

Facturación de Servicios entre Atención Primaria y Especializada

D^a. PALOMA ALONSO CUESTA
Gerente Hospital de Móstoles

1.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad la colaboración y coordinación en un área sanitaria entre Atención Primaria y Atención Especializada es dificultosa e inferior a la esperada al inicio de la reforma de la Atención Primaria (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, FADSP, 1993). La mayor parte de las veces la relación entre ambas depende de la buena voluntad y el entendimiento entre los directivos y profesionales de los dos tipos de atención.

Además, la falta de desarrollo legislativo del artículo 57 de la Ley General de Sanidad, que hacía mención a los órganos de participación (Consejo de Salud), dirección (Consejo de Dirección) y gestión (Gerencia) del área sanitaria, dificulta aún mas la colaboración entre Atención Primaria y Especializada. La existencia de estos órganos facilitaría la planificación y cogestión de los recursos de ambos niveles de atención incluido el presupuesto del área (Starey N; Bosanquet N; Griffiths J; 1993).

La situación descrita plantea diversos problemas entre los que se encuentran: molestias al cliente (burocratización excesiva, desplazamientos innecesarios), planificación parcial de los recursos, duplicidad de equipos de gestión y órganos staff (suministros, nóminas, etc.).

Los inconvenientes que ambos tipos de asistencia detectan se pueden resumir del modo siguiente:

A.- Atención Primaria demanda de atención especializada:

- Menores tiempos de demora para la asistencia (listas de espera).
- Mayor información sobre el proceso del paciente.
- Sesiones clínicas e interconsultas con presencia del especialista.
- Acceso directo a diversas pruebas diagnósticas.
- Disminución de la burocratización de su trabajo mediante la cumplimentación de las recetas por parte de los especialistas (lo que conllevaría una disminución del gasto en Farmacia actualmente imputado a Atención Primaria). Esta misma demanda se aplicaría a la cumplimentación de las bajas y altas laborales.

B.- Atención Especializada percibe de Atención Primaria:

- Excesivo número de interconsultas y dudosa indicación de la derivación de los pacientes dada la escasa complejidad de sus procesos.
- Escasa oferta en horario de tarde y noche en Atención primaria, que causa una mayor frecuentación de la urgencia hospitalaria.
- Oscilaciones en la demanda motivadas por la puesta en marcha de protocolos y programas que alteran los consumos de servicios de Atención Especializada.
- Falta de cumplimentación de datos en las peticiones de consulta remitidas por Atención Primaria.
- Imposibilidad de controlar la cuantía económica que Atención Primaria consume de su presupuesto.

Para tratar de paliar este último inconveniente (escaso control por parte de Atención Especializada del coste que le supone Atención Primaria), la Dirección General de INSALUD creó un grupo de trabajo. Este fue constituido por expertos de esa Dirección General y por los gerentes de Atención Primaria y Especializada de las tres áreas sanitarias elegidas para la realización del estudio: Área I de Toledo (Hospital Virgen de la Salud), Área II de Zaragoza (Hospital Miguel Servet) y Área VIII de la Comunidad Autónoma de Madrid (Hospital de Móstoles).

El objetivo principal del trabajo fue establecer una compra descentralizada de productos o servicios entre Atención Primaria y Atención Especializada, acotando: el objeto (¿qué se compra?), el destinatario (¿a quién se compra?), el coste del producto (¿a qué precio?) y la calidad (¿en qué condiciones?).

Los objetivos secundarios fueron: 1.- Establecer un catálogo de productos y precios, 2.- Fijar los criterios de calidad de la transacción, 3.- Coordinar la atención sanitaria del área, y 4.- Planificar conjuntamente los recursos del área.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

A.- Definición de los productos

El grupo de trabajo constituido para efectuar el estudio, tal como se indicó en la introducción, definió los productos susceptibles de facturación entre Atención Primaria y Especializada. La cartera de servicios resultante incluye en su mayor parte, salvo Farmacia, productos requeridos por Atención Primaria a Especializada para resolver problemas específicos diagnóstico-terapéuticos desde el nivel primario, es decir:

A.1) Apoyo diagnóstico radiológico, A.2) Apoyo diagnóstico de laboratorio, A.3) Interconsultas, A.4) Urgencias, A.5) Farmacia.

B.- Establecimiento del coste por producto

La determinación de la tarifa de cada producto facturable a Atención Primaria por parte de Atención Especializada se efectuó en cada una de las tres áreas. Previamente se homogeneizaron los criterios de imputación del coste a cada producto, utilizando los recogidos por el programa de gestión analítica denominado SIGNO (**Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990**). Solamente una de las áreas contaba con gestión analítica informatizada por lo que las restantes tuvieron que determinarlo de manera aproximativa, con el consiguiente sesgo.

Una vez obtenido el coste, la tarifa fijada para cada producto fue diferente dependiendo de que el servicio proveedor fuera considerado final o intermedio. En los servicios finales cuya producción se factura como urgencias o consultas externas se obtuvo el precio de cada producto dividiendo el coste por la actividad total de dichos servicios finales. En el caso de los servicios intermedios, como Laboratorio, Radiología y Anatomía Patológica se estableció la tarifa de cada prueba o exploración mediante el sistema de microcostes del modo siguiente:

B.1.- Elaboración del catálogo de productos o pruebas que realizan estos servicios centrales o intermedios.

B.2.- Estimación de los tiempos medios precisos para la realización de cada uno de los productos del catálogo. Esta labor fue realizada por el Jefe de Servicio responsable de cada uno de estos servicios intermedios, en colaboración con personal de las distintas categorías profesionales existentes en los mismos.

B.3.- Cálculo del coste de cada una de las pruebas del catálogo:

B.3.1.- El coste directo total del servicio intermedio (Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica) se asignó a cada prueba teniendo en cuenta los criterios siguientes:

- El coste de personal, obtenido en función del tiempo que necesita cada prueba para su realización (tiempo de: médico, técnico, administrativo, personal de enfermería, etc.).
- El coste del material fungible que se utiliza en la realización de estas pruebas.
- Otros costes directos tales como el mantenimiento directo de los equipos utilizados para la realización de esa exploración.

B.3.2.- El coste indirecto que soporta cada servicio intermedio se imputó a cada prueba en función del porcentaje de coste directo que ésta supuso en dicho servicio.

El coste de amortización del inmovilizado material de los servicios intermedios (equipos, mobiliario) únicamente se ha tenido en cuenta para los laboratorios de Bioquímica y de Anatomía Patológica. Al no disponerse de inventario actualizado de los servicios de Radiodiagnóstico y los laboratorios de Hematología y Microbiología el coste de amortización se calculó con el porcentaje fijado para cada hospital en su correspondiente contrato-programa.

B.4.- Agrupación de las pruebas en grupos que necesitan una cantidad similar de recursos humanos, tecnológicos y materiales (grupos homogéneos).

A cada grupo se le fijó un precio medio y una ponderación resultante de dividir a todos los grupos por el precio del grupo de menor coste.

Se acordó que si el coste de cada producto era diferente en las tres áreas se calcularía, previa revisión de las causas que motivan esa diferencia, un precio medio. Así mismo se efectuó una revisión de tarifas y productos de clínicas o aseguradoras privadas. En cualquier caso las tarifas se marcarían dentro de un límite máximo y mínimo consensuado y aceptado previamente por las gerencias de Atención Primaria. Los microcostes se efectuaron en el Area 8 de la Comunidad Autónoma de Madrid (Alonso Cuesta P, y Colbs., 1993) . Las otras dos áreas sanitarias calcularon el precio medio de las pruebas mediante el coste total de los servicios intermedios, el número de pruebas realizadas de cada tipo y las ponderaciones del Area 8 de la CAM.

C.- Fijación de los Parámetros de Calidad

Los indicadores de calidad que se consideraron para la facturación fueron:

C.1.- Existencia y grado de cumplimentación del informe de solicitud de un Servicio y de remisión, una vez visto el paciente, y

C.2.- Tiempo de demora en la atención al paciente.

La falta de cumplimiento de los parámetros de calidad señalados conllevaba una penalización en la facturación.

También se calcularon como valor de referencia las tasas medias de utilización de cada servicio por 1.000 habitantes.

En el caso del laboratorio del Área 8 de la CAM (Hospital de Móstoles) se incluyó, dado su alto desarrollo informático, el porcentaje de pruebas patológicas sobre el total de pruebas solicitadas.

D.- Determinación de presupuestos por programas

El contrato programa del Insalud para 1994 establece una serie de actuaciones asistenciales conjuntas para la Atención Primaria y Especializada de un mismo área. Entre estos programas co-

munes se encuentran la atención a diabéticos, los cuidados paliativos, la asistencia a enfermos de SIDA y la prevención del cancer de cérvix y mama.

En el Hospital de Móstoles hemos realizado un análisis comparativo del coste que supuso, durante 1993, la hospitalización de los enfermos terminales de SIDA y neoplasia, y el coste que hubieran causado si hubieran sido atendidos por el personal de atención primaria mediante cuidados paliativos, a domicilio.

El método seguido ha sido la extracción, en el Archivo del Hospital de Móstoles, del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los pacientes con la tipología descrita cuyas hospitalizaciones podrían haber sido evitadas. Posteriormente se les ha aplicado el programa de clasificación de pacientes PMC, para determinar el consumo de recursos y el coste de estos pacientes (Alonso Cuesta P., y Colbs. 1993.).

La determinación de los costes que hubieran supuesto estos pacientes si hubieran sido incluidos en el programa de cuidados paliativos se ha realizado mediante microcostes. Para ello se ha calculado el número de visitas fijadas en el protocolo a la semana, el personal que las realiza y el tiempo de duración estimado para su realización, el desplazamiento y el material que se consume.

Los costes de la hospitalización que podría haberse evitado se han comparado con los que se hubieran generado si estos pacientes hubieran sido incluidos en el programa de cuidados paliativos.

3.- RESULTADOS

Los productos incluidos, sus tarifas y los indicadores de calidad, se expresan en las tablas I (Radiodiagnóstico), II (Laboratorio), III (interconsultas programadas, urgentes o docentes).

También se realizaron algunas especificaciones a la transacción, tales como:

- Otros productos de Radiología y de Laboratorio no contemplados en el listado (TC, radiología intervencionista o pruebas analíticas de alto coste) fueron incluidos en la facturación del Área 8 de la CAM. Únicamente en este área Atención Primaria tenía accesibilidad a todas las exploraciones y pruebas complementarias.
- El material de laboratorio necesario para realizar la extracción y la remisión de la muestra se incluyó en el coste de la prueba. Por tanto el suministro del citado material depende de

TABLA I
PRODUCTOS DE RADIOLOGÍA

PRODUCTOS	PONDERACIÓN CALIDAD TIEMPO INFORME	PONDERACIÓN ECONÓMICA	TASA DE UTILIZACIÓN
RADIOLOGIA SIMPLE • Tórax • Abdomen • Ósea Simp. • O.R.L.	7 días sí	1-1.500 ptas.	88/1.000 Habitantes
ECOGRAFÍA	15 días sí	4-5.500	
MAMOGRAFÍA	45 días sí	6-7.000	

TABLA II
PRODUCTOS DE LABORATORIO

PRODUCTOS	PONDERACIÓN CALIDAD TIEMPO	PONDERACIÓN ECONÓMICA	TASA DE UTILIZACIÓN
HEMATOLOGÍA Media 7 determinaciones	7 días desde petición	1,5* 350 ptas.	
BIOQUÍMICA	7 días	350 ptas.	
MICROBIOLOGÍA	Depende técnica	5* 350 = 1.750 ptas.	Todo el laboratorio 261/1.000 H.
INMUNOLOGÍA	Depende técnica	10* 350 = 3.500 ptas.	
CITOLOGÍA	7 días	2* 350 = 700 ptas.	

TABLA III
CONSULTAS

PRODUCTOS	PONDERACIÓN CALIDAD TIEMPO INFORME	PONDERACIÓN ECONÓMICA	TASA DE UTILIZACIÓN
INTERCONSULTA CLÍNICA	21 días Informe Devolución Informe Remisión	71.500 ptas.	250/1.000 Habitantes
INTERCONSULTA DOCENTE		Desplazamiento hora lectiva	
URGENCIAS	Tiempo de espera 21 días por especialidad		270/1.000 Habitantes

los servicios de Atención Especializada con el fin de asegurar las especificaciones técnicas del servicio correspondiente. Por su parte, las gerencias de Atención Primaria asumen los costes ocasionados por el transporte de muestras al laboratorio, incluyendo aquellas correspondientes a pruebas solicitadas por los especialistas que para mayor comodidad de los usuarios se realizan a través del circuito de extracción periférica.

- Las interconsultas urgentes se consideraron facturables en todos los casos salvo que hubieran ocasionado hospitalización o estancia en la Observación de Urgencias, que fueran accidentes de tráfico o laborales o que hubieran sido ocasionadas por petición del especialista. Todas las generadas por iniciativa propia del ciudadano sí se incluyen en la facturación. Las interconsultas docentes consistían en la realización de sesiones clínicas conjuntas, desplazándose el personal de Atención Especializada a los centros de salud.
- La medicación prescrita por los especialistas, se acordó que fuera remitida por parte de Atención Primaria a Especializada incluyendo el número de recetas extendidas por cada especialista, el importe de las mismas, y los grupos terapéuticos correspondientes.

Las penalizaciones por incumplimiento de los criterios de calidad se resumieron del modo siguiente:

- A.- Los tiempos que se establecen en los gráficos se contabilizan desde el momento en que los partes de petición de pruebas o interconsultas tienen entrada en Atención Especializada hasta la remisión del resultado por el servicio correspondiente.

La penalización, por demora superior a los tiempos señalados, quedó fijada en una minoración del 20% del precio de facturación del servicio solicitado. En el caso de las urgencias se produce esta minoración si existe lista de espera superior a 21 días en la especialidad que motivó la urgencia.

B.- Los informes de solicitud y remisión de pacientes tanto de interconsultas como de pruebas complementarias debían contener al menos una mínima anamnesis, exploración y sospecha diagnóstica en el caso de Atención Primaria, e incluir además el diagnóstico y/o tratamiento en el caso de Especializada.

En este último caso se determinó que si el paciente requería medicación o baja laboral la primera receta o parte de ILT era misión del especialista.

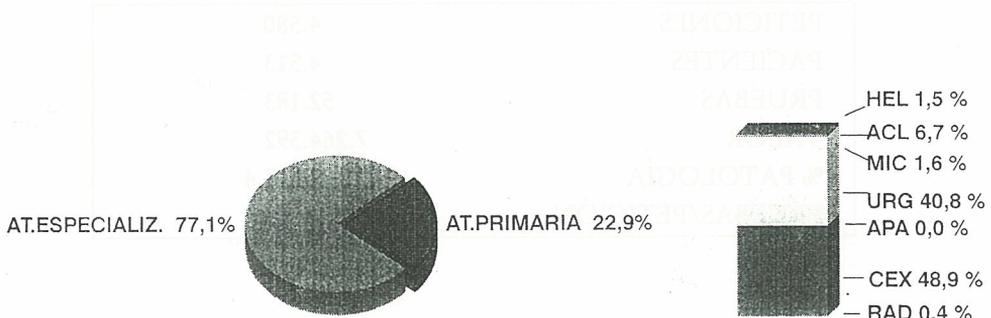
La penalización por ausencia de informe o por inadecuada cumplimentación del mismo quedó fijada en una minoración del 25% de la facturación.

En la tabla IV, figura 1, se recoge el coste (total y por tipo de productos) que Atención Primaria supuso a Atención Especializada del Área 8 de la CAM, durante 1993. Este importe supuso aproximadamente el 23% (unos 2.150 millones de pesetas) del gasto de Atención Especializada de dicho año. En el desglose por productos se aprecia que las consultas primeras supusieron el mayor porcentaje del coste total (48,9%). En segundo lugar se encontraron las urgencias (40,8%).

TABLA IV
FACTURACIÓN DE A. ESPECIALIZADA A A. PRIMARIA
AÑO 1993

CONSULTAS PRIMERAS	1.051.702.500 PTAS.
URGENCIAS NO INGRESADAS	876.855.000 PTAS.
RADIODIAGNÓSTICO	8.553.000 PTAS.
LABORATORIO	213.189.794 PTAS.
TOTAL FACTURACIÓN	2.150.300.294 PTAS.

GRÁFICO 1
COSTES AT. ESPECIALIZADA-PRIMARIA (1993)
DESGLOSE AT. PRIMARIA



También se incluye la facturación de las exploraciones radiológicas (no se ha incluido la radiología simple solicitada a los centros de especialidades) y del laboratorio de Bioquímica solicitadas, durante el último trimestre del 1993, por un centro de salud del Área 8 de la CAM al Hospital de Móstoles.

En las tablas V, VI, y VII se recogen los costes de los pacientes terminales con neoplasia o SIDA con hospitalización, con cuidados paliativos y el análisis comparativo de ambos.

TABLA V
FACTURACIÓN A PRIMARIA
SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO

CENTRO DE SALUD 14

PRUEBAS RADIOLÓGICAS	CANTIDAD	PRECIO	IMPORTE
RADIOLOGÍA SIMPLE	24	1.500	36.000
RADIOLOGÍA CONTRASTADA	100	9.000	900.000
ECOGRAFÍA GENERAL	260	4.500	1.170.000
EXPLORACIÓN MAMARIA	4	6.000	24.000
TAC. RADIOLOGÍA INTERVEN.	8	15.000	120.000

TOTAL FACTURACIÓN	2.250.000 PTAS.
--------------------------	------------------------

TABLA VI
SERVICIO DE LABORATORIO

CENTRO DE SALUD 14

PETICIONES	4.580
PACIENTES	4.513
PRUEBAS	52.183
VALOR	7.264.392
% PATOLOGÍA	15,4
PRUEBAS/PETICIÓN	11,4

TABLA VII
REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS EN AT. ESPECIALIZADA

PACIENTES CON INDICACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS (TERMINALES)
SERVICIO MEDICINA INTERNA

		SIDA	NEOPLASIAS
N.º CASOS		21	66
ESTANCIA MEDIA		14	9
EDAD MEDIA		33	51
ESTANCIAS EVITABLES		294	594
CAMAS	100%	0,8	1,62
	85%	0,68	1,37
INGRESOS		29	57
P.I.R.		1,482	1,62
COSTE P.M.C.		270.965	296.197
COSTE TOTAL		5.690.265	19.549.002

TABLA VIII
REQUERIMIENTO DE CUIDADOS EN PRIMARIA
SIDA Y NEOPLASIAS TERMINALES

PERSONAL	→	VISITA MÉDICO	4.221 PTAS.
		3 SEMANAL 30 mn. unidad	
MATERIAL	→	VISITA A.T.S.	2.316 PTAS.
		3 SEMANAL 30 mn. unidad	
	→	MATERIAL DE CURA	878 PTAS.
OTROS GASTOS	→	MEDICAMENTOS	131 PTAS.
	→	DESPLAZAMIENTO	1.511 PTAS.
		kilometraje + personal	
COSTE VISITA			9.059 PTAS.

TABLA IX
ANALISIS COMPARATIVO HOSPITALIZACION/CUIDADOS PALIATIVOS

	SIDA		NEOPLASIA	
	ESPECIALIZADA	A. PRIMARIA	ESPECIALIZADA	A. PRIMARIA
N.º CASOS	21	21	66	66
COSTE PROCESO	270.965	18.118	296.197	11.667
COSTE TOTAL	5.690.265	380.478	19.549.002	770.015

4.- DISCUSIÓN

La facturación entre Atención Primaria y Atención Especializada podría ser un paso intermedio previo, al desarrollo legislativo de los órganos de participación, dirección y gestión del área sanitaria. El Real Decreto 571/1990 recogía una reforma organizativa del Insalud encaminada a dotar de autonomía de gestión al Sector Sanitario, por lo que éste podría haberse convertido en una "Empresa" de Servicios Sanitarios, similar a los distritos del National Health Service británico (Elola, 1991). La falta de desarrollo posterior del citado decreto obligó al Sistema Sanitario a la búsqueda de fórmulas alternativas que permitieran la coordinación e intercambio de información entre Atención Primaria y Atención Especializada.

La facturación entre Atención Primaria y Atención Especializada en términos de transacción económica real no ha comenzado aún en el Insalud. En el Área 8 de la CAM se llevó a cabo con carácter informativo durante 1993. Esta información fue facilitada a Atención Primaria desglosada por Centros de Salud y tipos de pruebas, con el objeto de ser de utilidad por si podía ser de utilidad para la toma de decisiones y la realización de otras actividades como la contabilidad analítica por centro de salud.

Desde marzo de 1994, se remite factura formal aunque por el momento sólo incluye productos de laboratorio solicitados por Atención Primaria. La falta de desarrollo e interconexión informática entre ambos niveles de asistencia impide extenderlo a otros servicios, por el excesivo coste administrativo que supondría el cálculo de las penalizaciones y la revisión de informes de forma manual.

Algunos productos incluidos en la facturación, como las urgencias no ingresadas fueron motivo de amplia discusión en el grupo de trabajo. Al final se optó por su recogida, aunque no está claramente demostrado que la presencia de dispositivos de atención continuada, provenientes de primaria, disminuya las urgencias hospitalarias, salvo en las zonas sanitarias con isocronal elevadas. Una solución podría ser el traslado del personal sanitario que atención primaria tiene en los puntos de atención continuada próximos al Hospital, al servicio de urgencias del mismo. Esto permitiría una mayor utilización de esos recursos, al situarlos donde se produce la demanda.

Desde nuestro punto de vista, sería preciso aclarar determinadas cuestiones, antes de implantar totalmente un sistema de facturación entre los dos niveles asistenciales. Entre dichas cuestiones se encuentran:

- La existencia o no de incentivos para los facultativos de Atención Primaria en caso de reducir la demanda y en qué consistirían los mismos.

- La flexibilización del mercado laboral o los mecanismos de que dispondría Atención Especializada para amortizar recursos humanos, si disminuyera el número de derivaciones desde Atención Primaria.
- La posibilidad de introducir competencia pública o privada pudiendo elegir el médico de Atención Primaria entre las distintas ofertas de servicios dentro y fuera del área (Saltman R.B 1990).
- La capacidad de Atención Primaria de invertir en tecnología si lo considerase oportuno.

Así mismo, sería preciso revisar y vigilar los efectos perversos que ha generado en otros países la introducción de mecanismos de mercado entre ambos niveles de asistencia (Navarro V , 1991; Tudor Hart, 1992; Carrillo E, Juncosa S, 1991). Alguno de estos efectos, como la posibilidad de que la facturación transforme la Atención Primaria en una máquina economicista de generar ahorro en las prestaciones en perjuicio de la calidad de la asistencia prestada al paciente, ya ha sido descrito por autores ingleses, por su similitud con la reforma inglesa recogida en el *Working For Patient* (Player D, 1990; Day P, 1992). Otros inconvenientes descritos son el incremento de los costes administrativos que genera una unidad de facturación (Harris A, 1989), la búsqueda por parte de Atención Especializada de nuevos productos para inducir la demanda, la desatención a enfermos crónicos, ancianos o pacientes de alta carga económica, la percepción por parte de los pacientes de una menor remisión a los especialistas por razones presupuestarias (Harris A, 1989). No obstante, independientemente de la implantación real de la facturación, debería facilitarse por parte de Atención Especializada, esta información a Atención Primaria. Su utilidad como elemento de relación y discusión, permite mejorar la coordinación de ambos tipos de asistencia. El aspecto más importante a resaltar no es el meramente económico, sino la revisión del cumplimiento de los criterios de calidad. En el caso del Área 8 de Madrid la facturación ha promovido comisiones de Area para llevar a cabo actuaciones conjuntas que resuelvan problemas comunes. Entre estas actuaciones se encuentra la revisión del grado de cumplimentación de los partes de interconsulta por ambos niveles, el análisis del tiempo de demora en la remisión de pruebas complementarias, la comprobación de las listas de espera en consultas, la existencia de informe clínico de alta en urgencias, la remisión de las altas de hospitalización con carácter diario, el establecimiento de protocolos diagnóstico terapéuticos de área (diabetes, SIDA, cuidados paliativos, amigdalectomía, prevención del cáncer de cervix...), la puesta en marcha de comisiones conjuntas de Farmacia e Investigación y la implantación de interconsultas docentes y sesiones clínicas conjuntas entre los especialistas y los facultativos de Atención Primaria en los centros de salud, acordes a las necesidades planteadas por ambos niveles (308 interconsultas realizadas en 1993).

Un elemento importante, que podría introducirse en la facturación de servicios en un área, sería la posibilidad de que el médico de Atención Primaria y/o el ciudadano eligieran especialista (Gervás,1992). Éste a su vez percibiría un porcentaje de su retribución de forma capitativa.

Además de la facturación de servicios, y en relación con el contenido del contrato programa de este año, también se presenta la optimización de recursos que se prevé obtener en nuestro Área con la implantación de un protocolo de cuidados paliativos entre Atención Primaria y Especializada. A las ventajas económicas que representa el programa, 24 millones, que serían destinados para otras acciones conjuntas, habría que añadir otras más importantes ligadas a la satisfacción del paciente terminal (muerte digna). Por tanto, la presupuestación por programas de Área podría enriquecer de manera notable la facturación.

Las limitaciones de la metodología de determinación de los costes para la facturación vinieron dadas por las diferencias existentes entre las áreas incluidas, sobre todo en lo que respecta a los siguientes aspectos: complejidad, tecnología, personal, gasto histórico, producción y población de referencia.

En el cálculo de la facturación de Atención Especializada del Área 8 la CAM (Hospital de Móstoles) a la Atención Primaria de ese mismo Área, existe otra limitación. En el coste total de 1993 no se incluyeron las interconsultas docentes, ni las pruebas radiológicas solicitadas a los centros de especialidades. Tampoco se han tenido en cuenta las posibles penalizaciones.

5.- CONCLUSIONES

La facturación informativa de Servicios entre Atención Primaria y Atención Especializada presenta las siguientes ventajas:

- 1.- La coordinación entre ambos tipos de asistencia, dentro del Área Sanitaria.
- 2.- La planificación conjunta de los recursos.
- 3.- El establecimiento de un catálogo de productos y precios.
- 4.- La fijación en la transacción de criterios de calidad como el tiempo máximo de demora y la existencia de información clínica que mejorarían la asistencia y grado de satisfacción del usuario.
- 5.- La comunicación entre los profesionales de los dos ámbitos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

ALONSO CUESTA P, y Colbs. (1993). Análisis de la producción y el coste en un hospital de agudos. Fulls Economics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona.
Situación actual y futuro de la Atención Primaria de salud. Botejera Sanz A.; Cordero Torres M. (1993); Capítulo XI.- Relación entre la Atención Primaria y la Especializada. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid.

CARRILLO E, JUNCOSA S, (1991). Retorno al White Paper. La reforma del sistema británico de Atención Primaria vista desde Cataluña. Atención Primaria 11, Noviembre 1991: 92-96.

DAY P, (1992). The State, the NHS, and General Practice.

ELOLA SOMOZA, J (1991). Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España.

GERVÁS CAMACHO J.J. (1992). Obstáculos a la libre elección de Médico. El Médico, 470: 66-74.

HARRIS A, (1989). A GPs perspective. BMJ 298: 884-885.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1990). Gestión analítica. Hacia la contabilidad analítica en los hospitales. Madrid.

NAVARRO, V (1991). The relevance of the U.S. experience to the reforms in the British National Health Service. Int. J. Health Serv., 21 (3): 381-387.

PLAYER D (1990). "Working for patient" and inequalities in health care. Practitioner: 234-275.

STAREY N; BOSANQUET N; GRIFFITHS J (1993). General practitioners in partnership with management. BMJ Jan 30:308-10.

TUDOR HART, J (1992). Two paths for medical practice. The Lancet, vol 340: sept 26: 772-775.