



Gestión privada y pública de la sanidad, la experiencia catalana

Breve introducción histórica

La Ley General de Sanidad de 1986, tuvo su repercusión en la modernización de la Atención Primaria de Salud (APS), convirtiéndola en el primer nivel asistencial con un modelo más centrado en la salud y en la prevención que en épocas anteriores. Estructuralmente señala que las Áreas Básicas de Salud (ABS) son el eje básico de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, conforme a una concepción integral de la Sanidad, de manera que, desde ellas, sea posible ofrecer todas las prestaciones propias del sistema sanitario. Las áreas se distribuyen, de forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales delimitadas, teniendo en cuenta factores de población, dispersión geográfica, comunicaciones y otros de diversa índole; pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.

La Reforma de la Atención Primaria de Salud (RAP) iniciada en 1984¹, ha contribuido a tener un buen Sistema Nacional de Salud (SNS); sin embargo, las reformas emprendidas en los últimos veinte años, concretamente en el primer nivel asistencial, más enfocadas a la gestión económica que a la asistencial, han impedido una Atención Primaria más personalizada, centrada en el paciente y sin que el hospitalocentrismo haya disminuido su preponderancia.

Se ha perdido una ocasión histórica para integrar todos los servicios sanitarios en una organización única, dado que una de las tareas pendientes tanto del actual gobierno central, como de los anteriores, sería la de refundir la dispersa legislación sanitaria.

Conviene recordar que Cataluña, desde 1995, ha organizado el experimento de conceder la gestión de las ABS a los proveedores hospitalarios integrantes de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP es su acrónimo en catalán) en su ámbito territorial de influencia o a grupos de profesionales (principalmente facultativos) constituidos como sociedades anónimas en entidades de base asociativa (EBA).

Estas políticas privatizadoras se introdujeron en nuestro país a partir de 1990, con la promulgación de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC)² y su reforma², en 1995, que obliga al ICS, gestor³ en el año 2005 de 8 hospitales de los 59 que componen la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) con 4.125 camas, el 32% de las utilizadas por la sanidad pública, 636 salas de consultas externas y 126 quirófanos, el 36% del total, y único proveedor de servicios de Atención Primaria en 1981, a ser sólo un proveedor más de servicios sanitarios y a perder su monopolio en la Atención Primaria en favor de los intereses de los otros proveedores, bien sean estos de titularidad privada, mixtos o dependientes de una administración.

En el año 2006, de los 352 Equipos de Atención Primaria (EAP) en funcionamiento, 276 estaban gestionados por el ICS y los 76 restantes a través de 36 entidades proveedoras. La población absoluta asignada, el porcentaje del número de ABS y la población asignada sobre el total a estos proveedores se muestran en la tabla 1.

¿Qué dicen las evaluaciones realizadas en Cataluña?

Son dos las evaluaciones conocidas, una tercera está en fase de redacción y esperamos que pronto salga a la luz.

La primera, realizada en el año 2000 y publicada en septiembre de 2002 por iniciativa de Antón Cañellas, a la sazón, Defensor del Pueblo de Cataluña (Síndic de Greuges es su nombre en catalán) con el título: "Aproximación a la situación de la atención primaria de la salud a Cataluña"⁴. Este extraordinario informe del Síndic de Greuges, de cien páginas, tuvo su razón de ser en la lenta implantación de la reforma en Cataluña, ya que la larga convivencia del modelo antiguo y el nuevo comportaba que, durante muchos años, la ciudadanía de nuestro país hubiera recibido unos servicios de Atención Primaria muy desiguales que generaban agravios comparativos y abundantes quejas en la oficina del Síndic.

El informe, con sus reflexiones y recomendaciones, fue presentado a los diputados del Parlamento y ciudadanos de Cataluña e incorpora la opinión de los profesionales y usuarios de la APS.

El estudio se basa en la información obtenida por la tramitación de expedientes originados por quejas de la ciudadanía o por las actuaciones de oficio, visitas a los centros y análisis de las respuestas que los profesionales y usuarios, de 6 centros de APS, dieron a las encuestas realizadas por el equipo de evaluación de la Sindicatura. Compara además, los diferentes modelos de gestión, contrastando los resultados de los centros reformados y no reformados, públicos y privados.

Como acertadamente dice el título del informe, es una aproximación, y las conclusiones sólo exponen que los centros reformados, como ya se intuía, obtienen mejores resultados, ya sean de gestión pública o privada, o bien de asociativa privada. Las características de los centros evaluados se presentan en la tabla 2.

La segunda fue realizada por la Fundación Avedis Donabedian (FAD), adjudicataria del concurso público convocado por CatSalud, en el año 2002, de título: *“Auditoria externa para la evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios”¹⁶*, con el objetivo de conocer el estado de la reforma de la atención primaria en Cataluña que estaba finalizando en ese año y la situación de los servicios en los diferentes modelos de provisión.

Se evaluaron aspectos (indicadores) de la capacidad organizativa y clínica de los equipos de primaria de Cataluña y de los diferentes modelos de gestión, y se auditaron los datos que las entidades proveedoras dan al CatSalut en el cumplimiento de los contratos, en este caso los correspondientes al año 2001.

La muestra evaluada (un total de 50 centros) se basaba en el muestreo aleatorio de centros del Instituto Catalán de la Salud (ICS), de los centros gestionados por otras entidades de provisión y de la totalidad de las entidades de base asociativa, que eran cinco hace tres años, manteniendo las distribuciones de ruralismo y áreas sanitarias de la totalidad de Cataluña.

La obtención de los datos requirió la revisión de 15.360 historias, 2.764 llamadas telefónicas a los centros para verificar los indicadores de accesibilidad, revisión de los registros de vacunaciones, atención domiciliaria, observación directa de los elementos estructurales, entrevistas con los directores de los equipos de atención primaria y responsables de las unidades de atención al usuario y los datos del Servicio Catalán de la Salud. El trabajo de campo se llevó a cabo por parte de 15 médicos, en su mayoría especialistas en medicina familiar y comunitaria, y fue posible gracias a la colaboración de los directores y de los demás profesionales de los centros.

Los resultados dicen que la diversificación de la gestión del primer nivel asistencial no ha aportado diferencias significativas entre los diferentes proveedores: Instituto Catalán de la Salud (ICS), entidades de base asociativa (EBA, autogestión) y consorcios hospitalarios (otros distintos al ICS).

De 103 indicadores sólo una tercera parte presenten diferencias entre los tres modelos de gestión (ver tabla 3), de lo que se deduce que es cuestión de matices poder decir cuál es mejor o peor.

No se observan diferencias remarcables en la accesibilidad, donde se ha recogido que hacen falta 1,5 días para obtener cita con el médico de familia y 0,5 días con el pediatra; las visitas de medicina de familia por profesional y día son 28,5 de media en consulta y 3,5 en domicilio.

El coste por habitante y año de la primaria en Cataluña era de 99,2 euros que en el caso del ICS es de 99,9 euros, en las EBA de 95,4 y en los otros proveedores, de 98,5.

Por lo que respecta al importe líquido de la prescripción farmacéutica por habitante y año, los datos revelan que ascendía de media a 162,48 euros y que, en este caso, sí ofrece diferencias significativas entre los tres modelos de gestión: ICS, 161,47 euros; EBA, 148,83, y los consorcios hospitalarios, 170,05. Ahondando en el porcentaje de desviación del importe líquido de la prescripción farmacéutica respecto al presupuesto de farmacia asignado, se fija un 2,2 por ciento para el conjunto de la primaria, que en el caso del ICS sube al 3 por ciento y en el resto de proveedores queda por debajo de lo previsto: EBA, menos del 5,1 por ciento, y consorcios, menos del 1,9 por ciento.

Hay que precisar que el ratio de población empadronada por médico de familia es similar en los tres modelos, con un media de 1.599 habitantes por profesional, y que las diferencias se dan en el ratio de población empadronada por enfermera: 1.549 personas en el ICS, 2.903 en las EBA y 1.530 en los consorcios hospitalarios.

Se confirma que los resultados en materia de práctica clínica/efectividad son buenos sin diferencia: el grado de buen control de la presión arterial en hipertensos diagnosticados, por ejemplo, asciende al 43,7 por ciento, por encima de resultados de otros estudios de la literatura científica. El porcentaje de población de 0-14 años correctamente vacunada es del 85,3 por ciento de media y el porcentaje de población mayor de 64 años correctamente vacunada contra la gripe, del 55,7.

Los centros gestionados por equipos de base asociativa de profesionales (autogestión) parece que ofrecen mayor satisfacción a los médicos, según la auditoría de la Fundación Avedis Donabedian, que completó su informe relativo a la primaria catalana con un encuesta de calidad de vida profesional elaborada en la Universidad de Barcelona (ver Tabla 4).

Esta encuesta se envió a todos los profesionales de los equipos estudiados, de los cuales respondieron 1.199, el 61,9 por ciento. De las respuestas se deduce que, en general (en toda la primaria), el grado de motivación es elevado, destacando las ganas de ser creativo y el orgullo del propio trabajo, pero creen que se les reconoce poco el esfuerzo que hacen o que su empresa hace poco por mejorar su calidad de vida, además de que valoran en poco el hecho de que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas. Tampoco creen tener posibilidades de promoción dentro del equipo, y manifiestan insatisfacción con el sueldo.

Destaca, como era de prever, que los profesionales que trabajan en un centro con autogestión, tienen mayor satisfacción con el tipo de trabajo, con el sueldo y con el reconocimiento de su esfuerzo. Parecen tener más autonomía y libertad de decisión, menos presión por falta de tiempo para hacer el trabajo y menos estrés. Y algo no tan positivo: menos tiempo para la vida personal.

Conclusiones

Leer los amplios estudios del Síndic de Greuges y de la auditoría externa que ha realizado la Fundación Avedis Donabedian para el Servicio Catalán de la Salud da la impresión de que en Cataluña, durante los últimos años, se ha hecho demasiado ruido⁶ para tan pocas nueces en lo que respecta a la diversificación de la gestión de la atención primaria, rompiendo el monopolio en el primer nivel asistencial del Instituto Catalán de la Salud.

Los trabajos han permitido tener datos, suscitar debate y sirven para detectar necesidades, evidenciar realidades y planificar a corto plazo si existe voluntad política y visión de futuro.

Un primer análisis general de los datos existentes parece abonar la teoría de que las gestiones privadas no son un modelo destinado a mejorar la protección sanitaria de la población; por el contrario, parecen estar dirigidas a reducir gastos, bien entendido por ello que los gobiernos autonómicos no incrementan en lo necesario sus presupuestos anuales o autorizan a los proveedores sanitarios de gestión privada a gastar más de lo aprobado e imputan los desajustes de sus balanzas presupuestarias, fuera del marco de la contabilidad pública, a la deuda propia de las organizaciones sanitarias de gestión privadas en sus variadas fórmulas jurídicas⁷.

Las ventajas e inconvenientes de la gestión pública versus la gestión privada de la sanidad se presentan en la tabla 5.

En nuestra opinión, el énfasis por el mercado y la competición entre proveedores ha agravado las dificultades del SNS; queremos destacar tres elementos que por su magnitud tienen una gran importancia ahora mismo, y la tendrán en los próximos diez o quince años: la débil coordinación entre niveles, que incrementa el gasto y las quejas de los ciudadanos; las escasas actividades de salud pública y de prevención, promoción y educación sanitaria en la comunidad, que han frustrado las expectativas creadas con la Reforma de la Atención Primaria⁸⁹ y su supuesta capacidad de resolución a un menor coste y las significativas migraciones de profesionales que podrían crear tensiones en la capacidad resolutoria de los centros sanitarios en algunos territorios, aumentando las listas de espera diagnósticas y quirúrgicas, es decir, la equidad del sistema y su actual calidad.

En la década de los años noventa, la justificación de *CatSalut*, sobre la idoneidad de la contratación con una entidad de gestión privada¹⁰, era puramente retórica, y políticamente interesada, pues aún hoy día no se dispone de sistemas de información que permitan comparar los resultados de uno u otro tipo de gestión. De hecho, los expertos, en evaluaciones parciales realizadas, opinan que no existen diferencias importantes.

La política de compra del *Servei Català de la Salut*, en los primeros años del siglo XXI, ha dado un giro significativo, persigue las alianzas entre empresas sanitarias y está desarrollando un proyecto piloto de compra, con base capitativa¹¹, para fomentar la colaboración¹² entre los diferentes proveedores que atienden a la misma población, en un territorio determinado que habitualmente coincide con la división administrativa territorial de Cataluña de 41 comarcas, a excepción de los territorios que conforman el área metropolitana de Barcelona.

Se pretende que el resultado económico no sea un fin en sí mismo, sino que surja como consecuencia de que la organización¹³ preste una mayor atención al liderazgo profesional, se preocupe de las personas que atiende y de las que trabajan en ella, tenga una mayor implicación con la sociedad, busque sinergias con otras instituciones e intente mejorar los procesos. Es una estrategia de avance posibilista para una administración pública que cada día ha de ser más competitiva.

Nuestra recomendación es mantener y potenciar la gestión pública mediante el desarrollo de fórmulas ajustadas de financiación *per cápita*, como mecanismo clave para repartir recursos en función de las necesidades sanitarias y favorecer la integración y coordinación entre niveles asistenciales. Así como realizar ajustes de plantilla pactados y negociados, particularmente en los grandes centros hospitalarios, con objeto de reducir excedentes de personal de ciertas categorías, además de fomentar la movilidad e incentivar las jubilaciones anticipadas.

Finalmente, queremos reseñar que los ciudadanos, entretanto y ajenos a estas fórmulas gestoras, siguen demandando que no existan listas de espera diagnósticas y quirúrgicas, que se amplíen las prestaciones, que haya una mayor calidad del servicio, con más atención personalizada, domiciliaria y de urgencias, que el acceso sea más fácil con la posibilidad de elección de centro y profesional, y no entienden la

descoordinación actual de los servicios primarios, especializados, sociosanitarios y de salud mental.

Bibliografía:

¹ Decreto 84/85 de 21 de marzo, de medidas para la Reforma de la Atención Primaria.

² Ley 15/90 de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. Y su reforma parcial mediante la ley 11/95 de 15 de octubre.

³ Anuario ICS 2002 y memorias ICS 2003-2005.

⁴ Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. 24 de octubre de 2002.

⁵ Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis. 2002 .

⁶ Albert Ledesma. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev Adm Sanit. 2005;3:73-81.

⁷ Informes anuales de las sindicaturas de cuentas de Cataluña, Galicia y Valencia.

⁸ Rico A., Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria?. Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Rev Adm Sanit. 2002;2:

⁹ Rico A, Busse R. Sistemes i reformes sanitaris a Europa. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari 2000; 34: 6-16

¹⁰ Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEM 1996. Autogestión en atención primaria. Aten Primaria 1998; 21: 483-488.

¹¹ Ortún V, López G, Puig J, Sabés R. El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari 2000; 35: 8-16.

¹² Gené J. De la autogestió a la direcció clínic. Atención Primaria 2001;28:149-150.

¹³ Gené J. Macrogestió de la atenció primària inspirada en un model de qualitat total: la experiència del ICS. Cuadernos de Gestió 2002;8:192-6.