrado coste-efectiva en un contexto de creciente demanda sanitaria.⁸⁹

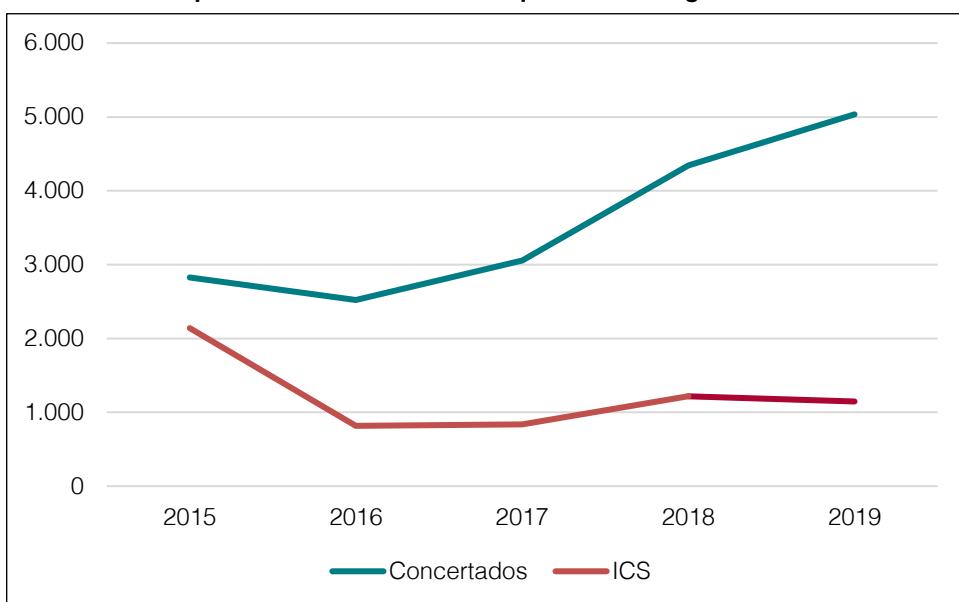
Desde 2015, el CatSalut incentiva la actividad de hospitalización domiciliaria, que supone una sustitución total del ingreso hospitalario (evitación del ingreso), pagando estas altas al mismo precio que un alta equivalente con hospitalización convencional, cuando su coste para el proveedor es inferior. Se trata de incentivar buenas prácticas entre los proveedores que suponen ganancias de eficiencia para el sistema sanitario, dado el reto que supone adaptar la oferta sanitaria a factores como el envejecimiento poblacional o el aumento de la comorbilidad asociada a ellos.

Para analizar el posible impacto de este incentivo se han obtenido de nuevo los registros del CMBD-HA, entre los que se pueden identificar los casos que han sido hospitalizados en el domicilio y que se han facturado como alta hospitalaria al proveedor. Sin embargo, a diferencia de lo que sucedía en el caso de los incentivos vinculados al factor de ponderación, la Sindicatura no dispone de información sobre las hospitalizaciones domiciliarias que evitan el ingreso anteriores al año 2015. De ahí que no sea posible discernir si el efecto observado se debe al incentivo o no. Únicamente puede establecerse una coincidencia en el tiempo entre la aplicación del incentivo y el efecto observado.⁹⁰

El gráfico 6 muestra la evolución de las hospitalizaciones domiciliarias que evitan el ingreso del paciente en un centro hospitalario. En el gráfico se observa un incremento de este tipo de actividad entre los proveedores no vinculados al ICS (concertados), que son los que pueden responder al incentivo. En cambio, la actividad de hospitalización domiciliaria con evitación del ingreso entre los proveedores gestionados por el ICS mantiene una tendencia prácticamente plana en el período comprendido entre 2015 y 2019, porque no están incentivados, sino que son financiados vía transferencia.

89. Para una revisión reciente, véase Curioni, C., Silva, A. C., Damião, J., Castro, A., Huang, M., et al. (2023). The Cost-Effectiveness of Homecare Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(4):3373. DOI: 10.3390/ijerph20043373.

90. Otros factores limitan en este caso el uso de técnicas estadísticas de inferencia causal: el número de proveedores que disponen de unidades de hospitalización domiciliaria es inferior al del conjunto de hospitales de agudos del SISCAT y, además, no es homogéneo a lo largo del período analizado.

Gráfico 6. Hospitalizaciones domiciliarias que evitan el ingreso

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del CMBD-HA facilitados por el CatSalut.

Por tanto, se observa un incremento de la actividad de las unidades proveedoras concertadas incentivadas desde el momento en que se empieza a aplicar el incentivo, tendencia que no se da entre las unidades no incentivadas. Estas dinámicas sugieren que la intervención del CatSalut podría haber sido efectiva en el momento de promover la actividad de evitación del ingreso mediante hospitalización domiciliaria. Sin embargo, en este caso, la Sindicatura no puede afirmar que el efecto observado se deba al incentivo aplicado, ya que no dispone de la evidencia necesaria.

Incentivo a la actividad de CMA

La CMA es un procedimiento de cirugía mayor que tiene como característica principal que no requiere pernoctación en el hospital.⁹¹ En el contexto del Sistema Nacional de Salud, la CMA se define como una modalidad asistencial, es decir, una forma organizativa y de gestión sanitaria específica, para atender a una determinada cartera de servicios, que requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad del paciente.⁹² De esta forma, la actividad de CMA se lleva a cabo en

91. A escala internacional existe cierta confusión terminológica en cuanto a la cirugía ambulatoria. La definición adoptada en este informe intenta reducir los diferentes términos empleados a su característica común. Únicamente quedan fuera los procedimientos quirúrgicos de cirugía menor, que en el ámbito del sistema de pago catalán se excluyen del alta hospitalaria. Véase, por ejemplo, Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglini, U., et al. (2007). *Day surgery: making it happen*. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

92. Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

unidades específicas que garantizan los mismos niveles de calidad y seguridad que la hospitalización convencional.

La CMA presenta varias ventajas tanto para el usuario como para los proveedores hospitalarios y el sistema sanitario en su conjunto. Entre las ventajas para el primero está el poder llevar a cabo la recuperación en casa y la reducción del riesgo de contraer una infección en el hospital, mientras que para los proveedores se trata de una práctica coste-efectiva, que conlleva una mayor eficiencia en el uso de recursos y la contención de los costes sanitarios.⁹³

Por esta razón, varios países han incentivado financieramente a la CMA por parte de proveedores hospitalarios, en sustitución de la cirugía con hospitalización convencional.⁹⁴ En este sentido, Cataluña fue pionera en la aplicación de este tipo de incentivos, equiparando el pago de la CMA al de un alta quirúrgica convencional, ya desde la implantación del modelo de compra de actividad en 1997.⁹⁵ El CatSalut sigue incentivando la CMA en la aplicación del sistema de pago vigente.

Que la introducción del incentivo sea tan lejana en el tiempo hace poco relevante –y poco viable– la evaluación de impacto en el contexto de este informe. De hecho, los estudios existentes señalan que la forma de pago de la CMA pudo contribuir al incremento significativo de esta modalidad asistencial en Cataluña en los años posteriores a su implantación.⁹⁶ La Sindicatura ha evaluado, en este caso, la conveniencia de la aplicación actual del incentivo por parte del CatSalut a partir de la reciente evolución de la actividad y del grado de sustitución alcanzado, también desde una perspectiva comparada.

Tomando los datos facilitados por el CatSalut sobre el porcentaje de intervenciones de CMA en relación con el total de intervenciones quirúrgicas (cuadro 19), se observa cierto estancamiento en el aumento de la CMA como alternativa a la cirugía con pernoctación, especialmente si se compara con la progresión observada en la década precedente, en la que se produjo un incremento en el porcentaje de cirugía ambulatoria de cerca de 20 puntos porcentuales entre los hospitales concertados y de cerca de 10 puntos porcentuales entre los hospitales del ICS.⁹⁷ Sin embargo, siguiendo esta misma dinámica entre 2012 y 2019 el aumento que se produce es más acusado entre los hospitales concertados (unos 4 puntos

93. Jarrett, P., y Staniszewski, A. (2006). The development of ambulatory surgery and future challenges. Dentro de P. Lemos, P. Jarrett, y B. Philip (ed.). *Day Surgery. Development and practice*, p. 21-34. International Association of Ambulatory Surgery (IAAS).

94. OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing.

95. Agustín, E. (2009). El model de compra d'activitat. Model de pagament dels hospitals de la XHUP des de 1997. Dentro de F. Brosa y E. Agustí (dir.) y X. Salvador (coord.). *Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009: evolució històrica i perspectives de futur*, p. 57-80. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.

96. Vergara, F., Freitas, A., Gispert, R., et al. (2015). Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. *Gaceta Sanitaria*, 29 (6), p. 451-453.

97. Ibídem.

porcentuales) que entre los hospitales del ICS (unos 2 puntos porcentuales). Estos últimos, además, presentan un porcentaje de cirugía ambulatoria claramente inferior al de los hospitales concertados a lo largo de todo el período. De hecho, el dato correspondiente al 2023 –el último disponible– muestra que los hospitales concertados habrían alcanzado un porcentaje de CMA del 70,64%,⁹⁸ mientras que los del ICS se mantendrían en un 51,21%.

Cuadro 20. Evolución del porcentaje de actividad de CMA sobre la actividad quirúrgica total

Tipo de proveedor	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Concertados	61,65%	62,95%	63,27%	64,43%	65,47%	66,74%	67,57%	65,71%
ICS	49,31%	50,18%	50,14%	48,92%	49,37%	50,50%	52,47%	51,30%
Total	58,82%	59,94%	60,16%	60,88%	61,81%	62,91%	63,89%	62,18%

Fuente: CatSalut.

Se puede pensar que las diferencias sostenidas en el tiempo entre los hospitales concertados y el ICS son causadas por el incentivo financiero en la CMA. Sin embargo, la Sindicatura no puede atribuirlas al incentivo con la información de que dispone. No obstante, debe tenerse en cuenta que el cuadro 20 muestra los porcentajes *agregados* de cirugía ambulatoria, pero que esta práctica se aplica a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas, que son heterogéneas entre sí. De ahí que, para poder valorar la pertinencia del incentivo económico en la CMA, sea necesario analizar el porcentaje de intervenciones ambulatorias alcanzado en cada caso.

Dada la inviabilidad de realizar un examen exhaustivo, se han seleccionado tres intervenciones quirúrgicas relativamente frecuentes a escala poblacional y que a menudo se realizan de manera ambulatoria. De acuerdo con la OCDE, la cirugía de catarata y la amigdalectomía –que se practica sobre todo a niños– son dos ejemplos de intervenciones con un volumen elevado que hoy en día se llevan a cabo mayoritariamente de forma ambulatoria en muchos países.⁹⁹ A estas dos, se ha añadido la cirugía de hernia inguinal, que, de acuerdo con los datos facilitados por el CatSalut, fue el segundo tipo de intervención con mayor volumen ambulatorio. De las tres se dispone de información comparada a nivel internacional relativa al porcentaje de intervenciones llevadas a cabo de forma ambulatoria.

98. Hay que tener en cuenta que este porcentaje está influido también por el programa de recuperación de la actividad quirúrgica posterior a la pandemia de la covid-19. Más allá del incentivo financiero en la CMA, esta intervención y la propia pandemia podrían haber inducido a los proveedores a prácticas más eficientes.

99. OECD (2023). *Health at a glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing.

Cuadro 21. Porcentaje de cirugía ambulatoria según el tipo de intervención en 2019

Intervención	Cataluña*	España	Reino Unido	Finlandia	Suecia
Cirugía de catarata	98,10%	99,00%	99,10%	97,30%	98,60%
Cirugía de hernia inguinal	67,70%	51,30%	74,10%	72,40%	79,80%
Amigdalectomía	61,70%	31,00%	62,40%	85,40%	79,00%

Fuente: CatSalut y OECDE Health Statistics.

* La cifra facilitada por el CatSalut corresponde al porcentaje de cirugía ambulatoria del GRD quirúrgico en el que se incluye la intervención. Dado que las intervenciones seleccionadas son las más frecuentes en sus respectivos grupos y que dentro de cada grupo hay homogeneidad, los porcentajes son suficientemente aproximados para permitir su comparación con las demás columnas.

A efectos de establecer niveles de referencia se han escogido algunos países europeos con los que poder comparar las tasas alcanzadas en Cataluña. Se incluyen 2 países nórdicos, región donde se registran las tasas más elevadas de cirugía ambulatoria y que se puede considerar, por tanto, como umbral superior en términos de sustitución de la cirugía con hospitalización convencional. Además, se incluye Reino Unido, que presenta bastantes similitudes con Cataluña en cuanto al sistema sanitario, más allá también del referente inmediato que representa el conjunto del Estado español.

El cuadro 20 muestra los porcentajes de intervenciones practicadas de forma ambulatoria con respecto a los 3 tipos de cirugía en los países que se han tomado como referencia. Se puede observar que, en 2019, Cataluña presentaba cifras elevadas, y equiparables al resto de países, en cuanto a la cirugía de cataratas practicada de manera ambulatoria. En cambio, había margen de mejora en cuanto a las amigdalectomías y las cirugías de hernia inguinal, dadas las cotas alcanzadas en los países nórdicos, y también en el Reino Unido en relación con las segundas. Sin embargo, en estos dos casos el porcentaje de cirugía ambulatoria en Cataluña es claramente superior al del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Los casos descritos ilustran que el incentivo financiero a la CMA ha perdido toda efectividad para determinados tipos de intervenciones, pero puede tener todavía para otros. La cirugía de cataratas sin hospitalización se mantiene en niveles cercanos al 100% desde hace más de una década, de acuerdo con los datos facilitados por el CatSalut. Asimismo, hasta 4 GRD quirúrgicos adicionales habían alcanzado tasas de cirugía ambulatoria superiores al 95%. En todos estos casos el margen de mejora es escaso y el incentivo no resulta eficaz. La razón es que, para este tipo de intervenciones, la cirugía ambulatoria forma ya parte de una práctica clínica generalizada, en la que la hospitalización convencional se emplea excepcionalmente, cuando surgen complicaciones postoperatorias o las condiciones previas del paciente lo hacen aconsejable. Para otros tipos de intervenciones, en cambio, no se han alcanzado los niveles de cirugía ambulatoria de los países más avanzados y existe margen para aumentar sus tasas, por lo que el incentivo financiero todavía puede ser eficaz.

En este sentido, es preciso tener en cuenta que las diferencias entre países pueden reflejar restricciones o barreras al desarrollo de la cirugía ambulatoria.¹⁰⁰ Estas barreras pueden ser de naturaleza diversa:¹⁰¹ psicológicas o culturales, como el miedo de los propios pacientes o las reticencias de los profesionales; técnicas, como la falta de equipamientos o de profesionales, y también sociales o geográficas, como que el paciente no vaya acompañado, o viva solo o demasiado lejos del hospital. Mientras que las primeras son más propias de un desarrollo inicial de la CMA, y pueden perder intensidad en parte gracias a incentivos económicos, las barreras sociales son difíciles de revertir y pueden persistir en el tiempo. Si bien la cirugía ambulatoria aporta beneficios al paciente, también puede imponer costes adicionales sobre sus acompañantes o cuidadores.¹⁰² Estos aspectos deben tenerse en cuenta a la hora de valorar la pertinencia de los incentivos económicos, o su necesaria combinación con otras formas de intervención pública, para potenciar la cirugía ambulatoria.

A continuación se resumen los principales resultados que se desprenden del análisis de los 4 incentivos vinculados al sistema de pago que ha podido identificar la Sindicatura.

¿Cómo se aplica el incentivo?	¿Qué quiere incentivar?	¿Se observa el efecto esperado?	¿El efecto es debido al incentivo?
Factor de ponderación del precio del alta hospitalaria	Actividad quirúrgica	Sí	Sí
	Reducción de los reingresos	No	n/a
Equiparación con el precio de la hospitalización convencional	Hospitalización domiciliaria	Sí	Evidencia no disponible
	CMA	Sí	Evidencia no disponible

Del análisis de los incentivos vinculados al sistema de determinación de precios, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- Los incentivos asociados a los factores de ponderación del alta hospitalaria muestran una eficacia desigual. Mientras que el incentivo a las altas quirúrgicas ha demostrado haber tenido un impacto positivo sobre el porcentaje de actividad quirúrgica realizada en los hospitales, la penalización de las altas de reingreso no parece tener efecto alguno sobre los reingresos en 30 días, cuando se producen con independencia de su vinculación con el episodio clínico inicial.

100. Ibídem.

101. Serra-Sutton, V., y Estrada, M. D. (2013). Organització i funcionament de la cirurgia major ambulatòria a Catalunya. Resultats del projecte europeu DAYSAFE. *Annals de Medicina*, 96, p. 22-26.

102. Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglini, U., et al. (2007). *Day surgery: making it happen*. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

- La aplicación de incentivos con los que el CatSalut trata de potenciar determinadas modalidades asistenciales coste-efectivas, equiparando su precio al de intervenciones con un coste más elevado, coincide en el tiempo con un aumento de la actividad vinculada a estas modalidades, sin que la Sindicatura haya podido averiguar si el efecto observado se debe a estos incentivos. Tanto en el caso de la hospitalización domiciliaria como en el caso de la CMA los incrementos de la actividad son sistemáticamente mayores entre los hospitales incentivados, lo que podría ser indicativo de la efectividad de los incentivos correspondientes. Sin embargo, en el caso de la CMA, se ha evidenciado que para determinados tipos de cirugías el incentivo tiene una efectividad escasa, puesto que ya se han alcanzado los máximos objetivos posibles. De ahí que el incentivo financiero aplicado al fomento de estas intervenciones suponga un uso ineficiente de los recursos públicos.

5.5.2. ¿En qué medida la contraprestación por resultados ha mejorado la calidad y eficiencia de la prestación de servicios?

De acuerdo con el Decreto 118/2014, los objetivos del pago por resultados deben estar dirigidos a incentivar la mejora de la calidad, la eficiencia de la prestación de servicios y la autonomía clínica de los profesionales.¹⁰³ A tal fin, el CatSalut destina el 5% del importe de la mayor parte de las actividades de atención hospitalaria y especializada de agudos contratacadas a la contraprestación por resultados.¹⁰⁴

En 2022 el CatSalut fijó los 33 objetivos vinculados a la contraprestación por resultados para el ejercicio, así como los indicadores para valorar su consecución, en un catálogo elaborado en el mes de abril. La Sindicatura ha centrado el análisis en 6 de estos objetivos, dado que concentran mayor peso en la remuneración vinculada a objetivos, aproximadamente un 95% de la contraprestación (cuadro 22).

103. Artículo 50 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

104. Texto modificado a raíz de la alegación II.5.b presentada por el Servicio Catalán de la Salud.

Cuadro 22. Objetivos con mayor peso en la contraprestación por objetivos, año 2022

Objetivo	Importe asignado a la contraprestación (%)	Indicador	Logro	Porcentaje de consecución de las entidades concertadas
Proporcionar los datos de los indicadores de seguridad de los pacientes del hospital	28,86	Suministro, en el plazo establecido, de los datos de los indicadores	Suministro de los datos en el plazo establecido	Logro: 100% No logro: 0%
Consolidar el equipo del Programa de optimización de uso de antimicrobianos territorial	28,86	El equipo del programa ha enviado los valores de los indicadores establecidos y ha realizado 1 de las 2 intervenciones fijadas	Envío del valor de los indicadores y realización de la intervención en plazo	Logro: 100% No logro: 0%
Disponer de un equipo de control de la infección	3,99	Equipo de control de infección dependiente de la Comisión de Infecciones, con una composición mínima y dedicado en un 75% a vigilancia y prevención	Disponer del equipo de control de infección con los requisitos que se establecen	Logro: 93,75% No logro: 6,25%
Alcanzar un determinado valor mínimo del grado de cobertura de la identificación inequívoca de pacientes	3,67	Porcentaje de pacientes evaluados correctamente identificados	Porcentaje de pacientes evaluados correctamente identificados igual o superior al 95%	Logro: 93,88% Logro parcial: 4,08% No logro: 2,04%
Alcanzar un determinado valor mínimo del índice de calidad en la prescripción farmacéutica	24,83	Índice de calidad en la prescripción farmacéutica (medicamentos más seguros, efectivos y de menor coste)	Igualar o superar el valor mínimo del índice. Consecución parcial en función del cumplimiento de los diferentes indicadores que integran el índice	Logro total: 61,22% Logro parcial: 16,33% No logro: 22,45%
Disminuir el tiempo de espera por hospitalización de los pacientes atendidos en urgencias	4,74	Porcentaje de urgencias de pacientes que ingresan para hospitalización con un tiempo de espera inferior o igual a 24 horas respecto al total de urgencias de pacientes que ingresan para hospitalización	Si el porcentaje es superior al 70%, se considera logrado y si está entre el 70% y el 79,9%, logrado al 50%.	Logro total: 75,68% Logro parcial: 16,22% No logro: 8,11%
Resto de objetivos	5,05			
Total objetivos	100,00			

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de objetivos vinculados a la contraprestación de resultados facilitada por el CatSalut.

Como se desprende de estos datos, el importe asignado a la contraprestación por resultados se destinó mayoritariamente a fomentar la mejora de los procesos.

Un estudio de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña¹⁰⁵ recomienda utilizar, en atención hospitalaria, indicadores de resultados (miden los resultados en salud) y procesos (diseñados para mejorar diferentes fases de la atención al paciente). Sin embargo, ninguno de los indicadores incluidos en los objetivos analizados mide los resultados obtenidos en salud, como los medirían los indicadores de supervivencia o de mortalidad.¹⁰⁶

Del análisis de los objetivos vinculados a la contraprestación por resultados, la Sindicatura ha constatado el siguiente aspecto:

- Los objetivos establecidos por el CatSalut en 2022 vinculados a la contraprestación por resultados incentivaron de forma limitada la implementación de estrategias de mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios, debido a que más de la mitad del importe asignado a la contraprestación por resultados, como mínimo el 65,38%, se destinó a 4 objetivos fácilmente alcanzables por las entidades proveedoras (son los 4 primeros que constan en el cuadro 22): casi todas las alcanzaron en 2022, y también el año anterior, cuando los requisitos de consecución eran prácticamente los mismos. Por otra parte, difícilmente se obtendrán mejoras en calidad si estos indicadores no miden los resultados en términos de mejoras en salud.

5.5.3. ¿Se están logrando mejoras en cuanto a la calidad de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos, su accesibilidad y eficiencia en su prestación?

Las políticas sanitarias van dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud, su calidad y la eficiencia en su provisión, puesto que son aspectos que impactan de forma directa o indirecta en el bienestar del paciente usuario de la red sanitaria de utilización pública. Por eso, un sistema de contraprestación orientado a alcanzar mejoras en estas 3 dimensiones contribuye a situar al ciudadano en el centro de las políticas de salud, y también determina la utilidad de estas políticas como instrumento de intervención pública en este ámbito.

Para evaluar la utilidad del sistema de contraprestación, la Sindicatura ha escogido una serie de indicadores que permiten medir la accesibilidad, calidad y eficiencia de los servicios sanitarios prestados en la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña. Los indicadores de calidad y eficiencia se han obtenido de los Módulos para el seguimiento de los indicadores de calidad (MSIQ), que elabora anualmente el CatSalut a partir de los registros del CMBD-HA, mientras que la accesibilidad se ha valorado a partir de las listas de espera

105. Pérez-Troncoso, D., Pastells Peiró, R., Vivanco-Hidalgo, R. M.^a (2023). *Contraprestació per resultats: programes, indicadors, component territorial i transversalitat*. Barcelona: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.

106. Texto modificado a raíz de la alegación II.5.b presentada por el Servicio Catalán de la Salud.

para una intervención quirúrgica, que publica de forma regular el propio CatSalut. En todos los casos, únicamente se tiene en cuenta la actividad sanitaria financiada por el CatSalut.

Cuadro 23. Evolución de los indicadores de eficiencia

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019
Estancia media (días)	4,6	4,4	4,3	4,5	4,4
CMA (%)*	60,10	60,10	62,10	60,90	61,50

Fuente: Módulos para el seguimiento de los indicadores de calidad (MSIQ).

* Las diferencias entre estos valores y los que muestra el cuadro 19 pueden deberse a diferencias metodológicas o bien a diferencias en los registros empleados en los cálculos respectivos.

Para evaluar la eficiencia en la provisión de servicios hospitalarios se han escogido 2 indicadores: la estancia media de los pacientes en el hospital y el porcentaje de CMA sobre la actividad quirúrgica total de los centros (cuadro 23). Estos indicadores se interpretan en el siguiente sentido: una disminución en la estancia media y un incremento de la actividad de CMA indican un uso más eficiente de los recursos hospitalarios. En el cuadro 23 se observa que desde el año 2015 se ha producido un ligero descenso de la estancia media en los hospitales del SISCAT, al tiempo que se observa un ligero incremento de la cirugía sin hospitalización.

Cuadro 24. Evolución de los indicadores de calidad

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019
Mortalidad hospitalaria en ciertas patologías (%)	8,10	8,10	8,00	8,30	8,50
Reingresos en 30 días en patologías seleccionadas (%)	9,60	9,80	9,80	8,70	8,40
Hospitalizaciones potencialmente evitables (a)	1.042	1.090	1.103	1.097	1.095
Partos por cesárea cuando el parto es poco complicado (%)	17,00	17,80	17,60	18,10	19,60

Fuente: Módulos para el seguimiento de los indicadores de calidad (MSIQ).

Notas:

El cambio en la codificación de enfermedades que se produjo en 2018 obliga a tomar con cierta cautela la interpretación de los posibles cambios de tendencia observados en relación con los años anteriores. Adicionalmente, en el caso de los partos por cesárea tuvo lugar, también en 2018, un descenso importante del número de registros válidos, como consecuencia de la falta de exhaustividad en el envío de la información relacionada con los partos.

(a) Tasa por cada 100.000 habitantes (según corte del Registro central de personas aseguradas).

Por otra parte, se han escogido 4 indicadores de calidad de la asistencia recibida en los hospitalares: la mortalidad hospitalaria, los reingresos en 30 días en ciertas patologías, el número de hospitalizaciones potencialmente evitables y los partos por cesárea en caso de parto poco complicado. En el caso de la mortalidad hospitalaria, se identifican ciertas enfermedades de las que se conoce que el número de defunciones está relacionado estadísticamente con la

calidad de la asistencia recibida. En el caso de los reingresos clínicamente relacionados con el primer episodio, ya se ha comentado que pueden denotar una carencia de calidad asistencial –debida, por ejemplo, a una alta inicial prematura. Dada la difícil exhaustividad del análisis, los MSIQ realizan una selección de patologías para la construcción de los indicadores correspondientes a los reingresos clínicamente relacionados. Asimismo, el indicador relativo a las hospitalizaciones evitables analiza una serie de patologías en las que se ha identificado que una buena prevención o una intervención rápida pueden evitar el ingreso hospitalario. Por último, existen determinados procedimientos que se utilizan por encima de lo que sería aconsejable desde la perspectiva de una buena práctica clínica; uno de estos casos es la cesárea en los partos poco complicados.

Por todo ello, una disminución del valor de los indicadores escogidos se interpreta como una mejora de la calidad asistencial. El cuadro 24 muestra la evolución reciente de estos indicadores: se puede observar una cierta estabilidad hasta el año 2017, excepto en los casos de las hospitalizaciones evitables y de los partos por cesárea, en los que existe un ligero incremento. A partir de 2018 se observan repuntes adicionales en estos dos indicadores y también del porcentaje de mortalidad hospitalaria, mientras que se produce una disminución en la tasa de reingresos de las patologías seleccionadas. Sin embargo, es necesario leer estas variaciones con cautela, dados los cambios en la codificación de enfermedades que se introdujeron en 2018 y que ya se han comentado en otros apartados de este informe. En cualquier caso, no se observan mejoras en lo que se refiere a los indicadores de calidad de la atención hospitalaria.

El último aspecto que hay que tener en cuenta en lo que respecta a la evaluación global del sistema de pago vigente es la accesibilidad de los servicios sanitarios, y en particular a los servicios de atención hospitalaria. Para calcular esta variable se ha utilizado el tiempo de espera medio de los pacientes que tenían pendiente de que se les practicaran determinados tipos de intervención quirúrgica. El cuadro 25 muestra la evolución de este indicador con la información disponible publicada por el CatSalut.

Cuadro 25. Evolución del tiempo de espera medio de los pacientes pendientes de intervención

Clasificación según el tiempo de espera	Tipo de intervenciones	2016	2019	Tasa de variación
Con tiempo de espera garantizado	Cirugía cardíaca	43	36	(16,28%)
	Procesos oncológicos	19	22	15,79%
	Cataratas, prótesis de rodilla y de cadera	99	82	(17,17%)
Con plazo de referencia	Otras intervenciones	188	167	(11,17%)

Fuente: CatSalut y elaboración propia.

Nota: Tiempo medio de espera en días en diciembre del año correspondiente.

Se observa una disminución general de los tiempos de espera, excepto en el caso de la cirugía por procesos oncológicos, en los que existe un incremento significativo. La razón de esta tendencia podría ser la incidencia cada vez mayor que tienen estos procesos en la población, factor que originaría una mayor demanda asistencial para los tratamientos oncológicos. Por otra parte, las intervenciones con plazo de referencia garantizado son las que presentan más tiempo de espera y una menor disminución porcentual de este tiempo de espera respecto al año 2016. En este sentido, aumentar la implementación de la CMA –en aquellas intervenciones en las que sea posible– y todas aquellas acciones dirigidas a incrementar la actividad quirúrgica de los hospitales de agudos pueden contribuir a mejorar el acceso de los pacientes a estos servicios sanitarios.

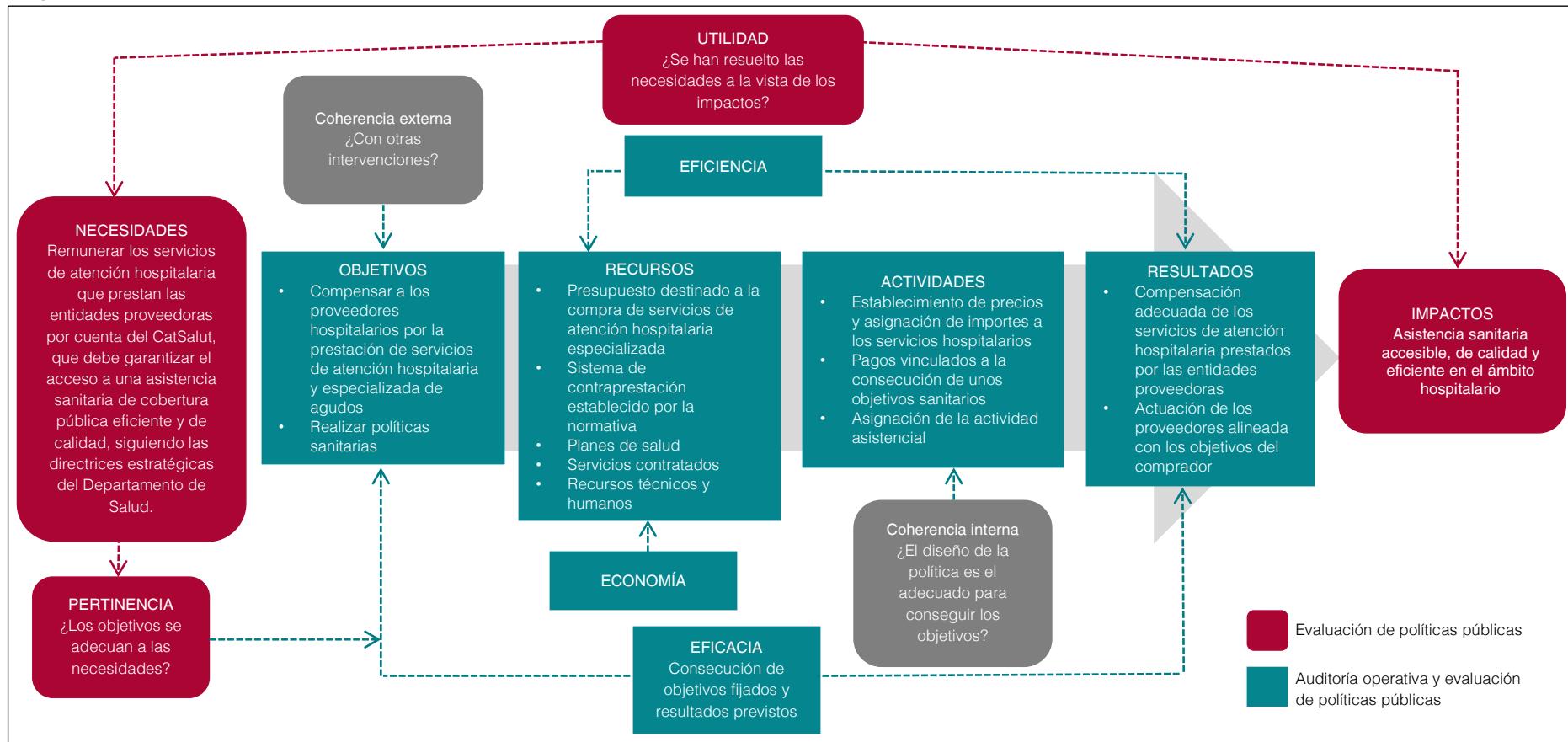
A partir del análisis efectuado, la Sindicatura concluye lo siguiente:

- A raíz de la implementación del sistema de pago vigente por parte del CatSalut, se observan mejoras modestas en cuanto a eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios y más sustantivas en cuanto a la accesibilidad de los servicios sanitarios de atención hospitalaria, excepto en el caso de las intervenciones por procesos oncológicos, en los que se produce un empeoramiento. No se observan mejoras en cuanto a la calidad de la atención asistencial recibida por los pacientes en el ámbito hospitalario.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1. TEORÍA DEL CAMBIO

Figura 6. Sistema de contraprestación de los servicios hospitalarios



Fuente: Elaboración propia.

6.2. ANEXO 2. OBJETIVOS, SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA

Cuadro 26. Objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
1. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos es adecuado para promover las directrices y los objetivos establecidos en el Plan de salud de Cataluña?	<p>1.1. ¿Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la fijación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son coherentes con el Plan de salud de Cataluña?</p> <p>1.2. ¿Los objetivos del pago por resultados están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña?</p> <p>1.3. ¿La relación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarca adecuadamente en los objetivos estratégicos establecidos por el Departamento de Salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, art. 62.1: "El Plan de salud es el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia [de salud]". ● Decreto 118/2014, art. 34.4: "El factor de ponderación es el valor que se asigna a cada tipo de alta con la finalidad de fomentar la consecución de los objetivos que establece el Plan de salud de Cataluña". ● Decreto 118/2014, art. 50: "Los objetivos del pago por resultados están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña" ● Decreto 118/2014, apartado 2.7 del anexo (definiciones): "Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad no ligados al episodio clínico: son actividades que deben implementarse derivadas del Plan de salud de Cataluña y del resto de criterios de política sanitaria".
2. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos con los diferentes proveedores se ajusta a la normativa y a criterios objetivos, uniformes y que respeten el principio de economía?	<p>2.1. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por cuenta del CatSalut se articuló de acuerdo con lo establecido en la normativa?</p> <p>2.2. ¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras responde a un criterio objetivo y uniforme?</p> <p>2.3. ¿El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras garantiza el menor coste posible para el comprador público de acuerdo con el sistema de contraprestación vigente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Decreto 118/2014, art. 13.2: El encargo de la gestión de servicios de ámbito hospitalario a las entidades gestoras de centros hospitalarios integrados en el SISCAT debe establecerse mediante un convenio. ● Ley del ICS, art. 14.1: "La prestación de servicios del Instituto Catalán de la Salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud se articula por medio de un contrato programa suscrito por ambas entidades". ● Delimitación de unidad proveedora con idénticos criterios para todas las entidades proveedoras y en todos los convenios. ● Delimitación de UP congruente con el menor coste posible para el comprador público, dado el sistema de contraprestación establecido en el Decreto 118/2014.

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
	2.4. ¿Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se asignaron entre los diferentes proveedores concertados utilizando criterios objetivos que garantizaran su idoneidad?	<ul style="list-style-type: none"> Objetividad al asignar los servicios, dispositivos y programas específicos entre los distintos proveedores.
3. ¿La aplicación del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada compensa adecuadamente los servicios prestados por los proveedores?	<p>3.1. ¿El sistema de determinación del nivel de estructura refleja de manera apropiada las diferencias estructurales entre los proveedores?</p> <p>3.2. ¿El cálculo de los indicadores de complejidad refleja de forma adecuada la casuística atendida por los proveedores?</p> <p>3.3. ¿El sistema de contraprestación de las urgencias compensa adecuadamente las urgencias atendidas por los proveedores?</p> <p>3.4. ¿El CatSalut dispone de informes económicos que justifiquen los precios fijados como contraprestación por los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> El nivel de estructura asignado a los hospitales refleja adecuadamente las características estructurales de cada centro. Sensibilidad del factor de ponderación de la casuística en el uso de un conjunto de pesos alternativo. Vinculación entre el factor de ponderación empleado en la urgencia atendida (IRU) y los costes por razón de estructura y complejidad. Cobertura del coste de la prestación: ingresos en relación con los costes estimados. Existencia de informes económicos.
4. ¿La aplicación del sistema de pago de la atención hospitalaria y especializada responde a las necesidades económicas y financieras de los proveedores?	<p>4.1. ¿La facturación y la regularización de la actividad hospitalaria se han hecho de acuerdo con lo que prevé la resolución de aplicación del sistema de pago?</p> <p>4.2. ¿La aplicación del sistema de pago de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos ha permitido dotar a las entidades proveedoras concertadas de una financiación adecuada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Resolución del consejero de Salud de 27 de mayo de 2022, por la que se determinan, para el año 2022, el importe fijo y el importe variable de la contraprestación económica de la atención hospitalaria y especializada, así como las condiciones de facturación en caso de que la actividad realizada sobrepase la contratada. Manual de facturación de la asistencia hospitalaria y especializada de agudos. Eficiencia de los criterios con los que se facturan las distintas actividades sanitarias. Los servicios prestados por las entidades proveedoras por cuenta del CatSalut se satisfacen en un plazo razonable.

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
	4.3. ¿El CatSalut financió servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por vías diferentes a los precios fijados en el marco del sistema de contraprestación ordinario?	<ul style="list-style-type: none"> ● Coherencia entre las diferentes vías de financiación de los servicios de atención hospitalaria y especializada.
5. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria de agudos está logrando los resultados que persigue el CatSalut?	<p>5.1. ¿Los incentivos económicos establecidos en el sistema de determinación de precios han producido los efectos esperados, de modo que quede justificada su aplicación?</p> <p>5.2. ¿En qué medida la contraprestación por resultados ha mejorado la calidad y eficiencia de la prestación de servicios?</p> <p>5.3. ¿Se están logrando mejoras en cuanto a la calidad y accesibilidad de los servicios de atención hospitalaria y la eficiencia en su prestación?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evolución temporal de indicadores coherente con el objetivo de política sanitaria. ● Variación de los indicadores de respuesta significativamente más intensa entre las unidades incentivadas, en relación con las unidades no incentivadas. ● Comparación con los estándares o indicadores internacionales: congruencia con los indicadores de otros países ● Pertinencia de los objetivos e indicadores de la contraprestación de resultados y porcentaje de consecución. ● Evolución temporal de indicadores coherente con el objetivo de política sanitaria.

Fuente: Elaboración propia.

6.3. ANEXO 3. PARÁMETROS Y PRECIOS DEL SISTEMA DE CONTRAPRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA ESPECIALIZADA

6.3.1. Parámetros del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos

Cuadro 27. Niveles de estructura, IRR por tipos de alta e IRU de los hospitales del SISCAT

Centro hospitalario	Niveles de estructura	IRR médico	IRR quirúrgico	IRR obstétrico	IRU
Clínica NovAliança	1	0,5887	0,9536		
Centro MQ Reus	1		1,0019		
Clínica Terres de l'Ebre	1	0,7315	1,0187	0,3539	0,8462
Clínica Girona	1	0,7349	1,0122		
Clínica Salus Infirmorum	1	0,6885	0,8942		
Fundació Sant Hospital	2	0,9449	1,1139	0,3869	
Hospital Comarcal de El Pallars	2	0,7305	1,0998	0,4728	
Hospital de El Vendrell	2	0,7607	1,0385	0,4248	0,9265
Pius Hospital de Valls	2	0,7045	0,8700	0,4018	0,9393
Hospital Comarcal de Móra d'Ebre	2	0,7193	1,0546	0,4117	
Hospital Comarcal de Amposta	2	0,8775	0,9538	0,3901	0,7464
Hospital de Olot y Comarcal de La Garrotxa	2	0,6931	1,0552	0,3854	0,9392
Hospital de Campdevànol	2	0,8332	1,0383	0,3999	
Hospital Comarcal Sant Bernabé	2	0,8384	1,1268	0,4293	0,9310
Hospital de Sant Celoni	2	0,7842	1,0281		0,8598
Hospital Dos de Mayo	2	0,8606	1,0521		0,8248
Hospital Santa María	3	0,8766	1,0530		
Hospital Santa Caterina	3	0,7806	1,1203	0,4163	0,9563
Hospital de Figueres	3	0,7865	1,1296	0,4290	1,0118
Hospital de Palamós	3	0,7893	1,0830	0,4087	0,9899
Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell	3	0,8048	1,0742	0,4070	1,0626
Hospital Municipal de Badalona	3	0,7236	1,0299		0,9505
Fundació Hospital de l'Esperit Sant	3	0,7168	1,0945	0,4040	1,0522
Hospital de Mollet	3	0,8847	1,0823	0,4066	1,0497
Hospital Sant Rafael	3	0,8333	1,0537		
Hospital Universitario Sagrat Cor	3	0,7387	1,0767		1,0647
Hospital de Viladecans	3	0,7995	1,0466		0,9984
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	4	0,7492	1,1525	0,4242	0,9361
Hospital Universitario Sant Joan de Reus	4	0,7468	1,1647	0,4220	0,9747
Corporación de Salud de El Maresme y La Selva (Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella y Hospital Comarcal de Blanes)	4	0,7001	1,0387	0,4144	1,0602
Hospital de Igualada	4	0,7396	1,0686	0,4023	0,9928

Centro hospitalario	Niveles de estructura	IRR médico	IRR quirúrgico	IRR obstétrico	IRU
Hospital Universitario de Vic	4	0,7337	1,1296	0,4184	1,1070
Parque Sanitario Sant Joan Déu - Hospital General	4	0,7695	1,1268	0,4162	0,9801
Consorcio Sanitario Integral (Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi y Hospital General de L'Hospitalet)	4	0,8418	1,1473	0,4260	1,0103
Consorcio Sanitario de L'Alt Penedès y El Garraf (Hospital Comarcal de L'Alt Penedès, Hospital Residencia Sant Camil y Hospital Sant Antoni Abat)	4	0,7661	1,0870	0,4002	0,9684
Hospital de Mataró	4	0,7921	1,1906	0,4273	1,0056
Hospital General de Granollers	4	0,8443	1,1826	0,4129	0,9077
Hospital de Terrassa	4	0,7462	1,1013	0,4022	0,8756
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	4	0,7725	1,2161	0,4164	1,1830
Althaia, Hospital de Sant Joan de Déu	5	0,7858	1,1898	0,4274	
Hospital de Sabadell	5	0,7726	1,1167	0,4157	1,0179
Hospital U. Mútua de Terrassa	5	0,8629	1,1175	0,4305	0,9790
Consorcio Mar Parque de Salud (Hospital del Mar y Hospital de L'Esperança)	5	0,8531	1,2017	0,4179	1,0646
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida	5	0,8060	1,3592	0,4214	1,1049
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona	5	0,7607	1,3656	0,4484	1,0103
Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta	5	0,8628	1,6168	0,4551	1,0539
Hospital Santa Creu i Sant Pau	6	0,8615	1,4527	0,4385	0,9942
Hospital Clínic de Barcelona (Hospital Clínic, Maternidad y Plató)	6	0,8381	1,3596	0,4507	1,1728
Hospital Universitario de Bellvitge	6	0,8255	1,6009		1,0848
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona	6	0,8688	1,4763	0,4411	0,9666
Hospital Universitario Vall d'Hebron	6	0,7979	1,3958	0,4844	0,9640
ICO Girona	7	1,2038	1,8809		
Hospital de Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat	7	0,6553	1,2330	0,4566	0,9235
ICO L'Hospitalet de Llobregat	7	1,2038	1,8809		
ICO Badalona	7	1,2038	1,8809		
Fundació Puigvert – IUNA	7	0,6814	1,0703		0,9792
Fundació Institut Guttmann	7				

Fuente: Resolución del consejero de Salud de 21 de junio de 2022, por la que se establecen, para el año 2022, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada.

6.3.2. Precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada

Cuadro 28. Precios unitarios del alta hospitalaria

Altas	Precio unitario
Estructura	
Nivel 1. Hospital complementario	893,51
Nivel 2. Hospital general básico de tipo A	1.034,57
Nivel 3. Hospital general básico de tipo B	1.116,91
Nivel 4. Hospital de referencia de tipo A	1.375,55
Nivel 5. Hospital de referencia de tipo B	1.875,19
Nivel 6. Hospital de alta complejidad	2.363,13
Nivel 7. Hospital monográfico	
Traumatología y rehabilitación	2.363,13
Urología	2.363,13
Oncología	2.363,13
Pediatría	2.363,13
Casuística atendida	893,51

Importes en euros.

Fuente: Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

Cuadro 29. Precios unitarios de la atención sanitaria en las urgencias hospitalarias

Urgencias hospitalarias	Precio unitario
Visita de triaje	17,65
Urgencia atendida	99,90

Importes en euros.

Fuente: Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

Cuadro 30. Precios unitarios de las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos

Técnicas, tratamientos y procedimientos	Precios unitarios
Hospital de día	231,17
Cirugía menor ambulatoria	221,81
Cirugía menor ambulatoria compleja con anestesia o sedación para menores de 15 años o personas con discapacidad	
Modalidad baja	522,98
Modalidad mediana	1.034,54
Modalidad alta	1.759,25
Tratamientos y procedimientos diagnósticos de radiocirugía estereotáctica y neurorradiología	

Técnicas, tratamientos y procedimientos	Precios unitarios
Estudios neurofisiológicos diagnósticos para la cirugía de la epilepsia	11.866,34
Endoscopia intervencionista de alta complejidad	593,39
Angiografía diagnóstica	1.475,28
Tratamientos y procedimientos diagnósticos urológicos:	
Disfunciones miccionales o enuresis y problemas de eyaculación	2.715,38
Disfunción eréctil e impotencia	1.810,25
Estudio urodinámico o uroneurológico	226,26
Litiasis renal recidivante	407,35
Acceso vascular para hemodiálisis	568,49
Litotripsia	2.262,88
Tratamientos de medicina nuclear	623,88
Diagnóstico prenatal	
Amniocentesis	271,61
Funiculocentesis	316,79
Biopsia de cori	477,45
Determinación del DNA fetal en sangre materna	368,76
Tratamientos de la infertilidad	
Fertilización in vitro de pareja	4.690,75
Fecundación in vitro. Criotransferencia	1.021,16
Diagnóstico preimplantacional y fecundación in vitro	7.370,04
Inseminación artificial de pareja	905,19
Inseminación artificial con semen de donante	1.378,05
Fecundación in vitro con semen de donante	5.007,15
Fecundación in vitro con ovocitos de donante vitrificados	8.688,68
Fecundación in vitro con ovocitos de donante en fresco	9.215,84
Fecundación in vitro con ovocitos vitrificados y semen de donante	9.005,07
Fecundación in vitro con ovocitos en fresco y semen de donante	9.532,23
Tratamientos especializados y quirúrgicos para grandes lesiones medulares	
Evaluación integral periódica especializada	543,06
Rehabilitación integral infantil especializada	58,85
Rehabilitación especializada de funciones superiores	63,34
Interrupción voluntaria del embarazo	
Interrupción hasta las 12 semanas, con anestesia local	350,45
Interrupción hasta las 12 semanas, con anestesia general	481,94
Interrupción de 13 a 15 semanas, con anestesia general o sedación	545,27
Interrupción de 16 a 19 semanas, con anestesia general o sedación	822,75
Interrupción de 20 a 22 semanas, con anestesia general o sedación	1.567,22
Donación y extracción de órganos	
Detección de la persona donante	3.273,80
Gestión de la donación sin desplazamiento	3.586,61
Gestión de la donación con desplazamiento	3.920,15
Anestesista para la extracción	1.010,41
Extracción simple	2.832,39
Extracción de hígado con oxigenación por membrana extracorpórea (muerte en asistolia controlada)	5.514,53

Técnicas, tratamientos y procedimientos	Precios unitarios
Extracción de donantes por muerte en asistolia no controlada	5.539,30
Rehabilitación	
Rehabilitación física ambulatoria	
Nivel MA	634,87
Nivel A	212,80
Nivel M	182,23
Nivel B	132,84
Rehabilitación física domiciliaria	
Nivel NM. Tarifa A	613,71
Nivel NM Tarifa B	648,98
Nivel NM Tarifa C	686,60
Nivel NM. Tarifa D	726,57
Nivel MA. Tarifa A	1.001,68
Nivel MA. Tarifa B	1.060,47
Nivel MA. Tarifa C	1.121,60
Nivel MA. Tarifa D	1.186,26
Nivel A. Tarifa A	764,20
Nivel A. Tarifa B	808,88
Nivel A. Tarifa C	855,90
Nivel A. Tarifa D	905,29
Nivel M. Tarifa A	631,33
Nivel M. Tarifa B	667,80
Nivel M. Tarifa C	706,59
Nivel M. Tarifa D	747,75
Nivel B. Tarifa A	245,71
Nivel B. Tarifa B	259,82
Nivel B. Tarifa C	273,93
Nivel B. Tarifa D	290,39
Rehabilitación de logopedia ambulatoria	
Nivel AP	493,78
Nivel MP	387,97
Nivel BP	246,90
Nivel AS	105,83
Nivel MS	49,38
Nivel BS	35,28
Rehabilitación de logopedia domiciliaria	
Tarifa A	613,71
Tarifa B	648,98
Tarifa C	686,60
Tarifa D	726,57
Ecografía intervencionista	84,49
Endoscopia intervencionista	195,64
Dilatación uretral	88,90
Extracción endoscopia de un cuerpo extraño	133,38
Tratamiento con láser oftalmológico	150,78

Técnicas, tratamientos y procedimientos	Precios unitarios
Tratamiento dermatológico pediátrico con láser de colorante	681,60
Polisomnografías	421,51
Tratamiento de las enfermedades inflamatorias intestinales	9.346,15
Terapia para la degeneración macular senil	1.516,25
Actividad del Sistema de Información para la Vigilancia de Infecciones en Cataluña	38,00
Hospital de día a domicilio	136,35
Lector ocular	149,57
Procedimientos relacionados con los implantes auditivos:	
Implante coclear unilateral	35.375,89
Implante coclear bilateral simultaneo	66.400,55
Implante osteointegrado	12.650,04
Renovación del procesador	6.846,79
Cirugía de la obesidad mórbida	8.544,79
Tratamientos aplicados por los equipos funcionales de expertos para la atención del abuso sexual de más de 72 horas y del maltrato infantil grave:	
Acogida y diagnóstico (sin tratamiento) (€/proceso)	491,99
Tratamiento completo (€/proceso)	1.243,97
Técnica de micropigmentación del complejo areola-pezón 3D	
Micropigmentación unilateral (€/proceso)	182,75
Micropigmentación bilateral (€/proceso)	225,60
Retoque unilateral (3-5 años después micropigmentación 3D) (€/proceso)	68,69
Retoque bilateral (3-5 años después micropigmentación 3D) (€/proceso)	77,35
Tratamiento renal sustitutorio	
Hemodiálisis en servicios de nefrología	
Hemodiálisis hospitalaria	175,60
Hemodiálisis hospitalaria con hemodiafiltración en línea	210,62
Hemodiálisis asistida con bicarbonato	161,44
Hemodiálisis asistida con hemodiafiltración en línea	196,46
Educación, vigilancia clínica y controles periódicos (hemodiálisis domiciliaria)	13,24
Hemodiálisis en unidades de asistencia nefrológica	
Hemodiálisis asistida con bicarbonato	161,44
Hemodiálisis asistida con hemodiafiltración en línea	196,46
Educación, vigilancia clínica y controles periódicos (hemodiálisis domiciliaria)	13,24
Hemodiálisis en centros de diálisis hospitalarios	
Hemodiálisis asistida con bicarbonato	161,44
Hemodiálisis asistida con hemodiafiltración en línea	196,46
Diálisis domiciliaria, cesión de material inventariable	
Por persona enferma que inicia el tratamiento	3.048,82
Material inventariable, mensualmente, por persona enferma	664,85
Material fungible	58,11
Diálisis peritoneal	
Diálisis peritoneal ambulatoria continua	71,24
Diálisis peritoneal cíclica continua	107,34
Terapias respiratorias domiciliarias	
Aspiración de secreciones	0,20

Técnicas, tratamientos y procedimientos	Precios unitarios
Oxigenoterapia con bombona portátil / Oxígeno con bombona (enfermos con cefalalgiea en agrupamientos)	0,15
Tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea	0,83
Oxigenoterapia con concentrador estático (incluye cilindro o bombona)	1,16
Oxigenoterapia con concentrador estático con cargador de bombona	2,50
Oxigenoterapia con concentrador portátil	2,90
Oxigenoterapia con oxígeno líquido	2,95
Nebulización con nebulizadores tipo jet convencionales / tipo jet con compresores de alto flujo	0,75
Nebulización con nebulizadores electrónicos con malla vibrante / nebulizadores específicos	0,93
Medida de la saturación de oxígeno mediante pulsioxímetro	0,94
Ventilación con presión positiva binivel en la vía aérea. Modalidad espontánea y servoventiladores	1,50
Aclaración mucociliar mediante sistema mecánico	3,73
Asistencia a la tos mediante sistema mecánico	1,55
Ventilación con ventilador de volumen, de presión o mixto 12 horas (nocturna)	3,00
Ventilación con ventilador de volumen, de presión o mixto 24 horas	4,70

Importes en euros.

Fuente: Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

Clave:

MA: Muy alto

A: Alto

M: Medio

B: Bajo

NM: Neuromuscular

AP: Alta complejidad presencial

MP: Media complejidad presencial

BP: Baja complejidad presencial

AS: Alta complejidad presencial

MP: Media complejidad presencial

BP: Baja complejidad presencial

AS: Alta complejidad semipresencial

MS: Media complejidad semipresencial

BS: Baja complejidad semipresencial

Cuadro 31. Precios unitarios de la actividad de alta complejidad

Actividad de alta complejidad	Precios unitarios
Tratamientos de radioterapia:	
Radioterapia de complejidad I	931,54
Radioterapia de complejidad II	2.628,39
Radioterapia de complejidad III	3.979,19
Radioterapia de complejidad IV	5.688,43
Tratamientos de braquiterapia:	
Braquiterapia	
Los 500 primeros casos	861,86
A partir del caso núm. 501	1.270,80
Braquiterapia oftálmica	11.730,54
Braquiterapia prostática	16.879,58
Tratamientos y procedimientos diagnósticos digestivos y hepáticos de alta complejidad:	

Actividad de alta complejidad	Precios unitarios
Cateterismo hepático diagnóstico	1.906,20
Cateterismo hepático terapéutico	3.910,20
Tratamientos y procedimientos diagnósticos de cardiología de alta complejidad:	
Cateterismo cardíaco diagnóstico:	
Los 600 primeros casos	1.397,88
A partir del caso núm. 601	1.661,81
Cateterismo cardíaco terapéutico:	
Los 150 primeros casos	3.108,64
A partir del caso núm. 151	3.675,58
Cirugía cardíaca extracorpórea:	
Los 600 primeros casos	8.649,19
A partir del caso núm. 601	9.559,62
Cirugía mayor valvular	24.474,13
Cirugía mayor coronaria	19.303,67
Repuesto valvular aórtico percutáneo	33.855,03
Tratamiento de las arritmias por ablación	3.108,64
Valvuloplastia endoscópica	6.696,14
Revascularización transmiocárdica por láser Omnitum YAG	10.752,99
Tratamientos y procedimientos vasculares de alta complejidad:	
Procedimientos en la arteria carótida y otros precerebrales (cirugía abierta o endovascular)	9.198,31
Procedimientos en aneurismas de aorta abdominal (cirugía abierta o endovascular)	25.048,16
Tratamientos y procedimientos diagnósticos de radiocirugía estereotáctica y neurorradiología	
Radiocirugía estereotáctica de tumores cerebrales (dosis única)	10.606,36
Radiocirugía estereotáctica de tumores cerebrales (dosis fraccionada)	11.667,01
Radiocirugía estereotáctica de malformaciones arteriovenosas (dosis única)	12.219,27
Radiocirugía estereotáctica de malformaciones arteriovenosas (dosis fraccionada)	13.446,11
Neurorradiología intervencionista de nivel I	4.552,19
Neurorradiología intervencionista de nivel II	12.290,94
Neurorradiología intervencionista de nivel III	9.104,37
Radiología intervencionista de alta complejidad	1.370,80
Tratamiento quirúrgico del Parkinson: nuevos casos	44.944,77
Tratamiento quirúrgico del Parkinson: recambios	21.435,55
Tratamiento quirúrgico de la epilepsia	17.820,97
Tratamiento quirúrgico de trastornos obsesivo-compulsivos	7.671,39
Tratamientos especializados y quirúrgicos para grandes lesiones medulares	
Tratamiento quirúrgico para el control voluntario de la micción y la evacuación	28.597,86
Recuperación funcional de las extremidades superiores en una lesión medular alta	49.232,08
Tratamiento quirúrgico para el control de la espasticidad grave de origen cerebral o medular	19.666,70
Tratamiento con implantación de neuroestimulador diafrágmático	35.474,94
Oxigenación por membrana extracorpórea neonatal	11.721,92
Procedimiento de inserción de dispositivos de acceso vascular implantable totalmente (<i>port-a-cath</i>)	828,43
Procedimientos de clínica del dolor	1.078,10
Cirugía oncológica de alta complejidad con intención curativa	
Cáncer de esófago	33.308,67
Cáncer de estomago	17.015,89

Actividad de alta complejidad	Precios unitarios
Cáncer de páncreas	17.801,22
Tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas y del carcinoma primario de hígado	15.747,59
Cáncer de recto	12.379,78
Tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón primario y metastásico	15.494,50
Tratamiento quirúrgico de tumores benignos y malignos de cerebro	18.822,66
Tratamiento de la carcinomatosis peritoneal	20.994,46
Mastectomía y reconstrucción mamaria	
Mastectomía y reconstrucción mamaria simultánea simple unilateral	5.436,88
Mastectomía y reconstrucción mamaria simultánea simple bilateral	7.274,94
Mastectomía y reconstrucción mamaria simultánea compleja unilateral	11.008,75
Mastectomía y reconstrucción mamaria simultánea compleja bilateral	16.487,39
Trasplantes	
Trasplante cardíaco	110.693,54
Trasplante de córnea	3.619,15
Trasplante hepático	85.716,46
Trasplante alogénico de la médula ósea	60.334,85
Trasplante autólogo de la médula ósea	39.082,49
Trasplante de páncreas	59.191,49
Trasplante simultáneo de riñón y páncreas	60.790,62
Trasplante de pulmón	103.654,35
Trasplante renal	37.685,48
Trasplante renal con ABO incompatibile	51.793,74
Recién nacidos complejos	
Recién nacidos complejos con oxigenación por membrana extracorpórea	71.824,83
Recién nacidos extremos (< 1.500 g). Severidad 3-4	58.634,18
Recién nacidos extremos (< 1.500 g). Severidad 1-2	39.861,25
Recién nacidos (1.500-2.499 g) con complicaciones mayores	22.953,55
Recién nacidos (> 2.499 g) con complicaciones mayores	17.145,51
Terapias génicas	
Terapias CART en adultos (a partir de los 18 años)	38.062,39
Terapias CART en edad pediátrica (< 18 años)	65.249,82
Oncología de precisión:	
Tumores sólidos	686,81
Tumores hematológicos	625,32
Tumores de la línea germinal	374,84
Tumores pediátricos	1.014,06

Importes en euros.

Fuente: Orden SLT/275/2022, de 15 de diciembre, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

Cuadro 32. Precios unitarios de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad con unidades contratadas

Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad	Precio unitario
Programa integral de urgencias de Cataluña	1.216,39
Programa de bombas de insulina y monitorización continua de glucosa	
Bomba de insulina	9,41
Monitorización continua de glucosa sistema flas	4,19
Monitorización continua de glucosa sistema tiempo real	7,73
Monitorización continua de glucosa sistema tiempo real integrado en la bomba	17,14
Sistema híbrido de asa cerrada	23,32
Programa de lipoatrofia facial	
En pacientes con virus de inmunodeficiencia humana implantando grasa propia	1.180,85
En pacientes con virus de inmunodeficiencia humana implantando material sintético	3.110,42

Importes en euros.

Fuente: Resolución de 30 de enero de 2023 del consejero de Salud, por la que se modifica la Resolución de 21 de junio de 2022, por la que se establecen, para el año 2022, determinados elementos del sistema de contraprestación de la atención médica y sanitaria hospitalaria y especializada, de acuerdo con el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

6.3.3. Importes asignados para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos

Cuadro 33. Relación e importe de los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad ejecutados

Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad	Entidades concertadas		ICS	Total SISCAT
	Importe 2022	Variación 2022/2021 (%)	Importe 2022*	Importe 2022
Programa específico de alianzas territoriales	161.191.762	38,05	10.280.976	171.472.738
Coordinación entre líneas asistenciales	19.766.830	-9,17	151.400.698	171.167.528
Atención a la mujer	16.586.255	8,44	418.423	17.004.679
Atención especializada, intensiva e integral discapacidad de origen neurológico	16.206.553	3,44	-	16.206.553
Cribado de cáncer de mama	12.205.432	4,80	1.260.862	13.466.294
Enfermedades minoritarias en edad pediátrica	13.454.896	3,49	-	13.454.896
Absorción de urgencias - Urgencias extrahospitalarias	12.938.751	3,49	-	12.938.751
Programa especial para centros aislados geográficamente y complementarios	12.495.296	3,46	-	12.495.296
Prevención precoz del cáncer de colon y recto	10.578.174	3,49	1.330.723	11.908.898
Unidad especial de politraumáticos y sépticos de Cataluña	-	-	9.708.688	9.708.688
Atención farmacéutica a pacientes externos	5.674.176	3,49	2.412.428	8.086.604
Unidad funcional del sida	3.888.014	38,01	3.397.850	7.285.864
Consejo genético	2.864.804	11,17	4.238.864	7.103.668
Unidad de quemados	-	-	6.968.831	6.968.831

Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad	Entidades concertadas		ICS	Total SISCAT
	Importe 2022	Variación 2022/2021 (%)	Importe 2022*	Importe 2022
Drogodependencias	4.444.499	5,21	2.157.302	6.601.801
Penitenciarios	5.444.796	-0,06	311.113	5.755.909
Plan oncológico de Cataluña	5.168.382	3,49	-	5.168.382
Unidad de hemofilia	993.456	79,74	3.468.528	4.461.984
Síndrome de sensibilización central	2.291.535	3,49	1.092.482	3.384.017
Cribado neonatal	3.033.768	9,17	186.548	3.220.317
Servicios de atención paliativa pediátrica integral	1.942.211	3,49	1.157.892	3.100.103
Medicina y terapia fetal de alta complejidad	306.320	3,49	2.667.352	2.973.672
Laboratorio de histocompatibilidad	2.560.141	3,49	-	2.560.141
Rehabilitación neurológica y neuromuscular	565.309	3,49	1.955.686	2.520.995
Unidad de prevención, control y epidemiología oncológica	2.301.864	7,22	-	2.301.864
Unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS) de curas paliativas	1.167.207	3,49	477.549	1.644.756
UFISS geriátrica	900.841	3,49	556.271	1.457.111
Programa de alergias a medicamentos	1.394.545	3,49	-	1.394.545
Prevención y cribado del cáncer ginecológico	1.332.992	76,52	-	1.332.992
Instituto de bioquímica	1.293.621	3,49	-	1.293.621
Unidad de neuroinmunología clínica	-	-	1.232.897	1.232.897
Cámara hiperbárica	1.216.573	3,49	-	1.216.573
Hemofilia y coagulopatías congénitas	1.181.185	3,49	-	1.181.185
Microcirugía reconstructiva posneoplásica	1.161.451	24,64	-	1.161.451
Atención alumnado con necesidades especiales de salud en los centros educativos	911.366	-	108.783	1.020.149
Equipo de asesoramiento y soporte especializado en neurorrehabilitación	790.244	2,97	-	790.244
Prevención de complicaciones de la discapacidad de origen neurológico	724.156	2,97	-	724.156
Tipificación HLA de donantes no emparentados del Registro de donantes de médula ósea	682.483	3,49	-	682.483
Programa específico de adecuación de la actividad asistencial	675.944	3,49	-	675.944
Tumores óseos y partes blandas (sarcomas)	618.648	3,49	-	618.648
Vacunaciones de adultos	563.159	3,49	-	563.159
Alcoholismo	495.221	3,49	-	495.221
Referencia de enfermedades importadas de alta transmisibilidad	457.306	3,49	-	457.306
Programa especial de reimplantación de miembros	358.931	3,49	-	358.931
Tratamiento integral ambulatorio de la discapacidad de origen neurológico en edad pediátrica	355.931	2,97	-	355.931

Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad	Entidades concertadas		ICS	Total SISCAT
	Importe 2022	Variación 2022/2021 (%)	Importe 2022*	Importe 2022
Registro de tumores	308.489	3,49	21.310	329.799
Tratamiento médico de la identidad de género	233.686	3,49	-	233.686
Programa especial de segunda opinión	184.438	3,49	-	184.438
Desensibilización de fármacos citostáticos y no citostáticos	162.712	3,49	-	162.712
Programa del sistema de vigilancia de infecciones		-	110.656	110.656
Programa de criopreservación de gametos	104.094	3,49	-	104.094
Complemento incentivo de docencia		-	15.400	15.400
Total servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad financiados con una cuantía anual asignada	334.178.447	18,20	206.938.110	541.116.557

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación facilitada por el CatSalut.

* La actividad del ICS por cuenta del CatSalut se ha valorado de acuerdo con los precios y las reglas de facturación que el CatSalut aplica a las entidades concertadas.

Cuadro 34. Contraprestación de las consultas externas por hospitales

Hospitales	Importe 2022	Variación 2022/2021 (%)
Hospital Clínic de Barcelona (Hospital Clínic, Maternidad y Hospital Plató)	42.886.987	11,76
Hospital Santa Creu i Sant Pau	35.890.460	4,06
Consorcio Mar Parque de Salud (Hospital del Mar y Hospital de L'Esperança)	34.550.987	3,51
Consorcio Sanitario Integral (Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi y Hospital General de L'Hospitalet)	29.509.323	3,69
Hospital de Sabadell	27.878.851	3,52
Hospital de Sant Joan de Déu de Esplugues	20.236.278	3,41
Hospital Universitario Mútua de Terrassa	19.436.501	3,49
Hospital General de Granollers	18.966.049	15,69
Hospital Universitario Sant Joan de Reus	18.796.489	3,49
Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa	16.789.007	3,49
Hospital de Terrassa	16.182.615	5,77
Hospital de Mataró	15.122.740	3,49
Consorcio Sanitario de L'Alt Penedès y El Garraf (Hospital Comarcal de L'Alt Penedès, Hospital Residencia Sant Camil y Hospital Sant Antoni Abat)	14.176.190	4,08
Hospital Sanitario Sant Joan de Déu	14.085.252	24,64
Hospital Universitario Sagrat Cor	13.858.216	3,49
Corporación de Salud de El Maresme y La Selva (Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella y Hospital Comarcal de Blanes)	13.080.831	3,49
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	12.026.216	3,49
Hospital de Mollet	10.939.394	3,49
Hospital de Igualada	10.338.443	3,49
Hospital General de Vic	9.925.379	3,49

SINDICATURA DE CUENTAS DE CATALUÑA — INFORME 5/2025

Hospitales	Importe 2022	Variación 2022/2021 (%)
Fundació Hospital de l'Esperit Sant	8.640.119	3,49
ICO Hospitalet	8.629.148	3,49
Hospital de Dos de Mayo	8.123.992	3,49
Hospital de El Vendrell	7.864.280	3,49
Hospital de Palamós	7.838.100	3,72
Hospital de Santa Caterina	7.770.971	3,49
Pius Hospital de Valls	7.445.438	3,49
Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell	7.312.305	3,49
Hospital de Santa Maria	7.200.018	6,24
Fundació Puigvert - IUNA	6.756.177	3,49
Hospital Municipal de Badalona	6.736.830	3,49
Hospital de Figueres	5.916.620	3,49
Hospital Sant Rafael	5.740.740	3,48
Hospital de Olot y Comarcal de La Garrotxa	3.988.329	3,49
Hospital Comarcal de Amposta	3.154.958	3,49
ICO Badalona	3.078.902	3,49
Hospital Comarcal Móra d'Ebre	2.907.245	3,49
ICO Girona	2.906.971	3,49
Hospital Comarcal Sant Bernabé	2.744.817	3,49
Hospital de Sant Celoni	2.371.892	3,49
Hospital de Campdevànol	1.474.171	3,50
Fundació Sant Hospital	1.108.101	3,49
Hospital Comarcal de El Pallars	1.032.834	3,49
Clínica Terres de l'Ebre	906.242	6,62
Clínica Girona, SA	570.419	3,49
Centro MQ Reus	434.572	195,16
Clínica Salus Infirmorum	93.726	3,49
Clínica NovAliança	-	-
Fundació Institut de Neurorrehabilitación Guttmann	-	-
Total	517.424.126	5,13

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la actividad facturada por las entidades proveedoras concertadas en 2022.

6.4. ANEXO 4. MUESTRA DE SERVICIOS, DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE RECONOCIDA NECESIDAD

Cuadro 35. Finalidad y actuaciones de una muestra de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad

Programas	Importe asignado hospitales concertados	Finalidad	Actuaciones
Programa específico de alianzas territoriales	161.191.762	Asegurar la integración, continuidad y seguimiento de la actividad asistencial entre las líneas de atención hospitalaria y especializada, de atención especializada familiar y comunitaria y de salud pública en el ámbito de la atención primaria, atención sociosanitaria y atención a la salud mental, así como entre los diferentes proveedores de un determinado territorio.	<p>Recoge la provisión asistencial que no podía contratarse por falta de definición concretada y ya aprobada en el Consejo de Dirección, o bien porque se trata de cooperaciones entre centros. Los conceptos de los ámbitos de actuación más relevantes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alianzas territoriales entre entidades: 8 M€ - Provisión especializada en territorios aislados: 4 M€ - Alianzas y ordenaciones asistenciales relacionadas con la mejora del proceso de atención en: <ul style="list-style-type: none"> a) Atención oncológica compleja: 15 M€ b) Actividad de alta complejidad: 22 M€ c) Enfermedad vascular: 5 M€ d) Programas de salud mental en proceso de concreción: 3 M€ e) Mejora de la capacidad resolutiva: 15 M€ - Despliegue y consolidación de camas de unidades de cuidados intensivos: 48 M€ <p>También recoge todas las actividades relacionadas con otras líneas asistenciales no incluidas directamente en el hospital pero que requieren una coordinación en red, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Casa de Sofía, referente para la atención paliativa pediátrica en toda Cataluña: 3 M€ - Actuaciones de mejora en el ámbito farmacéutico y uso racional de los medicamentos: 2 M€
Coordinación entre líneas asistenciales	19.766.830		Actuaciones de coordinación i actividades entre líneas asistenciales.
Atención a la mujer	16.586.255	Dar soporte de atención especializada en las actividades relacionadas con la promoción de la salud de las mujeres, así como la prevención de enfermedades	Actividades de facultativos de atención especializada relacionadas con la promoción de la salud de las mujeres y la prevención de enfermedades que están protocolizadas con las actividades de atención primaria del mismo ámbito.
Atención especializada intensiva e integral de la discapacidad de origen neurológico	16.206.553	Dar cumplimiento a la especificidad de la prestación de la atención que se contrata en el Instituto Guttmann de forma singular, de acuerdo con la disposición quinta del Decreto 118/2014.	Actividad cuya finalidad es restituir y minimizar las alteraciones funcionales aparecidas en las personas afectadas por una lesión medular, un daño cerebral adquirido u otras patologías discapacitantes de origen neurológico. Incluye las actividades de hospitalización y tratamiento médico-quirúrgico, rehabilitación ambulatoria en régimen de hospital de día, rehabilitación de funciones superiores, consulta externa de pacientes adultos, evaluación y pruebas complementarias.

Programas	Importe asignado hospitales concertados	Finalidad	Actuaciones
Enfermedades minoritarias en edad pediátrica	13.454.896	Garantizar una adecuada calidad asistencial a los pacientes con enfermedades minoritarias en edad pediátrica.	Atención integrada y coordinada entre los distintos servicios y niveles asistenciales mediante unidades multidisciplinarias.
Absorción de urgencias–Urgencias extrahospitalarias	12.938.751	Garantizar la calidad de los servicios de atención a la urgente demanda.	Aportación complementaria a los hospitales que la requieren para realizar la actividad urgente en el área de referencia y en otras áreas a las que deben apoyar.
Especial para centros aislados geográficamente y complementarios	12.495.296	Dar atención sanitaria pese a la baja demanda.	Aportación complementaria para prestar atención sanitaria a los centros geográficos aislados y que tienen poca demanda.
Cribado neonatal	3.033.768	Detectar precozmente las enfermedades endocrino-metabólicas.	Pruebas de cribado neonatal.
Laboratorio de histocompatibilidad	2.560.141	Dar servicio a todos los equipos de trasplante de órganos de los 9 hospitales trasplantadores de Cataluña.	Dotar de recursos en el Laboratorio de Histocompatibilidad de Cataluña, que es el centro de referencia para los estudios inmunológicos en trasplante de órganos de Cataluña. Entre otras funciones, el laboratorio es depositario de la lista de espera de todos los receptores renales de Cataluña, mantiene y gestiona. Por otro lado, el Laboratorio de Inmunología actúa como centro de guardia de trasplantes y realiza la tipificación del antígeno leucocitario humano de los donantes de toda la red.
Unidad de prevención, control y epidemiología oncológica	2.301.864	Disminuir el impacto del cáncer en la población mediante la prevención.	Practicar intervenciones para prevenir el cáncer, realizar investigación clínica y epidemiológica, elaborar material informativo para la ciudadanía y aportar información sanitaria relacionada con la oncología con fines estadísticos.
Microcirugía reconstructiva posneoplásica	1.161.451	Prevenir y tratar los linfedemas y hacer la reconstrucción mamaria.	Tratamiento de linfedemas (la acumulación anormal de líquido en los tejidos blandos por una interrupción o alteración del sistema linfático que en la mayoría de los casos se produce con mujeres con cáncer de mama) y de reconstrucción mamaria con colgante o DIEP (utilizando piel y grasa del abdomen).
Total	261.697.567		
Porcentaje respecto al total	78,31		

Importes en euros.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por el CatSalut.

6.5. ANEXO 5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Las definiciones que no tengan indicada la fuente son de elaboración propia.

- **Alta complejidad:** véase *terciarismo*.
- **Case mix:** literalmente, ‘combinación de casos’. Este neologismo se refiere a la clasificación de pacientes en grupos caracterizados por ser clínicamente coherentes y presentar un consumo de recursos homogéneo en términos esperados dentro del grupo. Se utiliza también indistintamente como sinónimo de *casuística* o de *complejidad* (o *complejidad de la casuística*).
- **Case mix index:** véase *índice de casuística*.
- **Casuística:** conjunto de casos atendidos en un centro asistencial. Se utiliza también indistintamente como sinónimo de *case mix* o de *complejidad* (o *complejidad de la casuística*).
- **Centro de salud:** institución dedicada a la atención, la promoción y la educación de la salud de la población comprendida en un área determinada. Fuente: TERMCAT.
- **Comorbilidad:** coincidencia en una persona de uno o más problemas de salud crónicos adicionales a otro problema de salud, a menudo también crónico, que se considera principal u objeto de estudio. Fuente: TERMCAT.
- **Complejidad (o complejidad de la casuística):** término que en este informe hace referencia al consumo de recursos que supone una determinada combinación de casos o pacientes tratados. Véase *índice de casuística*.
- **Conjunto mínimo básico de datos (CMBD):** registro poblacional que recoge información sobre la patología atendida en los centros sanitarios de Cataluña. Se trata de un banco de datos exhaustivo sobre actividad y morbilidad sanitaria. Existen diferentes registros según el ámbito. Fuente: CatSalut.
- **Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD):** sistema de clasificación que, mediante un algoritmo, agrupa a los pacientes atendidos en un centro hospitalario en grupos clínicamente homogéneos y con un consumo de recursos similar.
- **Índice de casuística:** aproximación cuantitativa al consumo de recursos que supone una determinada combinación de casos o pacientes tratados; se trata de una medida del *case mix* (o *casuística*). Índice que estima los recursos que ha consumido la casuística de un centro asistencial. Fuente: TERMCAT.

- **Índice relativo de urgencias (IRU):** indicador que relaciona el precio medio de la urgencia atendida para todo el sistema con el precio de la urgencia atendida de acuerdo con la complejidad de la actividad registrada. Se obtiene a partir de los registros del conjunto mínimo básico de datos de urgencias (CMBD-UR).
- **Intensidad relativa de recursos (IRR):** indicador que mide la complejidad relativa atendida por un hospital del SISCAT, y que se utiliza para ajustar el precio unitario del alta por casuística en el pago de la actividad de hospitalización. Se calcula como el cociente entre el peso medio de la complejidad de las altas atendidas por el centro y el peso medio de la complejidad de las altas atendidas por la red hospitalaria de utilización pública, según la información recogida en el conjunto mínimo básico de datos de hospitales de agudos (CMBD-HA) en un período de tiempo determinado, excluyendo las altas correspondientes. Se establece una IRR para cada hospital y para cada uno de los 3 tipos de alta: médica, quirúrgica y obstétrica. Fuente: CatSalut.
- **Morbilidad:** cantidad de personas de una población o grupo afectadas por una cierta enfermedad. Fuente: TERMCAT.
- **Nivel asistencial:** distribución de la asistencia sanitaria en relación con la prestación de servicios de salud. Fuente: TERMCAT.
- **Prevalencia:** número de personas afectadas por una enfermedad determinada, o por un factor de riesgo determinado, en un período de tiempo concreto con relación al número total de habitantes de un área geográfica o social. Fuente: TERMCAT.
- **Terciarismo:** conjunto de servicios altamente especializados que conllevan un muy elevado requerimiento tecnológico y experiencia profesional, habitualmente de un coste elevado y que, dada su baja prevalencia y alta complejidad, se benefician de la concentración en un número reducido de proveedores. Fuente: Plan de salud de Cataluña, 2011-2015.
- ***Urgency related groups (URG):*** sistema australiano de clasificación de las urgencias atendidas en un centro hospitalario.

7. TRÁMITE DE ALEGACIONES

De acuerdo con la normativa vigente, el proyecto de informe de fiscalización fue enviado al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) el 21 de febrero de 2025, para cumplir el trámite de alegaciones.

El Servicio Catalán de la Salud pidió una prórroga para presentar las alegaciones, y el plazo se amplió hasta el 14 de marzo de 2025.

7.1. ALEGACIONES RECIBIDAS

El escrito de alegaciones presentado por el Servicio Catalán de la Salud a la Sindicatura de Cuentas, firmado electrónicamente el 14 de marzo de 2025 por su director, se reproduce a continuación.

“Alegaciones al informe de Sindicatura de Cuentas REF.16/2023-C: Sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por los centros del SISCAT por cuenta del CatSalut, ejercicio 2022”

I. REFLEXIONES GENERALES

1. Reflexiones de carácter presupuestario

La contraprestación de los servicios de atención sanitaria, incluidos los de atención hospitalaria de agudos, se financia a través del presupuesto de salud. Es importante destacar que el presupuesto consolidado de Salud no cubre las necesidades de crédito para hacer frente a la totalidad del gasto devengado durante el ejercicio. En concreto, en el ejercicio 2022 sujeto a fiscalización, el gasto devengado por el consolidado de la agrupación Salud -Departamento de Salud, Servicio Catalán de la Salud e Instituto Catalán de la Salud- ascendió a 14.019 millones de euros. De ese gasto, estaban cubiertos con crédito inicial solo 10.687,2 millones de euros. Los suplementos de crédito que se generaron durante el ejercicio pudieron disminuir este diferencial, y finalmente se acabaron desplazando 2.179,5 millones de euros. Esta situación no es excepcional del ejercicio sujeto al análisis. Si analizamos el período 2022-2024 (este último con datos de cierre provisional), el gasto devengado respecto al presupuesto inicial se sitúa entre un 24% y un 27% por encima, lo que acaba generando que, a pesar de los suplementos de crédito que se activan durante el año, entre el 15% y el 18% del gasto se acabe desplazando al siguiente ejercicio.

Esta situación obliga a activar diversos mecanismos para hacer frente a la insuficiencia de crédito. Con carácter general, el pago de conciertos se desplaza dos meses, es decir, en diciembre se paga la factura del mes de octubre. Asimismo, el Instituto Catalán de la Salud tiene la capacidad de generarse crédito sin necesidad de que el Servicio Catalán de la Salud disponga de crédito. Este mecanismo es posible porque el ICS registra la previsión de ingresos en el momento en que el CatSalut valida y conforma la facturación, lo que comporta el reconocimiento del derecho de ingreso. Sobre la base de este derecho reconocido, se genera el correspondiente crédito presupuestario que permite aumentar el presupuesto de gastos. Posteriormente, cuando la Tesorería ordena el pago de los documentos de obligación del CatSalut, se produce el ingreso efectivo en fase de recaudación y se vincula al derecho de ingreso previamente reconocido. Este mecanismo explica por qué el Servicio Catalán de la Salud no puede formalizar el Contrato Programa con el ICS. En 2022, el Instituto Catalán de la Salud generó crédito por valor de 502 Millones de euros bajo este mecanismo. Esta situación, que se repite año tras año, con importes que varían según las disponibilidades presupuestarias y el crecimiento del gasto máximo asumible del ICS, hacen por ahora difícil que se pueda formalizar el contrato programa del ICS por falta de crédito.

Más allá de las limitaciones a efectos del contrato programa del ICS, las carencias de crédito también dificultan a menudo la formalización de las cláusulas con el sector

concertado. Los incrementos salariales pactados desde el Estado se vinculan cada vez más a la evolución de parámetros macroeconómicos que alteran, con carácter retroactivo, el gasto de las entidades y, en consecuencia, la tarifa que debe ofrecer cobertura a este encarecimiento del principal factor de producción.

A efectos de contextualización sobre la dinámica de funcionamiento del sistema (dando por sentado que nos situamos fuera del ejercicio objeto de análisis), cabe mencionar el Acuerdo de Gobierno de 23 de diciembre de 2024 por el que se determina el gasto devengado del Departamento de Salud, el Servicio Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de la Salud para el ejercicio 2025 y se autoriza la asunción de compromisos. Este acuerdo de Gobierno determina para el ejercicio 2025 un límite para el Gasto Devengado 2025, que se marca un crecimiento del 3,2% sobre la base de gasto devengado 2024 que, con datos de cierre avanzado, se aproxima a los 15.616,9 Millones de euros con cargo a recursos generales. Este Acuerdo de Gobierno ofrece un marco estable para la agrupación salud y reconoce que el gasto supera con creces el presupuesto prorrogado de 2023.

2. Reflexiones en relación con el modelo propio de Cataluña de organización de los servicios públicos de salud y su sistema de pago

Los antecedentes del Informe recogen profusamente la historia del modelo sanitario catalán, desde las transferencias hasta el momento de la constitución del SISCAT. Estos antecedentes no se acompañan sin embargo de la evolución de los sistemas de pago. En 1981, el modelo de financiación era fundamentalmente presupuestario. Con la necesidad de articular la relación con la nueva red concertada, en 1986 se define un nuevo sistema de pago por actividad basado básicamente en la estancia hospitalaria y unos factores de equivalencia que permiten la traducción del resto de la actividad. El modelo tenía en cuenta los distintos niveles de complejidad estructural de los hospitales e introducía elementos de eficiencia como la estancia media esperada.

En 1990 se implanta el conjunto mínimo básico de datos y se pone de manifiesto la necesidad evidente de disponer de un sistema de contratación más sensible a las necesidades asistenciales. En 1997 se introduce un modelo prospectivo de compra de casos que tiene en cuenta la complejidad asistencial de la hospitalización y permite el desarrollo de nuevas líneas de servicios. Este nuevo modelo, regido por el Decreto 179/1997, de 22 de julio, por el que se establecen las modalidades de pago que rigen la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, se fundamenta en pilares básicos. Lo más relevante quizás sea que la asistencia hospitalaria se trataría como un todo, mediante un presupuesto global, y la distribución se haría a partir de la compra de servicios. Mediante el presupuesto global se da prioridad a ciertas actuaciones sanitarias en detrimento de otras, todo bajo parámetros de política sanitaria previamente establecidos.¹

Es importante destacar este hecho porque el modelo vigente desde 1997 hasta la publicación del Decreto 118/2014 sobre contratación de servicios sanitarios, vigente y que rige actualmente el encargo de actividad asistencial por cuenta del CatSalut, influye en gran medida en la situación actual de los sistemas de pago. En primer lugar, esa concepción de presupuesto global todavía persiste. En el diseño del nuevo sistema de

pago se introducen modificaciones sobre el modelo anterior que permiten una mejor adecuación de la compra de servicios a las necesidades - como por ejemplo la subdivisión de las altas en diversas tipologías – y aunque inicialmente se estudian cambios más sustantivos encaminados a la compra por proceso, finalmente se acaba implantando un modelo más conservador. En este sentido, cabe destacar dos aspectos fundamentales. En primer lugar, si bien la finalidad de la compra de servicios es dirigir la actividad a las necesidades de la población, persiste la concepción de presupuesto global. Asimismo, en el diseño de 2014, la mayor parte de las tarifas no se basan sobre escandallos de costes, sino que parten de la asignación histórica, buscando una distribución más ajustada a las prioridades en base a las necesidades. Por ejemplo, cuando se determina el valor de la hospitalización no se cuestiona el importe destinado a este concepto, sino que se propicia una distribución diferente en base a los pesos de cada GRD.

Es importante destacar que, aunque no sea propiamente una finalidad del Servicio Catalán de la Salud, la sostenibilidad de los proveedores es un factor fundamental del modelo. En este sentido, se vigila que los sistemas de pago no comporten cambios demasiado repentinos en el presupuesto global de los proveedores que puedan originar problemas en su sostenibilidad. La amenaza de la continuidad de los servicios públicos de salud (basados en una estructuración de red –SISCAT e inicialmente XHUP- concebida desde su creación bajo criterios de estabilidad, enlazando con la normativa básica estatal (Ley 14/1986, general de sanidad) puede verse amenazada. En este sentido, conviene tener en cuenta que los hospitales están muy ligados a elementos de política territorial. Por un lado, son a menudo la primera empresa del territorio, con profesionales de alta cualificación y, al mismo tiempo, se consideran también un servicio esencial que evita el desarraigo de los ciudadanos en el territorio. La estructura de los costes hospitalarios es muy rígida dado el elevado peso del recurso humano, que se adapta con el tiempo a la estructura de ingresos de los centros. Por tanto, cambios radicales en los sistemas de pago no permiten la adaptación inmediata de los proveedores sin tensiones sociales importantes. Por este motivo, gran parte de los incentivos no radican en el precio sino en lo que se compra y cómo se compra. Últimamente, como se ha realizado el nuevo modelo de atención primaria, se ha venido procurando no pervertir el modelo resultante y, a cambio, se propicia una convergencia progresiva a través de planes de convergencia y un factor sostenibilidad.

El modelo sanitario catalán, constituido fundamentalmente a partir de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña (y desarrollado a partir de normativa reglamentaria, entre otros el Decreto 118/2014, de referencia constante) se articula en términos descentralizados. Esto se extiende a las entidades públicas mediante las cuales la Administración de la Generalidad de Cataluña, a través del Servicio Catalán de la Salud, asume la prestación directa de los servicios públicos de salud (en coexistencia con las fórmulas de prestación indirecta). En este sentido, las entidades comparten un efectivo régimen de autonomía de gestión (el sector público institucional a partir de los artículos 68 y siguientes de la Ley 7/2011, de 27 de julio, de medidas fiscales y financieras, dando por sentado que el ICS se somete a su régimen específico, mediante su propia ley reguladora: Ley 8/2007, de 30 de julio). Esta realidad implica que las entidades proveedoras del sistema público de salud (las que gestionan los centros de las redes asistenciales que integran el SISCAT) toman sus decisiones estratégicas pro-

¹ Los sistemas de pago de la sanidad pública en Cataluña, 1981-2009 Evolución histórica y perspectivas de futuro. Servicio Catalán de Salud 2009

pias adaptadas a su realidad, capacidades, entorno social y demográfico, para cumplir con las funciones asistenciales que tienen asignadas por parte del Servicio Catalán de la Salud. Esta ha sido una fortaleza histórica de nuestro sistema de salud: aporta flexibilidad y adaptabilidad al territorio. A su vez, implica que la estructura de las contraprestaciones no pueda articularse exclusivamente en términos de costes homogéneos (porque a los factores generales comentados se suma las decisiones propias de cada entidad en ejercicio de su régimen de autonomía, que en algunos casos implica incluso otros sectores de actividad como el de Derechos Sociales). Al prisma institucional y corporativo, que acabamos de intentar enfocar de manera resumida, entendemos que hay que añadirle uno sistémico. El modelo productivo de cada una de estas entidades proveedoras, incluso de los distintos centros que se encuentran bajo su gestión en el marco del SISCAT, no resulta reducible a un modelo productivo mecánico que se ve afectado por los condicionantes socioeconómicos de su población y por la propia estructura de la red sanitaria o de servicios sociales. El proceso asistencial que persigue la Administración de la Generalidad de Cataluña a través del CatSalut debe basarse en criterios de calidad, de equidad territorial, de superación de las desigualdades sociales (en definitiva, del conjunto de principios informadores que la LOSC atribuye al sistema sanitario de Cataluña). Así pues, el sistema se basa en las personas: en las que requieren los servicios públicos y en los profesionales que los proveen. Profesionales altamente cualificados que inevitablemente tienen abordajes distintos a los mismos problemas enfocados sobre personas que viven realidades sociales muy diferenciadas y que, precisamente en virtud de la permeabilidad de los centros en el territorio, pueden haber derivado hacia prioridades sensibles a esa realidad cambiante. Así, dos pacientes con condicionantes socioeconómicos diferentes e idénticas situaciones desde el punto de vista asistencial, pueden exigir abordajes diferentes en función de la estructura de apoyo social (ya sea familiar o directamente de derechos sociales) o incluso de la disponibilidad de plazas de atención intermedia. Estos condicionantes pueden suponer alargamientos en las estancias de hospitalización y coste, por ejemplo, o dificultad en el abordaje ambulatorio de determinados procedimientos. Existe una estructuración subjetiva del modelo asistencial vinculada a la calidad asistencial (ejecutada por los profesionales de la sanidad) que inevitablemente dificulta la pretensión de una contraprestación exclusivamente (insistimos en la idea de “exclusivamente”) basada en costes homogéneos (ni siquiera con la introducción de variables de rectificación, necesariamente limitadas). Esto en ninguna medida la hace arbitraria: por el contrario, se sustenta sobre fundamentos objetivos que se intentan visualizar conjuntamente en esta reflexión previa general (y que después se trasladan segmentadamente a la respuesta a los diferentes apartados). Esto no excluye el esfuerzo (que también procuramos visualizar) de una aproximación que necesariamente debe tener, y tiene en cuenta la realidad de los costes del sector. La autonomía de gestión, los condicionantes sociales de la población de referencia, la propia descentralización del modelo catalán de sistema público de salud y de la concepción acordada jurídicamente para proteger su calidad asistencial, que viene reconocida y amparada por la normativa que ordena el propio sistema de forma expresa, no puede desligarse del marco normativo que establece la mecánica para aprobar las contraprestaciones del propio sistema. Existe una congruencia normativa y organizativa al no asociar exclusivamente la contraprestación por los servicios asistenciales a unos costes teóricos. Nos referimos a ello a continuación a un nivel más analítico.

En los años posteriores a la implantación del nuevo sistema de pago, se van introduciendo un número significativo de nuevas prestaciones, cuyo precio se basa ya sí en escandallos de costes, al tiempo que poco a poco se van revisando los distintos con-

ceptos existentes, especialmente cuando se producen cambios sustanciales en la técnica, ya sea a petición de las asociaciones de proveedores o por iniciativa del propio CatSalut. Estas revisiones se van haciendo de forma progresiva y siempre consensuadas con el sector.

Como muestra de que se mantiene la filosofía de presupuesto global en términos de financiación de los costes de la actividad y las tarifas se incrementan con carácter general anualmente sobre la base del aumento de los costes estimados del sector de la línea en cuestión (y la disponibilidad presupuestaria) y en base a su estructura de costes de la línea de actividad, pero no por tipología de actividad. Así, cuando se aprueba un incremento retributivo por el conjunto del SISCAT y se realiza su traslado a tarifa, este incremento se aplica de forma generalizada a prácticamente todos los conceptos de contratación/encargo (con algunas excepciones) de cada línea, sin tener en cuenta si el peso de los recursos humanos es diferente en una técnica u otra. Otra muestra de esta concepción del presupuesto global es que el nivel estructural del hospital solo condiciona el precio del alta, pero esta diferenciación no existe en ninguna otra tarifa. Es obvio que la estructura (entendida como lo que hace posible responder a una cartera de servicios del hospital en términos de complejidad) no solo afecta el alta hospitalaria. Poniendo por ejemplo otra de las actividades referidas ampliamente en el informe de Sindicatura, el coste de las urgencias hospitalarias está en gran parte condicionado por la estructura de guardias que tiene un hospital y esta última va vinculada a la cartera de servicios: en hospital más grande, más complejo, más especialidades están de guardia. Si se revisa el estudio de costes de la urgencia mencionado en el informe de Sindicatura de las asociaciones de proveedores, se podrá evidenciar que la mayor parte del gasto se relaciona con esta estructura de guardias.

Sin perjuicio de todo lo anterior, esto no significa que los sistemas de pago no deban refinarse progresivamente para reflejar mejor las estructuras de costes asociadas a cada tipología de actividad. Tal y como se expuso en las reuniones con la Sindicatura de Cuentas, la Comisión de Sistemas de Pago sigue trabajando en la mejora del sistema, en aspectos como una mejor aproximación al coste de la urgencia y del alta. Sin embargo y, de cara a futuro, los sistemas de pago deben encaminarse a la financiación de las necesidades de la ciudadanía ya la aportación de valor de la prestación. Durante años, la compra de servicios y los sistemas de pago han ido dirigidos a incentivar el incremento de la producción y la productividad, a fin de dar respuesta a un incremento de la presión asistencial derivada del incremento de cobertura (con la universalización de la asistencia) y el incremento de la presión asistencial derivado del incremento de población y de su envejecimiento. El reto actual no está tan dirigido a los costes de cada actividad y a la financiación de la provisión, sino a poner al ciudadano y sus necesidades en el centro, buscando sistemas de pago que faciliten el funcionamiento en red, y que se maximice el valor en términos de resultados que se aporta a los ciudadanos. En este sentido, ya se está trabajando en la asignación poblacional – para valorar los impactos de los sistemas de pago en la distribución de recursos desde la perspectiva de la ciudadanía- y en evolucionar los modelos de compra de servicios que estén basados en parámetros poblacionales de actividad esperada. Próximamente se pretende introducir una perspectiva más longitudinal sobre los procesos de atención y el impacto sobre los resultados en la población.

3- Reflexiones generales en relación con las consideraciones de naturaleza jurídica incorporadas en el informe.

En primer lugar, propondríamos una revisión conceptual de la estructura del informe de Sindicatura de Cuentas respecto a la comprensión actual de las empresas públicas y consorcios del sector público de la Generalidad (que desde los efectos de la entrada en vigor de la Ley de contratos del sector público ha evolucionado por influencia de la normativa y de la interpretación que se ha consolidado). Las EPIC que estatutariamente tienen como función la prestación de los servicios públicos de salud a la población vienen siendo consideradas por los diversos operadores del sistema (desde órganos de gestión, hasta órganos de control y las propias EPIC) como expresiones institucionalizadas de la propia administración sanitaria competente para llevar a cabo la prestación directa de los servicios de su competencia. Es decir, estas EPIC (participadas íntegramente o de forma mayoritaria por la Generalidad, pertenecientes a su sector público, incorporadas a su presupuesto, sujetas a sus normas de control, sectorizadas en su perímetro y adscritas al Servicio Catalán de la Salud) tienen la consideración de una fórmula de prestación directa por parte de la Administración de la Generalidad, en términos, eso sí de descentralización funcional. Ello permite (extremo que tampoco ha sido objeto de cuestionamiento) un tratamiento homogéneo (a nivel de instrumentos de encargo y tarifas aplicables) con las entidades proveedoras externas, que sí realizan la prestación de los servicios públicos de salud en términos indirectos. Esta combinación entre sistema de prestación directa y homogeneidad bajo una visión única de sistema tiene un fundamento legal en el régimen de autonomía de gestión (ya citado con anterioridad) recogido en el artículo 68 y siguientes de la Ley 7/2011, de 27 de julio. Permite, a su vez, una distinción objetiva con la regulación corporativa del Instituto Catalán de la Salud, empresa pública de la Generalidad que en este caso cuenta con su régimen legal específico, establecido en la Ley 8/2007, de 30 de julio.

Esta consideración se efectúa exclusivamente a efectos de situar la reflexión y las alegaciones en la propuesta de informe en un mismo plano.

En segundo lugar, entendemos que es de interés plantear una aproximación al asunto de la determinación de las contraprestaciones aplicables a la actividad encargada por el Servicio Catalán de la Salud desde una perspectiva formal: de sujeción a la correspondiente habilitación competencial para la determinación de las tarifas aplicable y de cumplimiento del principio de legalidad. Nos referimos a ello, de forma resumida, en los siguientes párrafos.

La primera consideración para efectuar es el ámbito competencial a la hora de establecer determinadas fórmulas de gestión indirecta y las correspondientes tarifas (dando por sentado que resultan aplicables al conjunto de entidades del sector público salud exceptuando el ICS). A tal efecto, el artículo 14.1 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, en las letras g) y k), recoge que son funciones del Consejo de Dirección del CatSalut, entre otros:

"g) Fijar los criterios generales, estableciendo y actualizando los acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de los recursos sanitarios públicos.

k) Proponer al Departamento de Sanidad y Seguridad Social los precios y tarifas por la prestación y la concertación de servicios, así como su modificación y revisión."

Respecto a la primera función, debe indicarse que el Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, mediante Acuerdo de 31 de enero de 2022, del cual se dio publicidad mediante la Resolución SLT/627/2022, de 4 de marzo (DOGC núm. 8624, de 11/03/2022) delegó determinadas funciones en la persona titular de la Dirección de esa institución. En concreto, por lo que afecta al objeto de esta valoración, delegó:

“1.1. El establecimiento, actualización y formalización de acuerdos, convenios, encargos de gestión y fórmulas de gestión integrada o compartida tanto para la prestación de servicios sanitarios como para programas de actuación, inversión y equipamientos, así como cualquier tipo de convenio de colaboración.

1.2. Proponer al Departamento de Salud los precios y las tarifas para la prestación y la concertación de servicios, así como su modificación y revisión, cuando concurran circunstancias de urgencia y los precios y las tarifas deban ser aprobados por la persona titular del Departamento de Salud.”

En correlación con las facultades de propuesta que la LOSC atribuye al Consejo de Dirección, el artículo 10 de la misma Ley establece que corresponde al Departamento de Salud “la aprobación de los precios y las tarifas por la prestación y la concertación de servicios, así como su modificación y revisión, sin perjuicio de la autonomía de gestión de los centros sanitarios.”

Estas previsiones se complementan con el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, que regula la contraprestación económica de los servicios objeto de encargos de gestión (título IV del Decreto). A tal efecto, el anexo de este Decreto define el encargo de gestión de servicios como “la actividad por la que el Servicio Catalán de la Salud encomienda a una entidad proveedora que preste, en un determinado ámbito territorial o subjetivo, determinados servicios a la ciudadanía que tenga derecho a la asistencia de cobertura pública, a cambio de una contraprestación económica”.

Los encargos de gestión se pueden formalizar jurídicamente mediante el establecimiento de convenios o contratos administrativos, según corresponda (artículo 13.1), de forma que se formalizan mediante convenio los que deben suscribirse con entidades titulares de centros de internamiento incluidas sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) (artículo 13.2 a)) y los que deban suscribirse con entidades que tengan la consideración de medio propio del Servicio Catalán de la Salud o del departamento competente en materia de salud (artículo 13.2 b)).

Por otra parte, el establecimiento de contratos administrativos se aplica a los encargos de gestión de servicios de ámbito no hospitalario, integrados en SISCAT y a los encargos de gestión de servicios que excepcionalmente deban prestar entidades proveedoras no incluidas en el SISCAT (art. 13.3).

Respecto a la contraprestación, tanto en la atención hospitalaria y especializada, como en la atención sociosanitaria, los artículos 48 y 62 del Decreto 118/2014 precitado establecen que deben establecerse anualmente mediante orden de la persona titular del departamento competente en materia de salud, a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, los correspondientes precios unitarios.

Entendemos que aportar el contexto jurídico al procedimiento de aprobación de la contraprestación contribuye a confirmar y visualizar que del conjunto del informe de Sindicatura no se aprecian contenidos o conclusiones que cuestionen la plena adaptación de los procedimientos utilizados durante el ejercicio revisado para la determinación de las contraprestaciones aplicadas por el Servicio Catalán de la Salud. Por tanto, tampoco se puede inferir incumplimiento alguno por parte de los órganos competentes, que en todo momento actúan de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes (dando respuesta a lo previsto y sin sobrepasar sus límites) tal y como han sido configuradas por los poderes públicos responsables de su aprobación.

II. ALEGACIONES ESPECÍFICAS A LOS CONTENIDOS DEL INFORME

El informe de Sindicatura de Cuentas se estructura en base a la evaluación de 5 objetivos principales:

1. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos es adecuado para promover las directrices y los objetivos establecidos en el Plan de salud de Cataluña?
2. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos con los diferentes proveedores se ajusta a la normativa y a criterios objetivos, uniformes y que respeten el principio de economía?
3. ¿La aplicación del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos compensa adecuadamente los servicios prestados por los proveedores?
4. ¿La aplicación del sistema de pago de la atención hospitalaria y especializada de agudos responde a las necesidades económicas y financieras de los proveedores?
5. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos está logrando los resultados que persigue el CatSalut?

Para facilitar la lectura y comprensión, las alegaciones siguen la misma estructura, refiriéndose a los objetivos y subapartados.

1. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos es adecuado para promover las directrices y los objetivos establecidos en el Plan de salud de Cataluña?

a. ¿Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la fijación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son coherentes con el Plan de salud de Cataluña?

Los objetivos que se quieren alcanzar mediante la fijación de precios de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos son coherentes con el Plan de salud.

El Plan de salud de Cataluña 2021-2025, aprobado por el Gobierno en diciembre de 2021, es el instrumento y marco de referencia para todas las actuaciones públicas en materia de salud en el ámbito de la Generalidad. Su objetivo es mejorar la salud y la

calidad de vida de la población. El plan actúa como la brújula del sistema de salud estableciendo los objetivos necesarios para su mejora. Tanto el objeto de contratación como la tarifa establecida o el modelo de sistema de pago buscan la implementación de los objetivos y acciones vinculadas al Plan de Salud y de los Planes directores, así como la eficiencia del sistema de salud

A título de ejemplo se anexó a la información facilitada, los planes y programas que han originado contrataciones específicas para su ejecución.

El sistema de pago de 2015 (de acuerdo con el decreto 118/2014) determinó la contratación de la atención de consultas externas mediante la creación de un programa para promover una atención ambulatoria más integral y resolutiva, y no basada en volumen de actividad y reiteración de visitas. Este importe se determina mayoritariamente en base a la población de referencia, cartera de servicios y porcentajes de penetración y atracción de cada centro.

Para promover la actividad quirúrgica mediante la Cirugía Mayor Ambulatoria se determina que esta actividad se contemple igual que un alta quirúrgica con ingreso, con igual tarifa. Igualmente se promueve la atención de hospitalización domiciliaria contemplando esta prestación igual que un alta hospitalaria, ya sea por acortamiento de estancia en el hospital o por evitación de ingreso convencional en el hospital. El incremento progresivo de la hospitalización a domicilio ha sido patente en los últimos 4 años.

Para promover alternativas a la hospitalización con atención ambulatoria, se establece la contratación de la actividad de hospital de día. Este es un dispositivo alternativo a la hospitalización convencional, Hoy en día está presente en todos los hospitales del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) y supone 1,18 millones de contactos con la población.

Para garantizar una atención oncológica de calidad, siguiendo las directrices del plan director de oncología, se considera necesario concentrar en un número limitado de centros la atención de determinados tumores de baja frecuencia, la atención durante las fases de la enfermedad en las que la atención es más compleja y, también, aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta especialización para garantizar una atención multidisciplinar, un adecuado grado de experiencia y la evaluación de los resultados clínicos. La concentración de servicios de alta especialización tiene por tanto como objetivos la mejora de la calidad y de los resultados clínicos, así como la eficiencia en la prestación de estos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En este sentido se definió una nueva actividad como procedimientos quirúrgicos de cirugía oncológica con una tarifa específica, dentro del ámbito de la alta complejidad.

Igualmente a fin de incorporar innovación y precisión diagnóstica, en esta misma línea oncológica con un nuevo enfoque de la medicina, se añade una nueva prestación en la que el objetivo es identificar las características moleculares específicas de un paciente o su enfermedad, para determinar el diagnóstico, pronóstico o tratamiento más adecuado para el paciente con cáncer. Este Programa de oncología de precisión se implementa para toda la población de Cataluña con la contratación de determinaciones que mediante paneles de alteraciones moleculares se aplican a los tumores sólidos, entre los que destacan el cáncer de pulmón, el de colon, el de mama y el de ovario, a las enfermedades hematológicas como leucemias, linfomas o mielomas, en los tumores pediátricos y en la línea germinal que está relacionada con tumores con

predisposición hereditaria. Cada una de estas 4 modalidades de determinaciones se contrata específicamente con su tarifa correspondiente. Estos avances en el campo de la medicina predictiva y personalizada son uno de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña.

Del mismo modo a fin de ordenar los servicios de cirugía de alta especialización del proceso de atención en enfermedades cardiovasculares, angiología, cirugía vascular y endovascular de alta y muy alta especialización, también se definen procedimientos específicos por ejemplo la cirugía mayor valvular, la cirugía mayor coronaria, el repuesto valvular aórtico percutáneo, procedimientos en la arteria carótida y otros precerebrales y los procedimientos de aneurismas de aorta abdominal.

El Plan de Salud, entre otros, establece al objetivo 3.8.32 reordenar el funcionamiento de la atención hospitalaria para atender la alta complejidad. Determina las necesidades de ordenar la atención hospitalaria en ejes territoriales, con la finalidad de abordar situaciones o problemas de salud para los que se requiera una experiencia, actividad y evidencia sólida, avanzar en la concentración de los servicios, desarrollar redes de cobertura más amplia, garantizar la provisión de una atención de calidad de manera uniforme en todo el territorio, garantizar la equidad en la alta tecnología y la innovación asistencial a todos los pacientes que la necesiten; por ejemplo, en procesos oncológicos, enfermedades minoritarias, entre otros. En esta línea y para darle respuesta, ha evolucionado la contratación de la alta complejidad en la atención hospitalaria. La implementación de los objetivos de mejora y ordenación de las actividades de alta complejidad se ha conseguido mediante la contratación de estas prestaciones de forma específica con el establecimiento de tarifas que contemplan el coste completo de la prestación y en ocasiones se acompañan de Instrucciones para su definición y ordenación.

De manera general, en el despliegue e implementación de las políticas de salud definidas en el Plan de Salud, se analizan las actuaciones a realizar para su ejecución y logro. Cuando es necesario definir una nueva prestación o actividad objeto de contrato, esta se concreta y describe, al tiempo que se determina el sistema de pago ya sea mediante la creación de una nueva tarifa o financiación mediante un programa de especial interés del Departamento de Salud.

Los ejemplos anteriores muestran la alineación entre las Directrices del Plan de Salud, los Planes directores y los Planes y Programas promovidos por el Departamento de salud con la contratación de las actividades relacionadas, para su implementación y ordenación, así como la definición de la tarifa o importe de contratación para garantizar su prestación, teniendo como objetivo final la respuesta a las necesidades de la población.

b. ¿Los objetivos del pago por resultados están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña?

Los objetivos del pago por resultados sí están relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña

La Contraprestación por Resultados (CPR) es un mecanismo que el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) establece con las diferentes entidades proveedoras del Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) con el fin de impulsar la mejora continua en las prestaciones de servicios incluidas en la Cartera de Servicios.

El CatSalut destina un importe para alcanzar unos resultados organizativos, clínicos y en salud establecidos como objetivos en el contrato (o convenio) de gestión de servicios, entre los centros SISCAT y el CatSalut, para incentivar así: la accesibilidad, la mejora de la calidad asistencial, la eficiencia de la prestación y la atención a la cronicidad y una óptima capacidad de resolución del sistema. En el ámbito de la atención hospitalaria la contraprestación por resultados vincula el pago del 5% del importe de la mayor parte de las actividades contratadas.

La orientación de la CPR, de acuerdo con el decreto 118/2014, se determina en base al Plan de salud de Cataluña y los Planes de Acción del CatSalut. También se ajusta al sistema de asignación territorial de recursos y de contratación vigente, formulándose mediante objetivos contractuales en las 4 líneas de atención: primaria y comunitaria, hospitalaria, atención intermedia (sociosanitario) y la salud mental y adicciones.

Por otra parte, los objetivos transversales, de aplicación a cada una de las líneas, afectan a más de un proveedor o línea asistencial, con el objetivo de fomentar las fórmulas de trabajo compartido y promover la coordinación e integración en la prestación de servicios, ya que para su consecución requieren del trabajo en red.

Para la selección y establecimiento de los objetivos, se sigue una metodología de trabajo rigurosa, con la participación de las unidades proponentes, la mayoría de ellas relacionadas con los Planes directores y planes y programas específicos resultantes de las directrices del plan de Salud de Cataluña.

Estos objetivos se basan principalmente en la atención a la cronicidad, accesibilidad y capacidad de resolución del sistema. El objetivo es incentivar la mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios, velando por promover e implementar los objetivos que determina el Plan de Salud.

Los objetivos del pago por resultados deben prever los sistemas de información y las diferentes dimensiones de la atención sanitaria, tales como la accesibilidad, la resolución, la coordinación/integración, la eficiencia, la seguridad y la satisfacción, con los indicadores establecidos por la Central de Resultado

A continuación a modo de ejemplo se detallan algunos de los objetivos de contraprestación de resultados del año 2022:

Objetivos del Servicio de Promoción de la Calidad y Bioética del Departamento de Salud y del Programa del Vinca

- Promover los objetivos de seguridad y bioética de los pacientes en los hospitales

- Promover la participación de los hospitales en el programa VinCat. VinCat es un programa del Servicio Catalán de la Salud que establece un sistema de vigilancia unificado de las infecciones relacionado con la atención sanitaria (IRAS) en los centros de salud de Cataluña. Parte de los objetivos están alineados con el objetivo del eje 5 del Plan de Salud relacionado con la resistencia microbiana. El abuso y mal uso de tratamientos antibióticos, tanto en el ámbito asistencial como en la producción agropecuaria, genera resistencias a los antimicrobianos en las personas y animales. Ello comporta que se alarguen y agraven las infecciones y que se facilite su transmisión. Además, supone la necesidad de buscar nuevos fármacos para tratar las enfermedades

causadas por microorganismos multirresistentes. El crecimiento de la biorresistencia supone un gran peligro por la facilidad de mutación, multiplicación y propagación de microbios, con el consiguiente riesgo de nuevas enfermedades y de pandemia.

- Disponer de equipos de control de la infección hospitalaria
- Alcanzar un determinado grado de cobertura de identificación inequívoca de pacientes

Objetivos del área del medicamento

Alcanzar un índice de calidad en la prescripción farmacéutica de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria

Objetivos Programa Enfermedades Minoritarias

- Potenciar las redes de unidades de experiencia clínica en enfermedades minoritarias. Promover el despliegue y el buen funcionamiento de las Unidades de experiencia clínica (objetivo 3.8.32 del Plan de Salud)
- Incentivar las funciones del gestor de caso, que incluye la coordinación de la transición de pacientes al llegar a la edad adulta, en cada una de las unidades de experiencia clínica (UEC) de enfermedades minoritarias del centro.
- Fomentar la declaración de casos en el Registro de Enfermedades Minoritarias (REMIN) por parte en las Unidades de Experiencia Clínica (UEC) en enfermedades minoritarias que forman parte de las diferentes XUEC:
 - XUEC de hemofilia y coagulopatías congénitas (XUEC-HTC)
 - XUEC de Enfermedades metabólicas hereditarias (XUEC-Metab)
 - XUEC de Enfermedades renales (XUEC-Renales)
 - XUEC de Enfermedades neuromusculares (XUECNMD)
 - XUEC de Enfermedades inmunitarias: área de inmunodeficiencias primarias (XUEC-IDP)
 - XUEC de Enfermedades inmunitarias: área de enfermedades autoinflamatorias (XUEC-AI).
 - XUEC de Enfermedades inmunitarias: área de enfermedades autoinmunes sistémicas (XUEC-AIS)

Objetivos Plan directores Enfermedades Cerebrovasculares

Mejora de la resolución, accesibilidad y resultados en salud:

- Conseguir que en un porcentaje mínimo de pacientes con IAMEST que lleguen por sus propios medios a un hospital de referencia del código infarto, el tiempo porta-balón en el tratamiento del infarto agudo de miocardio sea igual o inferior a 60 minutos. (CÓDIGO IAM)
- Conseguir que en los pacientes con ictus agudo tratados con trombólisis endovenosa (TIV), el tiempo desde la admisión en el centro donde se administra el tratamiento hasta el inicio del tratamiento sea menor de 30 minutos en los centros con mayor experiencia y menor de 40 minutos en los centros de menor volumen. (CÓDIGO ICTUS)

- Conseguir que la mediana del tiempo puerta - punción en los pacientes con diagnóstico de ictus isquémico/infarto cerebral y obstrucción de gran vaso sometidos a tratamiento endovascular sea menor o igual a 70 minutos. (CÓDIGO ICTUS)
- Mejora de sistemas de información y registros: Conseguir que la información de un determinado porcentaje mínimo de casos atendidos por código IAM esté introducida en el registro del código IAM en los 30 días posteriores a la activación (CÓDIGO IAM)
- Valoración de la fragilidad: Conseguir que la totalidad de pacientes con implante de TAVI hayan sido valorados de fragilidad antes de la intervención
- Conseguir que en los pacientes con ictus agudo atendidos en centros sin capacidad para realizar tratamiento endovascular y que requieren un traslado secundario hacia un Centro Terciario, el tiempo desde la admisión hasta la salida en el primer centro de ictus (tiempo DIDO: Door in-Door out) sea menor de 75 minutos. (CÓDIGO ICTUS)
- Conseguir que en los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST atendidos en centros sin capacidad para realizar intervención hemodinámica y que requieren un traslado secundario hacia un Centro de referencia del Código IAM, el tiempo desde la admisión hasta la salida del SEM desde este hospital hacia el hospital referente del código IAM (tiempo DIDO: Door in-Door out) sea menor o igual a 30 minutos (CÓDIGO IAM).

Todos ellos son objetivos que contribuyen a la mejora de la supervivencia y mejora de la calidad de vida de las personas tratadas.

Objetivos del Plan Nacional de Atención a las Urgencias (PLANUC)

- Disminuir el tiempo de transfer de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias
- Mejorar la accesibilidad, con objetivos de reducción del tiempo de espera por el ingreso en hospitalización Convencional de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias
- Disminuir el tiempo de permanencia en urgencias de pacientes con nivel MAT III dados de alta a domicilio o residencia social atendidos en el servicio de urgencias.

Objetivos del Área Asistencial y/o Región Sanitaria

- Accesibilidad: Disminuir la mediana del porcentaje de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos oncológicos para mejorar la accesibilidad
- Cribado: Porcentaje de bebés nacidos en el año 2022 que han sido registrados, antes del día 31/03/2023, en el registro de cribado de la hipoacusia.

Objetivos de la Organización Catalana de Trasplante (OCATT)

Conseguir incrementar el porcentaje de donantes de órganos en relación con el número de éxitos para garantizar la sostenibilidad del trasplante.

La mayoría de los objetivos buscan mejorar los resultados en salud y el bienestar de la población. Como puede observarse, las principales dimensiones de mejora son:

Accesibilidad: Mejorar la accesibilidad en los servicios de salud para toda la población.

Calidad asistencial: Aumentar la calidad de la atención sanitaria proporcionada a los pacientes.

Eficiencia en la prestación de servicios: Optimizar los recursos disponibles para ofrecer una atención sanitaria eficiente.

Atención a la cronicidad: Mejorar la atención a personas con enfermedades crónicas para garantizar una mejor calidad de vida.

Capacidad de resolución del sistema: Aumentar la capacidad del sistema sanitario para resolver los problemas de salud de forma efectiva.

Todas ellas vinculadas a los ejes estratégicos del Plan de Salud de Cataluña

c. ¿La relación de servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarca adecuadamente en los objetivos estratégicos establecidos por el Departamento de Salud?

El sistema de pago de la asistencia hospitalaria y especializada, cuando es necesario y aparte de los ámbitos que se refieren a actividad, incorpora las siguientes prestaciones específicas:

- a) Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad.
- b) Actividades que sea necesario implementar derivadas del Plan de salud de Cataluña y del resto de criterios de política sanitaria.

En este sentido, cada uno de los Servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se enmarcan adecuadamente en los objetivos establecidos por el Departamento de Salud. Y su contratación, permite garantizar la adecuada provisión de la prestación.

A continuación se adjunta a título de ejemplo, una relación de los programas de especial interés del Departamento de Salud que se contratan y su correlación con el Programa de Salud que lo determina:

PROGRAMES ESPECIAL INTERES DEL DEPARTAMENT DE SALUT	OBJECTIUS DEPARTAMENT DE SALUT	ENLLAÇ DE REFERENCIA
Absorció d'urgències - Urgències extrahospitalàries	Pla nacional d'urgències de Catalunya	https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planur/index.html
Alcoholisme	Pla de Salut. Programa de prevenció i tractament de l'alcoholisme.	
Atenció a la dona	Programa Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva	https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-afectiva-sexual-reproductiva/index.html
Càmbra hiperbàrica	Programa específic referent per Catalunya	
ConSELL genètic	Programa Consell Genetic	https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/detectio-preco/consell-genetic/index.html
Cribatge càncer de mama	Programa Cribatge de Càncer de Mama	https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/detectio-preco/programes/mama/
Cribatge neonatal	Implantació del Protocol de cribatge prenatal d'anomalies congènites a Catalunya, segona edició	https://catsalut.gencat.cat/web/.content/ministe/catsalut/provedors_professionals/normatives_instruccions/2021/instruccio-01-2021-diagnostic-prenatal-anomalies-congenites-segona-edicio-22-1-2021.pdf
Drogodependències	Implantació del Protocol de cribatge prenatal d'anomalies congènites a Catalunya, segona edició (03/2021)	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5569
Pla oncològic de Catalunya	Pla de salut mental i addicions	https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addicions/pla-director-psdmia/index.html
Pla oncològic de Catalunya	Programa de prevenció, control i epidemiologia oncològica.	https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies-eines-planificacio/pla-director-oncologia/index.html
Prevenció i cribatge del càncer ginecològic	Pla contra el càncer de Catalunya 2022-2026	https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies-eines-planificacio/pla-director-oncologia/index.html
Prevenció precoç del càncer de colòn i recte	Programa Cribatge de Càncer de Cèrvix	https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/detectio-preco/programes/coll-uteri/
Programa especial de segona opinió	Programa Cribatge de Càncer de Colòn	https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/detectio-preco/programes/colon-recte/
Registre de tumors	DECRET 125/2007, de 5 de juny, pel qual es regula l'exercici del dret a obtenir una segona opinió mèdica.	https://dog.gencat.cat/ca/document-del-dog/?documentId=444619
Laboratori d'histocompatibilitat	Registre de Càncer a Catalunya	https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/cancer/recursos-professionals/estadistiques/registre/
Unitat de prevenció, control i epidemiologia oncològica	Centre de referència per Catalunya	https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/linies-eines-planificacio/pla-director-oncologia/index.html
Unitat d'hemofilia	Pla director Oncologia	
Unitat de cremats	Unitats de referència per Catalunya	
Unitat funcional de la Sida	Centre de referència per Catalunya	
Urgències d'hivern	Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2021-2030	https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/vih-sida-its-hiv/sih-sida/2130/
Vacunacions d'adults	Pla nacional d'urgències de Catalunya	https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/planur/index.html
Programa de criopreservació de gàmetes	Centre de referència per Catalunya. Pla de Salut	https://canalsalut.gencat.cat/ca/details/article/reproduccio-assistida-00002
Síndrome de sensibilització central	Reproducció Humana Assistida	
Tractament mèdic de l'identitat de gènere	Pla operatiu d'atenció a les persones afectades per les síndromes de sensibilització central: fibromialgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome de sensibilitat química múltiple	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5634
Malalties minoritàries en edat pediàtrica	Unitat integrada de referència	
Servells d'atenció pal·liativa pediàtrica integral (SAPPi)	Model d'atenció de les malalties minoritàries a Catalunya	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11435
PASCE (att alumnat necessitata especials de salut als C tres Educatius)	Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6120
	Atenció a les necessitats especials de salut d'infants i de joves en l'entorn educatiu	https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/11397

2. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos con los diferentes proveedores se ajusta a la normativa y a criterios objetivos, uniformes y que respeten el principio de economía?

a. ¿La contratación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por cuenta del CatSalut se articuló de acuerdo con lo establecido en la normativa?

Enlazando con el contexto normativo expuesto al final del punto 3 de las presentes alegaciones (relativo a las reflexiones generales), debe ponerse de relieve que los precios unitarios y demás factores que definen la contraprestación económica de los servicios objeto de encargos de gestión ha sido siempre determinada de acuerdo con estas normas, es decir, a propuesta del Consejo de Dirección del CatSalut y con las correspondientes órdenes, en lo que se refiere a los precios unitarios, o resoluciones, en lo que respecta al resto de factores, de la persona titular del departamento competente en materia de salud.

La determinación de las contraprestaciones con cargo al CatSalut para el ejercicio 2022 (tarifas que posteriormente se aplican a los respectivos instrumentos de encargo de actividad con cada entidad proveedora en virtud de la actividad concretada en función de sus correspondientes cláusulas adicionales) se produce, pues, dando es-

tricto cumplimiento al procedimiento normativo establecido con ese objeto. Son los órganos competentes identificados por la normativa aplicable los que establecen las tarifas bajo las condiciones previstas en esta misma normativa. No nos consta (por lo menos no lo hemos identificado) ningún contenido del informe de Sindicatura que cuestione la sistemática de aprobación de las tarifas. Destacamos, en consecuencia, que su aprobación se sujeta al principio de legalidad. Es decir, son los órganos competentes (del Servicio Catalán de la Salud y del Departamento de Salud) quienes las determinan. En un plano jurídico, pues, sus actos no son cuestionables (ni arbitrarios o discrecionales): 1- son competentes / 2- cumplen el procedimiento 3- cumplen los preceptos que vienen determinados en la normativa, mediante el Decreto 118/2014 (al menos no nos consta que en el informe se identifique ninguna contradicción directa con la norma general reguladora en este sentido). Por otra parte, y no es menos importante, es necesario tener en cuenta la perspectiva de fondo. La realidad del modelo organizativo del sistema público de salud en Cataluña no es reciente. Por el contrario, obedece a una lenta evolución que se remonta a 1985 (momento de creación de la Red hospitalaria de Utilización Pública, XHUP) y a una dinámica de relación con las entidades proveedoras (públicas y privadas) que constituye, en sí misma, una variable relevante en la configuración histórica de las contraprestaciones (que necesariamente no pueden dejar de tomar como referencia las que las preceden). En resumen, en cuanto a este punto (también tratado en el apartado de reflexiones generales), la configuración de las tarifas obedece a una lógica estructural, vinculada a la propia concepción del sistema público de salud en términos de continuidad y estabilidad. Sobre todo, hay que remarcar que la configuración de las tarifas en todo momento se sujeta al principio de legalidad, y en ningún extremo del informe ni eso ni que su determinación para el ejercicio revisado no se haya aprobado por los órganos competentes para ello es objeto de cuestionamiento. Hay que añadir que, además, tomando en consideración la normativa literal (Decreto 118/2014) y la realidad de continuidad del sistema público de salud, existen argumentos de fondo que explican esta configuración en términos que nos alejan de una acción arbitraria (o no justificada).

Valoración sobre las conclusiones en relación con el cumplimiento de la normativa.

El borrador de informe de la Sindicatura, en el apartado conclusiones indica que:

- Las prestaciones sanitarias por parte de los proveedores concertados en 2022 no tendrían amparo legal en ningún acto o negocio jurídico, dado que se han articulado mediante prórrogas que constitúan actos nulos de pleno derecho.

El borrador de informe de la Sindicatura entiende que el encargo de gestión de servicios hospitalarios a las entidades proveedoras concertadas por parte del CatSalut se formalizó mediante convenios, tal y como establece la normativa, pero que la formalización de las prórrogas de estos convenios se hizo fuera del plazo de vigencia del convenio o una vez finalizada la prórroga anterior. Ello comporta la extinción del convenio por inexistencia de prórroga expresa formalizada antes de finalizar el plazo de duración del convenio.

A su entender, su consecuencia sería estar ante un supuesto de nulidad de pleno derecho, como en el caso de una contratación prescindiendo total y absolutamente del procedimiento, de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas. En consecuencia, las presta-

ciones sanitarias que se realizaron no tendrían amparo legal en ningún acto o negocio jurídico.

- En el caso del ICS, las prestaciones realizadas por cuenta del CatSalut no cuentan con el instrumento jurídico previsto en la normativa, el contrato programa entre el ICS y el CatSalut, y han sido objeto de prórroga anual bajo supuestos que constituyen una causa de anulabilidad.

Las prestaciones por parte de las entidades proveedoras que cumplen los requisitos para ser medio propio del CatSalut deberían haberse retribuido a través de unas tarifas para cada una de las líneas asistenciales, en función de los costes reales de las actividades encargadas, en cumplimiento del texto refundido de la Ley de contratos del sector público.

A continuación valoramos estas tres observaciones:

- **La prórroga de los convenios durante 2022**

Debe indicarse que el literal de la disposición transitoria primera de la Ley 5/2020, de 29 de abril, de medidas fiscales, financieras, administrativas y del sector público y de creación del impuesto sobre las instalaciones que inciden en el medio ambiente, indica:

“2. Hasta la entrada en vigor de la ley reguladora de las formas de gestión no contractuales en materia de salud, se mantienen los actuales convenios, contratos y conciertos para la provisión de servicios sanitarios de internamiento, de atención primaria, de atención sociosanitaria, de atención a la salud mental y de atención a las drogodependencias.”

Esta disposición transitoria trae su causa en la disposición final segunda de la misma Ley, que establece la revisión del marco legal regulador de las formas de gestión no contractuales en materia de prestación de servicios sociales y sanitarios, indicando expresamente que “el Gobierno debe aprobar, en el plazo de dos años, un proyecto de ley para establecer el marco regulador de la gestión concertada de naturaleza contractual para la prestación de servicios sanitarios”. Por tanto, la finalidad clara y explícitada en su momento era evitar que mientras se tramitaba esta nueva ley se pudieran establecer nuevos convenios que, de acuerdo con la normativa vigente podrían tener una duración máxima de 10 años, con lo que se retrasaría la aplicación de la nueva ley hasta la finalización de estos convenios.

Se debe recalcar que esta medida no ha sido un caso aislado y ya se han aplicado previsiones análogas en otros supuestos de modificación del régimen de contratación. En este sentido, la disposición adicional tercera del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud estableció que los contratos suscritos por el Servicio Catalán de la Salud para la prestación de determinados servicios sanitarios se prorrogaban hasta que se suscribieran los nuevos contratos de acuerdo con el procedimiento establecido en este Decreto. Estas prórrogas, de acuerdo con el mismo literal de las normas que las establecieron, no preveían la facultad para que el órgano de contratación pudiera decidir si debían prorrogarse o no (lo que hubiera requerido un acto administrativo), sino que establecían una prórroga automática

“ope legis”, es decir, que el mandato viene determinado directamente por la ley y tiene una efectividad directa.

Las prórrogas, con carácter general, pueden responder a un acuerdo de las partes o a una decisión unilateral de una parte (en determinadas circunstancias como prerrogativa de la administración contratante). Sin embargo, en este caso, lo que establece la Ley es una prórroga forzosa por ambas partes (las entidades proveedoras y el CatSalut), mientras no se apruebe una nueva disposición con rango de Ley que debe regular la acción concertada, de modo que modificará el escenario jurídico de contratación en el que se habían establecido los convenios automáticamente prorrogados.

Debe añadirse que esta interpretación de la prórroga forzosa establecida por aplicación directa de la Ley ha sido asumida sin reservas por las entidades proveedoras y el CatSalut.

De acuerdo con ello, las cláusulas adicionales suscritas en 2022 no tienen como finalidad formalizar la prórroga de estos convenios, porque ya estaban prorrogados automáticamente por la Ley, sino que su finalidad es dar cumplimiento al artículo 16 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, que establece que la atención objeto del encargo de gestión debe ajustarse, dentro de los parámetros generales establecidos previamente, a las necesidades asistenciales de la población, la accesibilidad a los servicios y la resolución esperada, mediante la suscripción de cláusulas adicionales a los respectivos convenios o contratos. Debe indicarse que nuestro ordenamiento jurídico, en otros ámbitos, ya ha recogido prórrogas forzosas de determinados contratos, que operan directamente, sin que deba establecerse un consentimiento por las partes del contrato. Así por ejemplo, la actual redacción del artículo 29/1994, de 24 de noviembre, de arrendamientos urbanos, establece una prórroga forzosa para los contratos de duración inferior a cinco años o siete años, si el arrendador es una persona jurídica, de acuerdo con la que estos se prorrogan hasta la duración mínima referida.

En conclusión, los convenios y contratos de encargo de actividad asistencial se mantienen vigentes debido a la aplicación de una ley que así lo prevé de forma expresa: como efecto de la disposición transitoria primera de la precitada Ley 5/2020 (no por la suscripción de las cláusulas adicionales); por tanto, sería inexacta la conclusión sobre que la formalización de las prórrogas de estos convenios se hizo fuera del plazo de vigencia del convenio o una vez finalizada la prórroga anterior. El sentido de la ley (lo hemos reproducido) está claro: “se mantienen los actuales convenios, contratos y conciertos”. También lo es la duración de esta previsión: “hasta la entrada en vigor de la nueva ley reguladora de las fórmulas de gestión no contractuales”. Al respecto, hay que informar que el Gobierno, en sesión de 18 de febrero de 2025, aprobó la memoria preliminar del Anteproyecto de ley de los instrumentos de provisión del sistema público de servicios sanitarios” (tanto el Servicio Catalán de la Salud, que aprobó la tramitación en su Consejo de Dirección, como el Gobierno de la Generalitat, están trabajando proactivamente para cumplir el mandato legal). La noción de extemporaneidad sostenida en el informe, pues (como la conclusión de una supuesta situación de nulidad de pleno derecho) de las cláusulas adicionales, entraría en contradicción directa con una norma vigente de nuestro ordenamiento (que el legislador adoptó ante circunstancias de hecho propias de la ordenación del modelo asistencial del sistema público de salud que,

a su criterio, lo requerían). Esta disposición legal, precisamente, se orienta a evitar la citada extemporaneidad y prescindir de ella comprometería el principio de legalidad.

Por último, la propia noción de extemporaneidad viene relativizada por el posicionamiento del Gobierno que, periódicamente a inicios de cada ejercicio, aprueba la medida de realizar el pago a cuenta de la actividad asistencial prestada por cuenta del Servicio Catalán de la Salud con un Acuerdo expreso con este objeto (también durante el ejercicio sometido a examen).

No discutimos que una posible acción de mejora consista en avanzar la suscripción de las cláusulas adicionales con la mayor anticipación posible (en este sentido se pronuncia el informe). Pero sí parece objetable, bajo criterios objetivos, que en el actual contexto y en una dinámica asentada (y compleja por la multiplicidad de agentes) de la organización de los servicios públicos de salud en el modelo sanitario catalán (fruto de la evolución legal que se inicia con la Ley 14/1986, general de sanidad básica- y la Ley 15/1990, de ordenación sanitaria de Cataluña), sobre la que sobrevenidamente operan diferentes regulaciones (en especial a partir de las directivas de contratación pública) pueda interpretarse una problemática “grave” de incumplimiento de legalidad. Cuando precisamente tanto el Parlamento (DT 1era Ley 5/2020) como el Gobierno (Acuerdos de pago a cuenta) toman medidas proactivas para evitar esta interpretación.

- La exigibilidad jurídica del contrato programa del ICS

Efectivamente, la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, en su artículo 14.1 estableció que *“la prestación de servicios del Instituto Catalán de la Salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud se articula mediante un contrato programa suscrito por ambas entidades, con la aprobación previa del Gobierno, a propuesta conjunta de los departamentos competentes en materia de salud y economía y finanzas, y de acuerdo con la normativa aplicable al sector público de la Generalitat”*.

Debe indicarse que la precitada Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud, no estableció un plazo para hacer efectivo ese mandato ni tampoco estableció ninguna consecuencia para su eventual incumplimiento. Ciertamente existe un mandato expreso para su suscripción pero, a su vez, no contempla efectos ante la inacción que se ha acabado produciendo (cuando la misma disposición legal podría haberlo hecho en caso de considerarlo conveniente). Y este factor tiene una relevancia jurídica en sí mismo porque, en la medida en que la ley no las prevé, no pueden deducirse. Los efectos de la no suscripción del contrato programa, pues, deben situarse en una dimensión no jurídica (como en muchos otros casos donde se produce esta situación). Igualmente, este escenario no afecta al cumplimiento de los servicios propios del ICS en el marco del sistema público de salud (que desarrolla en función de su régimen legal y sus Estatutos). En otros apartados de este informe se comentan las circunstancias de fondos que explican la no suscripción del contrato programa. Por otra parte la propia Ley sí define su contenido mínimo en el artículo 14.3:

“a) La relación de servicios y actividades que debe prestar el Instituto Catalán de la Salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud, la evaluación económica correspondiente, los recursos con relación a los sistemas de compra y de pago vigentes, los objetivos y la financiación. En esta relación, deben constar los diversos centros, servicios y establecimientos del Instituto.

b) Los requisitos y condiciones en que deben prestarse los servicios y las actividades.

c) Los objetivos, resultados esperados, mecanismos para evaluar los objetivos y resultados efectivamente alcanzados, los indicadores y el marco de responsabilidad del Instituto Catalán de la Salud.

d) El plazo de vigencia, en caso de que sea inferior al máximo establecido por este apartado.

e) Las facultades de seguimiento que corresponden al Servicio Catalán de la Salud para el efectivo cumplimiento del contrato programa.”

La mayoría de estos ítems sí son de referencia constante en las relaciones entre el Servicio Catalán de la Salud y el ICS como entidad proveedora directa de estos servicios. En definitiva, el ICS desde su creación es un instrumento de prestación directa de los servicios públicos de salud y este rol no está cuestionado por la ausencia del contrato programa (de un alcance práctico formal). Su financiación se realiza vía transferencia con cargo a los presupuestos de la Generalidad de Cataluña. Por tanto, mediante un apoyo legal inmediato, público y transparente. La apreciación de una anomalía administrativa (no cumplir un mandato legal sin efecto previsto alguno en caso de incumplimiento, debido a dificultades técnicas objetivas –complejidad intrínseca al sistema que se comenta en este mismo informe-) tiene, pues, un alcance formal. Porque a nivel de fondo, no se discute (el informe tampoco lo hace) el cumplimiento de las funciones legales de prestación de servicios conferidas al ICS. Por otra parte, la ausencia del contrato programa no repercute en una falta de control económico o financiero (que viene igualmente regulado por la normativa de finanzas públicas que le resulta de aplicación). Así pues, del conjunto de estos factores no parece desprenderse (tampoco nos consta que se citen en el informe) ningún posible daño a las finanzas públicas, ni ninguna dedicación de recursos a tareas impropias de las atribuidas legalmente al ICS. Ni en consecuencia ningún “incumplimiento grave de la legalidad” (en tanto la propia ley no le atribuye consecuencias).

- **Sistema de tarifas de las entidades que son medio propio.**

Como consecuencia de la necesidad de adaptar los medios propios de la Administración de la Generalidad y de su sector público a los nuevos requerimientos legales (producto de las directivas europeas 2014/23/UE y 2014/24/UE, así como de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, por la que son objeto de transposición al ordenamiento jurídico español, la Oficina de Racionalización del Sector Público del Departamento de Gobernación, Administraciones Públicas y Vivienda, como órgano competente para la definición y propuesta de los modelos organizativos de la Generalidad (art. 38 a y e del Decreto 262/2016, de 7 de julio, de reestructuración del Departamento de Gobernación y Relaciones Institucionales) consideró oportuno poner en marcha un Grupo de trabajo sobre medios propios. El objetivo del Grupo de trabajo era la revisión de la situación de las entidades que formalmente figuran como medios propios de la Generalitat, para comprobar si reúnen los requisitos de la LCSP y establecer criterios y recomendaciones tanto respecto de la adaptación de aquellas entidades que continuarán siendo medio propio, como en relación con aquellas que tendrán que dejar de actuar como tales y, en este caso establecer los mecanismos de relación y cooperación ajustados al nuevo marco legal.

De acuerdo con ello se constituyó el 29 de junio de 2018 un Grupo de Trabajo transversal sobre medios propios del ámbito de la salud, en el que actúa como presidenta la jefa de la Oficina de Racionalización del Sector Público y como secretario el analista evaluador del Sector Público, que concluyó que las entidades que figuran como no medio propio en el cuadro del apartado III de este escrito, responden a una voluntad de auto organización como fórmula de descentralización funcional y no a meros fines instrumentales, por lo que el mecanismo jurídico de instrumentar las relaciones entre el poder adjudicador por cuya cuenta actúan y las entidades que materialmente dispensan los servicios no son las correspondientes a los medios propios (MPP).

En aplicación de este criterio, ninguna de las entidades del sector público salud que prestan la actividad asistencial a los usuarios del sistema público de salud por cuenta del Servicio Catalán de la Salud reúne las características para ser considerada MPP y, de acuerdo con este criterio, se las considera entidades a través de las cuales la administración sanitaria presta directamente los servicios públicos que le corresponden en términos de descentralización funcional. Por tanto, en virtud de este posicionamiento y de la normativa vigente en materia de encargo de actividad asistencial, siguen sujetos al mismo modelo de relación determinado por el Decreto 118/2014 a nivel de contraprestación.

b. ;El establecimiento de los convenios con las diferentes entidades proveedoras concertadas responde a un criterio objetivo y uniforme?

El establecimiento de los convenios responde al criterio de mayor eficiencia, tanto desde el punto de vista asistencial como económico. Esto hace que en caso de que una entidad proveedora gestione diferentes unidades proveedoras se pueda unificar el contrato para hacer posible la economía de escala y transversalidad para poder gestionar la diversidad de estructuras.

La distribución territorial de las diferentes estructuras que gestiona una misma entidad también constituye un criterio determinante a la hora de establecer una contratación conjunta, y determina el hecho de que un mismo contrato pueda englobar a más de un centro.

Ejemplo H. Clínic con Plató:

El nuevo contrato del Hospital Clínic con Plató supuso una modificación de los criterios asistenciales y una reordenación de toda la cartera de servicios para dar una mejor respuesta a la ciudadanía. La integración de ambos centros comporta una reordenación de toda la actividad del centro, adecuando las altas y reduciendo los casos de hospital de día y de clínica del dolor.

Aunque se producía un incremento de precio de estructura, el precio de casuística se redujo. El impacto del precio de estructura se financia con la adecuación de las actividades de contrato mencionadas y una disminución de la cláusula específica, siendo el impacto final neutro y por tanto no supuso un incremento de financiación por parte del CatSalut al Hospital Clínic.

La fusión de contratación a único contrato al Hospital Clínic se produjo el 14 de enero de 2021. En 2020 se contrató el Hospital Plató del 1 de enero al 13 de enero. A partir del 14 de enero la contratación fue únicamente al Hospital Clínic.

La contratación del Hospital Plató de continuidad 202 a21, por valor de 38,8M€, se periodificó reconociendo la contratación a Hospital Plató los 13 primeros días de enero y el resto (37,9M€) se hizo cambio de partida al Hospital Clínic. El cambio de partida tuvo un efecto neutro (0€)

En la siguiente tabla se detallan los movimientos de contratación de ambos hospitales:

Unitat Proveïdora	Contractació 2020	Recurredes 2021	Continuïtat 2021 amb recurredes	Canvis de partida (CP)	Continuïtat 2021 a preus 2020 BASE 21
Hospital Plató fins 13 de gener 2021	38.828.475,82	49.700,83	38.878.176,65	-37.912.242,08	965.934,57
Hospital Clínic de Barcelona fins 13 de gener 2021	374.683.101,71	4.260.281,97	378.943.383,68	-368.838.081,28	10.105.302,40
Hospital Clínic de Barcelona a partir del 14 de gener 2021				406.750.323,36	406.750.323,36
TOTAL	413.511.577,53	4.309.982,80	417.821.560,33	0,00	417.821.560,33

c. Los servicios, dispositivos y programas específicos de reconocida necesidad se asignaron entre los diferentes proveedores concertados utilizando criterios objetivos que garantizaran su idoneidad?

En cada uno de los programas de especial interés se realiza un cálculo previo de la asignación con criterios objetivos que pueden ser:

- Habitantes del área de gestión y porcentaje de habitantes que serán objeto de la atención, por ejemplo: o todos los programas de cribado de cáncer o el programa de atención a la mujer
 - el programa de síndrome de sensibilización central
- Número de casos a atender: se aplica un porcentaje a los centros en función de si son referentes de zona. Este sería el caso del programa de prevención de la infección por VIH que se incluye dentro del Programa de la Unidad funcional del sida.
- Número de escuelas y alumnos a atender es el criterio utilizado para calcular la asignación del programa de atención al alumnado con necesidades especiales en las escuelas (PASCE)
- Otros programas se asignan en función del cálculo de necesidades en recursos: o según las características de cada hospital y su cartera de servicios. Hospitales que por sus características requieren una contratación complementaria para absorber una determinada actividad con garantías de calidad, no solo por el área de referencia sino también por otras áreas que debe apoyar garantizando coordinación territorial y una prestación adecuada de las características y necesidades poblacional (ejemplo: el programa de absorción de urgencias).
 - Otros programas se calculan haciendo estimación de los recursos humanos necesarios para dar respuesta a los objetivos asistenciales o que faciliten la integración de la atención sanitaria especializada y comunitaria para alcanzar los objetivos estratégicos que solicita el Departamento de Salud. Estas acciones propician la generación de fórmulas organizativas y asistenciales que

faciliten el abordaje terapéutico de los problemas de salud en forma coordinada tanto entre los distintos tipos de servicios comunitarios, hospitalarios, sociosanitarios y de salud mental, como a nivel de ámbito territorial, en un contexto de eficiencia en la utilización de recursos (por ejemplo: programa complementario programa de alianzas territoriales, programa de coordinación entre líneas).

3. ¿La aplicación del sistema de contraprestación de la atención hospitalaria y especializada de agudos compensa adecuadamente los servicios prestados por los proveedores?

La eficacia del sistema de pago en relación con el sistema de compensación de los costes de los proveedores se analiza en relación con 3 tipologías de actividad específicas. Tal y como se refiere en el apartado de reflexiones generales, el sistema de pago tiene una concepción de presupuesto global en la que se da protagonismo a la compra de servicios. El Decreto 118/2014, de 5 de agosto, no hace referencia explícita a la necesidad de que cada una de las contraprestaciones que se determine deba estar basada y deba reflejar los costes de la entidad, sino que hace referencia a la necesidad de dar respuesta a las necesidades de la población de cada territorio. El análisis por tipología de actividad no es quizás pues el más adecuado. Sin embargo y con el fin de aclarar algunos de los conceptos, se abordan cada una de las cuestiones presentadas.

a. ¿El sistema de determinación del nivel de estructura refleja de forma apropiada las diferencias estructurales entre los proveedores?

Las diferencias estructurales de los proveedores vienen determinadas en gran medida por la cartera de servicios de los proveedores. Los hospitales con mayores estructuras, con más camas, más quirófanos, y determinados servicios quirúrgicos, y que disponen de actividad docente son los más complejos. Estas variables actúan como proxy de la complejidad. Cabe decir que desde la aprobación del Decreto en 2014, se ha desarrollado en gran medida la compra de servicios específica de las actividades de terciarismo, siendo el precio de estas actividades determinado con metodología de full costing.

En 2024 se ha aprobado un incremento del precio del IRE de los niveles 1 a 4, dado que una parte del peso de la alta complejidad ya contiene este sobrecoste estructural. Asimismo, desde la Comisión de Sistemas de Pago se está trabajando en el desarrollo de un índice de complejidad estructural para la urgencia.

b. ¿El cálculo de los indicadores de complejidad refleja de forma adecuada la casuística atendida por los proveedores?

La Sindicatura de Cuentas cuestiona la utilización de los pesos americanos y basa esta valoración comparando los pesos del IRR utilizados en el sistema de pago en el índice de casuística calculado por el Ministerio. Desde este punto de vista metodológico, una primera consideración a realizar es que en ambos casos se trata de índices relativos, es decir, compara el conjunto de altas de cada subconjunto – altas médicas, quirúrgicas y obstétricas– desde el punto de vista de los pesos APR de los GRD de cada subconjunto con el peso de la globalidad. La consideración de alta médica, quirúrgica y obstétrica en el sistema de pago analizado no está exenta de consideraciones relacionadas con la compra de servicios. Así, determinados procedimientos médicos de alta complejidad como las ventilaciones mecánicas a efectos de la agrupación catalana tienen consideración de alta quirúrgica, aunque a todos los efectos no lo son. Asimismo, determinados

procedimientos quirúrgicos practicados en menores o discapacitados que requieren sedación pero de baja complejidad carecen de consideración de alta, aunque son notificados al CMBDAH como procedimiento quirúrgico a efectos de CMBDAH. Asimismo, como ya conoce la Sindicatura de Cuentas y así referencia en su informe, a efectos de promocionar la cirugía mayor ambulatoria, se utiliza el peso americano previsto para internamiento a efectos de dotarlo de reconocimiento adicional. Estas prácticas implican que los pesos de los subconjuntos están afectados por determinadas voluntades del comprador dado que, tal y como se recoge en el propio Decreto 118/2014, la contraprestación es un instrumento de la política de compra. Así se comparan índices con fines distintos. Un índice es por sus características un indicador competitivo. Así si la política de compra acaba propiciando un mayor peso de uno de los subconjuntos, como es el caso del quirúrgico, este acaba afectando al peso relativo de otro subconjunto respecto al total. En cualquier caso, este hecho no acredita que el valor resultante –combinando el precio medio de casuística, el índice relativo de casuística y el precio del nivel estructural– sea insuficiente para cubrir el coste del alta obstétrica.

c. ¿El sistema de contraprestación de las urgencias compensa adecuadamente las urgencias atendidas por los proveedores?

El informe de la Sindicatura de Cuentas afirma que el sistema de contraprestación no compensa adecuadamente a las urgencias. En primer lugar, hay que distinguir que el sistema de pago diferencia entre dos tipologías de actividad vinculadas a la urgencia: el triaje y la urgencia. El triaje es la actividad vinculada a la valoración del paciente y la estratificación de su riesgo. La urgencia en sí incluye las técnicas y procedimientos que se le aplican para la valoración y, si procede, el tratamiento del motivo de la consulta. En algunos casos, este proceso de valoración y/o tratamiento requiere un proceso de observación antes de decidir el destino al alta (domicilio o ingreso). El sistema de facturación permite que se facturen como altas estas urgencias que superan las 16 horas de permanencia. En este sentido, hay que aclarar que el informe erróneamente establece que no ingresan por falta de cama. Así, parte del pago de la urgencia está contenido dentro del pago del alta, en esta concepción de presupuesto global mencionada anteriormente.

Sin embargo, desde el Servicio Catalán de Salud se está trabajando desde hace más de un año en una reordenación del sistema de pago que elimine el criterio de facturación que considera altas las urgencias alargadas y, a cambio, se determine un índice de estructura de la urgencia en base a la estructura de guardias, considerando que este es el principal vector de coste. Este es un proceso complejo que, por otra parte, requiere de la modificación del propio Decreto, dado que no reconoce ese parámetro. Se espera poder seguir trabajando esta reformulación del sistema de pago durante 2025 para poder proceder a su implantación en 2026.

Por último, es importante destacar que el informe insinúa un posible incentivo perverso del sistema de pago que induzca a los proveedores a atender a los casos poco urgentes y complejos. Este incentivo es completamente inexistente por dos motivos. En primer lugar, los hospitales no tienen la capacidad de denegar la asistencia y, por tanto, no existe posibilidad de *cream screaming*. En segundo lugar, el propio sistema de selección actúa como un elemento de priorización de la asistencia en virtud de las necesidades asistenciales del paciente y – siempre- un paciente elegido con nivel 1 –riesgo vital inmediato– o nivel 2 pasa por delante a cualquier paciente elegido con niveles 3, 4 y 5.

4. ¿La aplicación del sistema de pago de la atención hospitalaria y especializada de agudos responde a las necesidades económicas y financieras de los proveedores?

En primer lugar, poner de manifiesto que de acuerdo con el Decreto 118/2014, la contraprestación de servicios debe orientarse a las necesidades de la población y no responder a las necesidades económicas y financieras de los proveedores. En el modelo sanitario catalán, los proveedores sanitarios gozan de autonomía de gestión organizativa y en la gestión de sus recursos. Evidentemente se procura que el sistema de contraprestación sea suficiente para garantizar una asistencia sanitaria de calidad, pero no necesariamente debe responder a las decisiones que, desde el ejercicio de su autonomía, puedan condicionar las necesidades económicas y financieras de los proveedores.

a. ¿La facturación y la regularización de la actividad hospitalaria y especializada de agudos se han hecho de acuerdo con lo que prevé la resolución de aplicación del sistema de pago?

En este apartado se hace referencia a una posible mala interpretación en relación con cómo se contabilizan los reingresos a efectos de su liquidación que hace referencia a si los reingresos deben contabilizarse o no a efectos de alcanzar los umbrales mínimos para acceder a la parte fija. Aunque a efectos internos del sector, en el que los condicionantes de la aplicación del sistema de pago se discuten y se pactan en Comisión de Sistemas de Pago y Comisión de Proveedores, se ha mejorado el redactado de las memorias de aplicación del sistema de pago a propuesta de Sindicatura para evitar confusiones.

Hay que aclarar que un alta de reingreso es a todos los efectos un episodio de hospitalización y que su condición de reingreso se determina con posterioridad con su cruce con CMBDAH, que aporta la información clínica necesaria. La aplicación de esta condición pretende limitar los incentivos al acortamiento del episodio que puede generar un pago por alta. Pero el reingreso no siempre es atribuible a este hecho sino que en un % de casos se puede asociar a las condiciones del paciente.

b. ¿La aplicación del sistema de pago ha permitido dotar a las entidades proveedoras concertadas de una financiación adecuada para la prestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos?

En las consideraciones iniciales ya se han puesto de manifiesto algunos de los condicionantes presupuestarios a los que está sometido el Servicio Catalán de la Salud y sus efectos sobre el gasto desplazado. Asimismo se ha expuesto la dificultad derivada de unos incrementos retributivos extemporáneos y retroactivos que a menudo afectan al sistema de fijación de tarifas.

Por último, y en referencia a las regularizaciones, el propio sistema de comprobación de la facturación mediante el cruce con CMBDAH y el establecimiento de objetivos cualitativos obligan a un proceso laborioso que a menudo retrasa el proceso de cierre y regularización. El registro asistencial CMBDAH no se cierra hasta cerrado el ejercicio. En los últimos años se está haciendo un esfuerzo para que el registro se cierre lo antes posible y no retrasar tanto el cierre de la facturación. Asimismo, se está realizando un proceso similar en el cierre de los objetivos de la parte variable que conlleva un proceso de evaluación y presentación de alegaciones por parte de las entidades proveedoras que a menudo se dilata en exceso.

- c. ¿El CatSalut financió servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos por vías diferentes a los precios fijados mediante el sistema de contraprestación ordinario?

La Sindicatura apunta que el sistema de financiación debería ser suficiente para cubrir los costes de renovación tecnológica de los equipamientos. En primer lugar, es necesario establecer que la financiación de los servicios está condicionada por las disponibilidades presupuestarias del Departamento de Salud. Durante los años de la crisis, el sector se vio obligado a aplicar reducciones lineales de tarifa y procurar, en la medida de lo posible, mantener la prestación de servicios a la ciudadanía en términos de calidad y accesibilidad. En este contexto, se produjo un proceso de obsolescencia progresivo de los equipamientos sanitarios que motivó, entre otros, la convocatoria del Programa específico de renovación tecnológica (PERT).

En segundo lugar, en las consideraciones iniciales se apunta que, aunque últimamente se está haciendo un esfuerzo para que tanto las nuevas tarifas como algunas de las ya vigentes se realicen mediante un escandallo de costes, este no es el origen historia del sistema de financiación.

En el siguiente diagrama, elaborado a partir de los datos de Central de Balances, se muestra la evolución del grado de obsolescencia del sector. Hay que destacar que el PERT fue una convocatoria pública ordinaria de subvenciones donde pudieron concurrir todas las entidades de atención especializada de agudos del SISCAT y, por tanto, en igualdad de condiciones.

Béns totalment amortitzats BTA (Grau d'obsolescència dels actius)

Dades corresponents a l'Atenció Especialitzada (inclusió hospitals de l'ICS), l'atenció Intermitent i la Salut Mental

Què són béns totalment amortitzats? Són aquells elements de l'actiu que es continuen utilitzant més enllà de la seva vida útil.

Què entenem per obsolescència? Un bé pot estar en condicions d'ús però pot ser considerat obsolet si existeixen altres béns substitutius d'un major rendiment o producció. En el sector salut l'evolució tecnològica es produeix a gran velocitat i requereix ser incorporada per tal de mantenir els nivells de qualitat i atenció.

Què representa aquest percentatge? Representa tots aquells elements de l'actiu que ja estan obsolets i, que encara no s'han donat de baixa.



La Sindicatura de Cuentas apunta a una posible sobrefinanciación de los activos que, tal y como muestra el gráfico anterior, no existe.

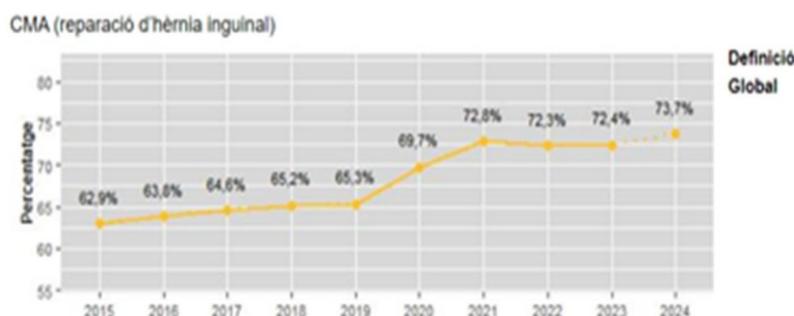
5. ¿El sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos está logrando los resultados que persigue el CatSalut?

a. ¿Los incentivos económicos establecidos en el sistema de determinación de precios han producido los efectos esperados, de modo que quede justificada su aplicación?

En este subapartado la Sindicatura de Cuentas analiza 4 de los incentivos económicos establecidos a través del sistema de pago, aunque existen otros importantes como el sistema de marginalidades, y sobre este análisis evalúa si está justificada su aplicación. Los incentivos analizados son el incentivo aplicado sobre la actividad quirúrgica, la reducción de los reingresos, la hospitalización domiciliaria y la Cirugía Mayor Ambulatoria. En relación con la evidencia sobre la reducción de los reingresos, lo primero a constatar es que el incentivo no está incorporado al sistema de pago para la reducción de los reingresos sino por su control. El sistema de pago por alta incentiva el acortamiento del alta y, en este sentido, se coloca este incentivo para contrarrestarlo. El objetivo del sistema de pago no puede ser eliminar el reingreso, dado que las condiciones clínicas del enfermo pueden requerirlo, sino evitar que estos crezcan a causa del sistema de pago. Asimismo, a efectos de la comparación también hay que tener en cuenta que el envejecimiento de la población y la cronificación de muchas enfermedades hacen difícil aventurar que la tasa natural de reingresos no tenga que crecer con el tiempo.

En relación con la falta de evidencia respecto al incentivo sobre la hospitalización a domicilio, se hace difícil entender la falta de evidencia respecto a la utilidad del incentivo cuando el crecimiento de estas en el período analizado es superior al 70%.

Si miramos procedimientos específicos, podemos observar como sí existe una progresión en la ambulatorización. A continuación se muestra por ejemplo, la evolución del abordaje de la hernia inguinal:



Esta patología, por ejemplo, se ha beneficiado del desarrollo de la cirugía laparoscópica. Esta técnica requiere la formación de los profesionales en esta técnica quirúrgica y el equipamiento tecnológico para efectuarla. Así, el pago por alta favorece la inversión en formación y tecnología que implica este cambio en la técnica quirúrgica.

Por otra parte, como ya apunta la Sindicatura de Cuentas, hay determinados procedimientos donde el % de ambulatorización ya es tan alto (como es el caso de las cataratas) donde ya no tiene sentido su pago como alta. Como ya se puso en su conocimiento durante su visita, se está trabajando para excluir de la compra de altas aquellos procedimientos en los que los porcentajes de cirugía mayor ambulatoria ya llegan a umbrales muy altos. El proceso es complejo porque implica una reordenación de la

compra importante y, por este motivo, se trabaja desde 2023 y se espera poder aplicarlo en 2026.

b. ¿En qué medida la contraprestación por resultados ha mejorado la calidad y eficiencia de la prestación de servicios?

La contraprestación por resultados vincula el pago del 5% del importe de la mayor parte de las actividades contratadas (no de todas) a objetivos vinculados a la calidad, la eficiencia de la prestación de servicios y la autonomía clínica de los profesionales que no pueden ser recogidos directamente por el sistema de compra.

En primer lugar, es necesario contextualizar cómo se introdujo este 5% en la contraprestación por resultados. La puesta en marcha del nuevo sistema de pago se realizó sin introducir recursos adicionales para la contraprestación por resultados. A efectos prácticos, esto significa que se transformó un 5% de la contratación que solo dependía de la consecución de la actividad, a hacerlo depender de la consecución de los objetivos marcados. Por este motivo, se pactó que una parte relevante de los indicadores se consideraran básicos en un primer momento. A esta categoría pertenecen la mayor parte de los indicadores mencionados y que se refieren a mejoras en los procesos y organización interna, y que son sin embargo muy relevantes desde el punto de vista de la calidad del sistema de sanitario. En esta línea, se encuentran los indicadores que pretenden potenciar la cultura de seguridad en los centros hospitalarios, la consolidación de programas de optimización del uso de antibióticos, la creación de equipos de infecciones o el grado de cobertura de identificación inequívoca de pacientes.

Con el tiempo se han ido introduciendo indicadores de resultado como la calidad en la prescripción farmacéutica o el tiempo de espera en urgencias, u otros no relacionados por la Sindicatura, y que han tenido importantes impactos en la gestión de determinadas patologías como los vinculados al Código IAM (atención de emergencia a la enfermedad cardiovascular) o Código ICTUS. La inclusión de estos objetivos ha contribuido de forma notable a la supervivencia y a la mejora de calidad de vida de muchos de los pacientes tratados.

Hay que aclarar también que el hecho de que el grado de consecución de los indicadores sea alto no es malo, sino al contrario.

En segundo lugar, valdría la pena evaluar la evolución no de la consecución sino de algunos indicadores en cuestión, donde normalmente el grado de exigencia se va incrementando. En tercer lugar, se hace referencia a que los objetivos e indicadores se repiten a lo largo de los años. Este hecho tiene por objetivo consolidarlos dado que el impacto sobre indicadores de salud de resultado requiere de un período largo de aplicación de medidas.

Por último, hay que destacar que en atención especializada de agudos generalmente se utilizan indicadores de proceso que tienen probada evidencia de su impacto sobre los resultados en salud, tal y como documentan las fichas de la CPR. Por ejemplo, se utiliza habitualmente el tiempo puerta-aguja como indicador de proceso del código ICTUS pero porque está científicamente demostrado que este tiempo es determinante en la supervivencia y recuperación sin secuelas de los pacientes que sufren un ICTUS. Indicador como el que menciona el informe “% de pacientes con hipertensión que han visto reducida su presión sanguínea en un período en concreto” es un indicador que

se utiliza habitualmente pero referido a la atención primaria, responsable de las tareas de prevención y promoción de la salud y, por tanto, del control de los factores de riesgo. Sin embargo, este tipo de indicador no es propio de la atención hospitalaria especializada de agudos.

c. ¿Se están logrando mejoras en cuanto a la calidad de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos, su accesibilidad y eficiencia en su prestación?

El informe utiliza como indicadores de eficiencia la evolución de la estancia media y de la cirugía mayor ambulatoria. Si bien es cierto que ambos son indicadores de eficiencia, es difícil extraer conclusiones si se analizan de forma longitudinal por un período corto y sin contextualizar.

En primer lugar, el pago por alta y el reconocimiento de cirugía mayor ambulatoria como tal operan desde 1997 y, por tanto, su potencial de mejora en un cohorte de 5 años es limitado, dado que hace más de 20 años que ya están siendo incentivados. En segundo lugar, la estancia media y el % de cirugía mayor ambulatoria se marcan sobre un conjunto de altas que no está estático. Así, para evaluar si realmente se sigue produciendo una evolución, debería hacerse sobre un subconjunto más homogéneo de actividad. Cabe decir, adicionalmente, que indicadores como la estancia media se ven muy influidos, por ejemplo, por factores como la edad media de los pacientes atendidos. Con el envejecimiento de la población, la población que ingresa normalmente es mayor y sufre un mayor número de comorbilidades que afectan normalmente a su proceso de recuperación y, por tanto, a la estancia media. En relación con la CMA, la ambulatorización de procedimientos es seguro una medida de eficiencia, pero el % sobre el total de la actividad se puede asociar a menudo no al hecho de que se hayan o no introducido mejoras en las técnicas que permiten la ambulatorización, sino a la cantidad de procedimientos sobre el total que son ambulatorios y que se han hecho ese año. Así, por ejemplo, si un hospital realiza un plan de choque para reducir la lista de espera de cataratas – procedimiento ambulatorizado en el 99% de los casos, el % de cirugía mayor ambulatoria se habrá incrementado sin necesidad de que se hayan producido ganancias en la eficiencia. Tampoco puede valorarse que un hospital sea menos eficiente para que su porcentaje de ambulatorización sea inferior al de otro, sin considerar la cartera de servicios. Hospitales de mayor complejidad realizan un número elevado de procedimientos complejos que a menudo no son ambulatorizables (cirugías oncológicas mayores, trasplantes, etc.).

En relación con los indicadores de calidad, es difícil evaluar los impactos sobre la calidad con un subconjunto de 4 indicadores y sacar conclusiones de carácter general. Adicionalmente, hay que apuntar que el indicador de hospitalizaciones potencialmente evitables es un indicador sin duda de calidad del sistema sanitario, pero no tanto de la atención hospitalaria específicamente. De hecho, el indicador de hospitalizaciones potencialmente evitables consultado en MSIQ se encuentra bajo el epígrafe de indicadores de calidad en la prevención. Si se consulta la ficha de este indicador en la citada fuente podrá leer lo siguiente: “A pesar de que estos indicadores están elaborados a partir de la información recogida sobre los ingresos en los hospitales de agudos, proporcionan información sobre la calidad del sistema sanitario en su globalidad, y especialmente sobre la capacidad de la asistencia ambulatoria para prevenir complicaciones médicas”. Por tanto, este indicador no evalúa si el ingreso se ha realizado o no correctamente: el paciente cuando ingresa está en una situación clínica que requiere ingreso hospitalario pero lo que indica es que un mejor manejo de estas patologías,

desde la atención primaria o la atención especializada ambulatoria, podría haber evitado llegar a la situación de la necesidad de precisar internamiento.

En términos de accesibilidad, los datos muestran que una mejora significativa. En términos de la cirugía oncológica, si bien se aprecia un incremento de los tiempos medios de espera - como indica la Sindicatura muy asociado al incremento de la prevalencia-, el tiempo se mantiene bajo el umbral de garantía, que es de 30 días.

Por último hay que apuntar que el Sistema Sanitario Catalán goza de reconocimiento internacional en términos de la calidad y eficiencia.

III. CONSIDERACIONES FINALES

Salud ejerce activamente la rendición de cuentas a la ciudadanía, conscientes de que este es el sector donde, desde la perspectiva de los recursos públicos, se invierte más. En este sentido, más allá de los controles de acuerdo a la normativa de fiscalización previa que se ejercen sobre el conjunto de actuaciones del Servicio Catalán de la Salud y el Departamento de Salud, cabe destacar que es uno de los sectores que un mayor ejercicio de rendición de cuentas ha hecho para con la ciudadanía, dotándose de una agencia independiente - la AQUAS - que no solo evalúa los resultados del sistema de salud desde una perspectiva interna, sino que los hace públicos a través del acceso a los datos mediante la Central de Resultados. Esta iniciativa, pionera en el Estado e incluso no habitual a nivel internacional, permite acceder a indicadores de resultado nominativos con identificación del proveedor sanitario.

El minucioso proceso de fiscalización realizado por la Sindicatura de Cuentas es un elemento más que nos debe ayudar a evolucionar en el proceso de mejora continua impulsado desde las autoridades sanitarias. Desde el punto de vista de la orientación de la fiscalización, hay que destacar que este pone mucho énfasis en si el sistema de pago cubre las necesidades económicas y financieras de los proveedores. Aparte de las limitaciones en la financiación pródigamente descritas, la normativa vigente -en concreto la establecida a través del Decreto 118/2014 de contratación de servicios sanitarios-, los sistemas de contraprestación deben orientarse a las necesidades de la ciudadanía y no tanto del proveedor de servicios. La compra de servicios es la herramienta fundamental para dirigir los recursos a las necesidades de la ciudadanía, y desde el Servicio Catalán de la Salud se pone el énfasis en la adecuación a parámetros poblacionales. Cabe decir que desde el Servicio Catalán de la Salud comparte la necesidad de avanzar hacia un sistema compra orientado a la aportación de valor.

Asimismo, es necesario ser prudente con alguna de las afirmaciones contundentes en relación con la mejora de la calidad y la eficiencia, dado que se trata de procesos complejos. Tal y como se ha expresado este documento de alegaciones, la prestación sanitaria es de un alto contenido sensible a efectos de la sociedad y aconseja una rigurosidad extrema en la aseveración de conclusiones. Determinar la calidad o la eficiencia con la visión de un subconjunto de indicadores pequeño y discrecional podría ser atrevido y, más aún cuando algunos de los indicadores podrían no ser representativos de la asistencia hospitalaria de agudos que se analiza en el presente informe.

Conscientes de la necesidad de rendir cuentas, la evaluación de aspectos como la calidad y la eficiencia -entendida como el ratio entre los resultados obtenidos y los recursos invertidos- debe ser evaluada y por eso el Departamento de Salud dispone de una agencia de evaluación que puede captar la complejidad de la atención sanitaria."

7.2. TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES

Las alegaciones formuladas han sido analizadas y valoradas por la Sindicatura de Cuentas.

Como consecuencia de las alegaciones presentadas se han modificado o introducido aclaraciones en el texto de los apartados 1.2, 5.3.3 y 5.5.2 del informe.

El resto del texto del proyecto de informe no se ha alterado porque se entiende que las alegaciones enviadas son explicaciones que confirman la situación descrita, porque se fundamentan en documentación adicional aportada que no acredita ni modifica las observaciones del informe, o bien porque carecen de apoyo jurídico y exponen hechos que no motivan la falta de cumplimiento de la normativa de aplicación.

APROBACIÓN DEL INFORME

Certifico que en Barcelona, el 8 de abril de 2025, reunido el Pleno de la Sindicatura de Cuentas, presidido por el síndico mayor, Miquel Salazar Canalda, con la asistencia de los síndicos Manel Rodríguez Tió, Llum Rodríguez Rodríguez, Maria Àngels Cabasés Piqué, Ferran Roque Padrosa y Josep Viñas Xifra, y de la secretaria general de la Sindicatura, Marta Junquera Bernal, actuando como ponente la síndica Maria Àngels Cabasés Piqué, previa deliberación se acuerda aprobar el informe de fiscalización 5/2025, relativo al sistema de contraprestación de los servicios de atención hospitalaria y especializada de agudos prestados por los centros del SISCAT por cuenta del CatSalut, ejercicio 2022.

Y, para que así conste y surta los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del síndico mayor.

[Firma digital de Marta Junquera Bernal]

La secretaria general

Visto bueno,

[Firma digital de Miquel Salazar Canalda]

El síndico mayor

