

FULLS ECONÒMICS DEL SISTEMA SANITARI

Número 37 setembre 2003

La reforma de l'atenció primària a Catalunya

 Català

 Castellano



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

ConSELL de redacció

President
JOSEP PRAT
Director
MIGUEL ARGENTE
Membres
SALVADOR DOY
ROSER FERNÁNDEZ
M. JOSÉ ÀLVAREZ

Coordinació i redacció

ROSER FERNÁNDEZ
VICTÒRIA PETANÀS

Col·laboració

RICARD BALLBÉ
JOAQUIM BAÑERES
FRANCESC BROSA
SÍLVIA CUTILLAS
DEPARTAMENT D'ECONOMIA I FINANCES
ÀNGELS ELIAS
JOAN FERRER
JOSEP FUSTÉ
JOAN GENÉ BADIA
CARME LACASA
ALBERT LEDESMA CASTELLORT
RAFAEL LÓPEZ
GUILLÈM LÓPEZ CASASNOCAS
MERCE MARZO CASTILLEJO
LLUÍS NUALART I BERBEL
MIQUEL OLIVET
CAROLA ORREGO
IVAN PLANAS MIRET
JOAN ANTONI PONSÀ
NÚRIA RIERA I MOLIST
ROSA JUÑOL
CONCEPCIO VIOLAN

Edició

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

© GENERALITAT DE CATALUNYA
DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL

Distribució

DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL
Edifici Olímpia
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Telèfon 93 403 85 85

ISSN

0214-7998

1a. edició

Barcelona, setembre del 2003

Tiratge

5.500 exemplars

El Departament de Sanitat i Seguretat Social no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles publicats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Coordinació editorial

C i C

Disseny i realització gràfica

ORTEGA I PALAU, S.L.
Rambla de Catalunya, 14, 4t. 1a.
08007 Barcelona

Impressió

GRÀFIQUES CUSCÓ

Dipòsit legal

B - 30015/89

SUMARI

► EDITORIAL	3
► ENTORN ECONÒMIC	
L'evolució recent de l'economia catalana, pel Departament d'Economia i Finances	6
► QÜESTIÓ DE FONS	
La reforma de l'atenció primària de salut, per Joan Antoni Ponsà, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet i Concepció Violan	8
El model d'atenció primària de Catalunya davant una realitat canviant. El Pla de millora de l'atenció primària, per Josep Fusté, Carme Lacasa, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Miquel Olivet, Joan Antoni Ponsà i Concepció Violan	16
► PÀGINES DE GESTIÓ	
Gestió de la qualitat en l'atenció primària. El model del Grup Sagessa, per Lluís Nualart i Berbel	21
La gestió de la prescripció farmacèutica, per Núria Riera i Molist	24
La direcció clínica en l'atenció primària, per Joan Gené Badia i Mercè Marzo Castillejo	29
Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis, per Joan Antoni Ponsà, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet, Concepció Violan, Joaquim Bañeres, Joan Ferrer, Carola Orrego i Rosa Suñol	33
Gestió de la compra d'atenció especialitzada, per Albert Ledesma Castellort	40
L'atenció primària de salut en el marc dels sistemes de pagament capítatiu, per Rafael López, Concepció Violan, Josep Fusté, Ricard Ballbé i Francesc Brosa	42
► COL-LABORACIÓ	
Anàlisi dels models organitzatius europeus en l'àmbit de l'atenció primària per Guillem López Casasnovas i Ivan Planas Miret	48
► ACTUALITAT	
	55

L'atenció primària de salut és el tema d'anàlisi d'aquest número 37 de *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Aquest any ha finalitzat el procés de reforma de l'atenció primària (RAP), iniciat l'any 1986, i l'objectiu de la publicació que teniu a les mans ha estat aplegar un conjunt d'articles que, des de la pluralitat dels avenços en tots els àmbits de gestió de l'atenció primària i des de la diversitat de proveïdors que hi han participat, ens permetin reflexionar sobre les aportacions de la RAP, sobre els aspectes que s'han de millorar i sobre les exigències de futur.

Aquest número s'ha estructurat en tres grans apartats: la «Qüestió de fons», les «Pàgines de gestió» i la «Col·laboració».

En l'apartat «Qüestió de fons» s'inclouen dos articles elaborats per professionals de la Divisió d'Atenció Primària del CatSalut.

El primer article, «La reforma de l'atenció primària de salut», revisa el que ha estat el procés de la RAP a Catalunya, una de les reformes de més envergadura fetes en el sistema sanitari de Catalunya, i apunta les dificultats principals que s'han anat trobant en l'aplicació d'aquesta (recursos econòmics i disponibilitat d'infraestructures) i quines han estat i són les especificitats pròpies del model català (diversificació de la provisió i contracte de serveis). S'hi constata que el procés de desenvolupament de la RAP al llarg d'aquests anys ha comportat la implantació progressiva d'un model d'atenció primària de salut que ha permès conferir-li el paper de primer graó d'accés de la població a l'assistència sanitària i transformar-lo en el nivell assistencial que ha facilitat la integració equilibrada de l'atenció preventiva, l'atenció curativa, l'atenció rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat. Tal com expressen els mateixos autors, la finalització del procés d'implantació de la RAP, però, no és cap punt d'arribada, sinó que les noves exigències ens obliguen a parlar, paral·lelament, del Pla de millora de l'atenció primària.

El segon article, «El model d'atenció primària de Catalunya davant una realitat canviant. El Pla de millora de l'atenció primària», apunta les línies estratègiques necessàries per adequar els serveis d'atenció primària, un model que, en essència, continua sent vàlid davant els nous reptes. El Pla de millora ha estat elaborat amb la participació dels principals estaments que actuen en aquest àmbit (planificadors, gestors, professionals) i es basa en tres grans eixos, que han de guiar el procés de millora i adaptació de l'atenció primària: el protagonisme i la capacitat d'elecció dels ciutadans; l'autonomia i la responsabilització dels professionals, i la conceptualització de l'atenció primària com a vertebradora del sistema de salut.

S'estableixen cinc línies estratègiques: adequar la resposta de l'atenció primària a les noves necessitats i expectatives dels ciutadans/clients; millorar el valor i els resultats de l'atenció primària; adequar la relació amb els proveïdors per tal d'assegurar la resposta a les necessitats i expectatives dels assegurats del CatSalut i garantir la sostenibilitat del sistema; millorar la satisfacció i la motivació dels professionals de l'atenció primària i potenciar-ne la implicació, i fer de la informació un instrument de qualitat i atorgar a l'avaluació un paper central, d'acord amb el model d'atenció primària. Per a cada una de les línies estratègiques s'apunten les propostes d'actuació l'operativització de les quals correspon tant al CatSalut com a les entitats proveïdores, mitjançant els plans operatius d'actuació de cada institució i les actuacions que es prioritzen en els contractes per a cada exercici.

En l'apartat «Pàgines de gestió» s'inclouen sis articles elaborats per entitats proveïdores de l'atenció primària de salut a Catalunya, en els quals s'analitzen experiències concretes en els diversos àmbits de la gestió.

L'article «Gestió de la qualitat en l'atenció primària. El model del Grup Sagessa» defineix el concepte de la qualitat com un esforç constant d'assegurament i millora l'objectiu final del qual són els clients, les seves necessitats i les seves experiències, abonat pel compromís dels professionals en una organització i un sistema de gestió eficaços i per la disponibilitat dels mitjans necessaris en el context que atribueixi la planificació sanitària. El procés de millora de la qualitat iniciat pel Grup Sa-

gessa ha adoptat, com a models d'avaluació complementaris, el model europeu de la qualitat total (EFQM) i el model d'acreditació de la Joint Commission, i la valoració que es fa de tot aquest procés és el que ha permès implantar una nova cultura de la qualitat, segons la qual la qualitat ja no és percepuda com una imposició de la direcció i passa a ser una eina imprescindible en la presa de decisions quotidianes de l'organització.

L'article «La gestió de la prescripció farmacèutica» del PAMEM, exposa la importància de la gestió de la prescripció farmacèutica que implica racionalitzar l'ús dels recursos farmacèutics, tant des del punt de vista sanitari com econòmic, és a dir, incrementar la qualitat i la seguretat de la prescripció, i l'eficiència de les intervencions, la qual cosa requereix necessàriament una actuació conjunta, coordinada i coherent de tots els agents implicats, inclosos els mateixos usuaris, la coresponsabilització dels quals també s'ha d'aconseguir. No es tracta de gastar molt o poc, sinó de gastar-ho correctament i a un cost sostenible. Entenent que la prescripció de medicaments és el resultat final d'un procés de decisió, l'article apunta diferents elements a tenir en compte en la gestió de la prescripció farmacèutica des de la perspectiva del proveïdor: elements de suport a la prescripció (tecnologies de la informació i la comunicació; informació; evidència científica); elements per a l'avaluació i la millora de la utilització de medicaments (indicadors; revisió de tractaments farmacèutics; educació sanitària), i elements de motivació professional (formació, incentius). L'article apunta com a elements de futur la incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació, que permeten superar barreres físiques i relacionals entre els professionals sanitaris i la població, l'establiment de la recepta electrònica, la progressiva assumpció de les guies de pràctica clínica i de la història clínica informatitzada per a les malalties cròniques més prevalents, els programes de gestió de patologies (*disease management*) en l'abordatge de malalties cròniques, i els programes de gestió de salut (*health management*).

L'article «La direcció clínica en l'atenció primària», elaborat per la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS, presenta l'experiència i els primers resultats aconseguits després de pràcticament quatre anys d'implantació de la direcció clínica. La conclusió fonamental és que la direcció clínica, a diferència de les estratègies basades en la productivitat i la contenció de costos, aporta un llenguatge comprensible, tant per als professionals, com per als gestors i els ciutadans. Per tant, és una tècnica, basada en l'evidència, la gestió del coneixement i la qualitat total, adequada per modernitzar organitzacions sanitàries públiques i complexes com l'ICS, és ben acceptada pels professionals i els resultats són satisfactoris per als usuaris. L'article fa un repàs dels instruments principals de la direcció clínica de l'ICS: el contracte, el nou organigrama de l'àmbit de la primària de l'ICS, un model retributiu basat en els objectius i la carrera professional, la informatització i el desplegament d'instruments que han de permetre apropar les evidències als professionals (recomanacions de prescripció de proves diagnòstiques, guies de pràctica clínica, comitè d'avaluació de nous medicaments). Finalment, l'article objectiva resultats concrets d'aquesta experiència en l'àmbit de la satisfacció dels usuaris, l'atenció preventiva i curativa en la consulta, l'atenció domiciliària, els productes intermedis i la prescripció farmacèutica.

L'article «Avaluació de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis» explica l'objectiu i els principals resultats de l'estudi encarregat pel CatSalut a la Fundació Avedis Donabedian. L'objectiu de l'estudi ha estat obtenir els resultats d'un conjunt d'indicadors sobre vuit dimensions de l'atenció primària (accessibilitat, pràctica clínica i efectivitat, continuïtat i coordinació, eficiència, atenció comunitària, estructura, activitat assistencial i satisfacció dels professionals), destinats a avaluar l'atenció primària i la diversificació de la provisió de serveis, i auditar les dades que han proporcionat les entitats proveïdores en el procés de seguiment de l'avaluació dels contractes d'EAP de l'any 2001. Els resultats de l'estudi posen de manifest que la situació dels serveis d'atenció primària, en termes generals, és bona. Pel que fa a la diversificació de la provisió s'observa que totes les entitats proveïdores poden treure profit de l'experiència de les altres i, alhora, també poden proporcionar elements de millora a la resta. Des d'un punt de vista general, l'anàlisi dels resultats de l'estudi ha de permet-

tre donar prioritat, en els contractes, en el marc del Pla de millora de l'atenció primària, als aspectes dels serveis que s'ha demostrat que són millorables.

L'article «Gestió de l'atenció especialitzada», elaborat per l'Equip d'Assistència Primària Vic, SL, explica l'experiència de l'acord entre el CatSalut i l'EBA Equip d'Assistència Primària Vic, SL de gestió d'una part del pressupost de l'atenció especialitzada que presta servei als ciutadans adscrits a l'ABS Vic 2. L'acord va néixer a partir de la hipòtesi que per mantenir una relació eficient entre nivells assistencials calia establir una relació contractual entre entitats, amb una contraprestació econòmica, i que calia que l'atenció primària assumís més competències i que l'atenció especialitzada participés activament en aquest procés de canvi en l'organització assistencial. L'article explica l'impacte que té la gestió d'un pressupost de gestió de l'atenció especialitzada sobre el grau de resolució de l'atenció primària, la relació entre nivells assistencials, l'accessibilitat i la qualitat de les derivacions, i l'impacte que pot tenir la compra de serveis de base capitativa en experiències de gestió d'aquest tipus.

L'article «L'atenció primària de salut en el marc dels sistemes de pagament capitatiu» obre una nova perspectiva del sistema de pagament de l'atenció primària en el marc de l'assignació d'un pressupost per càpita al conjunt de proveïdors que operen en un territori. Fa un repàs de l'evolució del sistema de pagament dels equips d'atenció primària, analitza quines haurien de ser les característiques bàsiques d'un sistema capitatiu de pagament de l'atenció primària i l'encaix de l'atenció primària en les experiències de compra integral de serveis de base poblacional. El model de compra capitativa pretén superar els problemes que genera la compra actual, fraccionada per línies de serveis, i evolucionar cap a la compra integral de serveis de salut. En el marc de la compra capitativa, el conjunt de proveïdors del territori ha d'estudiar quin és el dispositiu assistencial més pertinent per atendre cada pacient o cada aspecte de l'atenció en termes de resolució i cost d'oportunitat i estimular l'atenció compartida entre nivells. Aquest marc és una oportunitat per potenciar el paper de l'atenció primària.

Finalment, en l'apartat «Col·laboració», s'inclou un article elaborat pel Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra, «Anàlisi dels models organitzatius europeus en l'àmbit de l'atenció primària». Aquest text, en primer lloc, concreta la definició d'atenció primària que empra com a base (Starfield) i que identifica els trets principals de l'atenció primària amb la porta d'entrada al sistema; l'assumpció d'una responsabilitat longitudinal sobre els pacients, independentment de la presència o l'absència de malaltia, i la integralitat dels aspectes físics, psicològics i socials de la salut. Sobre la base d'aquest concepte, l'article analitza la situació de l'atenció primària a Europa des d'aquests tres vessants: filtre, longitudinalitat i universalitat, i diferencia els tres models d'atenció primària europeus: els dels països amb sistemes nacionals de salut, els dels països amb seguretat social i els dels països amb model Semashko (exsoviètics). L'article inclou quadres comparatius molt interessants referents a l'atenció primària en els països europeus sobre aspectes com el grau de participació financer dels usuaris vinculats a l'atenció primària, així com elements característics de l'atenció primària dels diversos països, pel que fa a aspectes com la població amb dret a cobertura, la lliure elecció, la gratuïtat, el pagament, el paper de filtre i el model organitzatiu prevalent.

Aquest número de *Fulls Econòmics* és especialment rellevant. En primer lloc, perquè –com dèiem– aborda un dels processos de reforma més estratègics del nostre sistema sanitari i recull la integratilitat dels diversos àmbits de gestió de l'atenció primària, amb la participació i la col·laboració de la diversitat d'entitats proveïdores d'atenció primària a Catalunya. En segon lloc, perquè la qualitat conceptual i estructural dels articles mereix una rellevància especial, que cal fer avinent als lectors i agrair als professionals que hi han participat, ja que ens fa observar l'evolució i la maduresa de les experiències de gestió en aquest nivell de l'atenció sanitària. Finalment, perquè tots els articles aporten no només experiències i propostes que ens permetran garantir el procés de millora de l'atenció primària a Catalunya, des del punt de vista de la integralitat de l'atenció i la gestió dels serveis, de la participació dels professionals i de la millora de l'accessibilitat dels ciutadans.

**Direcció General
de Programació Econòmica**

**Departament d'Economia
i Finances**

L'evolució recent de l'economia catalana

L'economia catalana presenta un ritme de creixement força estable, que en el segon trimestre se situa en un 2,2%. La nota predominant en el context internacional és la debilitat econòmica, que és especialment acusada a la Unió Europea i, dins d'aquesta, a Alemanya, cosa que explica la feblesa de la demanda exterior experimentada per l'economia catalana. L'aspecte més rellevant de la conjuntura actual és la millora de la inversió en béns d'equipament.

L'economia catalana, la primera meitat del 2003, ha seguit una pauta d'evolució similar a la dels dos exercicis darrers. En el segon trimestre, el primer avanç de dades situa l'evolució del PIB en termes de valors corregits d'efectes estacionals i de calendari en un 2,2%, una taxa lleugerament superior a l'obtinguda en el primer trimestre, d'un 2,1%. El comportament de l'economia catalana en aquesta primera meitat de l'any s'inscriu en un context internacional de debilitat econòmica que, malgrat la superació de les principals incerteses a l'entorn del conflicte bèl·lic de l'Iraq i de les successives reduccions del cost del dinar, tant als Estats Units com a la zona de l'euro, no s'acaba d'enlairar. Aquesta debilitat econòmica és especialment acusada a la Unió Europea i, dins d'aquesta, a Alemanya. Això explica la feblesa de la demanda exterior a Catalunya i dibuixa en aquests moments un panorama poc propici per a la continuïtat de la relativa millora experimentada durant els mesos de març i abril, sobretot si es considera que, a més de la debilitat del mercat de la Unió Europea, l'apreciació de l'euro frena l'accés a altres mercats.

L'aspecte que pren més rellevància en aquest context incert de l'economia és la represa de la inversió en béns d'equipament detectada pels resultats macroeconòmics trimestrals de l'Institut d'Estadística de Catalunya, represa que es va iniciar el darrer trimestre del 2002 i que s'ha refermat durant el primer trimestre d'enguany, malgrat el clima internacional advers d'aquest període. Aquesta tendència de millora de la inversió és avalada també pels resultats de l'enquesta d'inversió a les em-

preses industrials que elabora la Direcció General d'Indústria del Departament de Treball, Indústria, Comerç i Turisme. En efecte, la darrera enquesta d'inversió industrial de primavera permet fer unes previsions d'inversió per al 2003 que recuperen valors positius en termes corrents, després de la reducció iniciada al final del 2001, que es va aguditzar al principi del 2002, per anar-se redreçant –tot mantenint, però, valors negatius– en el decurs de l'any.

L'activitat industrial presenta una millora relativa de la segona meitat de l'any passat ençà, amb una dinàmica que segueix de prop la de la demanda exterior del sector. El clima industrial, el mes de juny, encara mostra la incertesa com a tret dominant, segons les opinions empresarials del sector.

El sector de la construcció continua mantenint un ritme fort d'activitat. L'elevat volum d'obra pública en construcció i un nou increment del nombre d'habitacions iniciats el primer trimestre avalen aquesta fortesa, que, d'altra banda, també queda palesa en l'increment important del nombre d'affiliats a la Seguretat Social en aquest sector.

Pel que fa al sector de serveis, els resultats del segon trimestre mostren una lleugera millora, derivada del reforçament del consum privat i del sector turístic, tal com detecten, entre altres, les dades del nombre d'affiliats a la Seguretat Social en les activitats relacionades amb el comerç, els serveis personals, l'hoteleria i els serveis turístics en general.

Finalment, les previsions d'aquest moment pel que fa al sector agrari són d'una reducció de la producció final agrària d'un 2,3%, segons estima el De-

Evolució del producte interior brut a Catalunya

Dades corregides d'efectes estacionals i de calendari. Percentatge de variació interanual

	2002				2003	
	Total any	I trim	II trim	III trim	IV trim	I trim
Agricultura	7,2	3,6	7,0	7,3	10,8	4,3
Indústria	1,3	0,9	1,2	1,3	1,9	2,1
Construcció	3,0	2,2	1,6	4,1	4,1	4,4
Serveis	2,5	2,9	2,6	2,6	1,8	2,0
PIB pm	2,2	2,3	2,1	2,2	2,3	2,1
						2,2

Dades provisionals. (A) Avanç

Font: Institut d'Estadística de Catalunya i Departament d'Economia i Finances

Evolució del producte interior brut a Catalunya

Dades corregides d'efectes estacionals i de calendari. Percentatge de variació interanual.

	2002		2002			2003
	Total any	I trim	II trim	III trim	IV trim	I trim
PIB pm	2,2	2,3	2,1	2,2	2,3	2,1
Components de la demanda						
Demanda interna	2,1	2,1	1,6	2,0	2,6	2,8
Despesa en consum de les llars ¹	1,9	2,2	1,8	1,9	1,8	2,2
Despesa en consum adm. públiques	4,2	2,9	4,7	5,1	4,0	4,1
Formació bruta de capital ²	1,4	1,4	-0,1	0,8	3,5	3,6
Béns d'equipament i altres	-1,1	-1,2	-2,2	-2,1	1,1	1,8
Construcció	3,6	3,1	2,5	4,7	4,3	3,9
Saldo exterior* ³⁻⁴	0,3	0,4	0,5	0,3	-0,1	-0,6
Saldo amb l'estrange ⁴	-0,5	-0,7	1,1	-0,6	-2,0	-0,7
Exportacions de béns i serveis	1,2	-0,6	-0,8	3,1	3,1	3,1
Importacions de béns i serveis	2,3	0,8	-2,9	4,3	7,1	4,6

1. inclou la despesa en consum de les institucions sense finalitat lucrativa al servei de les llars

2. Inclou la variació d'existències

3. Inclou el saldo amb l'estrange i amb la resta d'Espanya

4. Aportació al creixement

Font: Idescat

partament d'Agricultura, Ramaderia i Pesca. Aquesta reducció es deu, bàsicament, a la caiguda de la producció final agrícola, la qual, si es confirmen els pronòstics, serà d'un 6% en relació amb la campanya anterior i afectarà les produccions agrícoles d'una manera generalitzada, excepte en el cas de la fruita fresca, per a la qual s'espera una recuperació dels nivells més normalitzats, després dels mals resultats de l'any passat. En el subsector ramader es preveu una lleugera reducció d'un 0,1%, amb un descens més acusat de la producció d'animals, que es compensarà, en part, per l'increment dels productes d'origen animal (llet i ous).

Des del vessant de la demanda, les dades de l'Institut d'Estadística –que abasten fins al primer trimestre d'enguany– palesen un increment de la demanda interna, la qual, des del darrer trimestre del 2002, supera el creixement del PIB. La major aportació de la demanda interna és compensada per una contribució negativa del sector exterior, que en el segon trimestre és de -0,6 punts i que és producte, d'una banda, d'una aportació negativa de 0,7 punts dels intercanvis amb l'estrange (els quals reben l'impacte de la debilitat de les exportacions i, sobretot, del pes de la factura energètica i de l'increment de les importacions en general) i, d'una altra, d'una aportació positiva de 0,1 punts dels intercanvis comercials de béns i serveis amb la resta de l'Estat.

L'increment que experimenta la demanda interna prové de l'augment de la despesa en consum privat de les llars, que avança fins a un 2,2% sobre un creixement d'un 1,8% en el darrer trimestre de l'any anterior, i de la millora de la formació bruta de capital,

la qual té com a component impulsor la inversió en béns d'equipament, que és un dels factors més positius de la conjuntura actual. Finalment, la despesa en consum de les administracions públiques es manté amb un creixement d'un 4,1%.

En consonància amb la millora relativa de l'activitat econòmica que detecten els indicadors de l'economia, la dinàmica empresarial manté també una moderada trajectòria de recuperació, que es manifesta en el ritme d'activitat, l'ampliació de les plantilles i els beneficis.

En l'àmbit laboral, la marxa de l'economia es concreta en un increment de l'ocupació que, segons l'evolució del nombre d'afiliats a la Seguretat Social, és d'un 2,8% fins al mes de maig. Els sectors que generen més ocupació són els de la construcció i els serveis, que incrementen el nombre d'afiliats en un 4,7% i un 4,2%, respectivament. La indústria, en canvi, continua perdent ocupació en una taxa d'un 1,2%.

L'evolució de la inflació, després dels elevats creixements experimentats l'any anterior, s'ha anat moderant fins a arribar a un creixement estabilitzat en un 3,1% els mesos de maig i juny. Les tensions s'han suavitzat en la major part dels components i la inflació subjacent presenta també una evolució més favorable. El principal factor determinant d'aquesta tendència descendent ha estat l'evolució més favorable dels preus dels carburants, derivada tant de la menor pressió del preu del petroli com de l'apreciació de l'euro davant el dòlar, amb l'efecte abaratidor que això representa per al consum energètic.

Article elaborat en data 4 de setembre del 2003

Joan Antoni Ponsà, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet i Concepció Violan

Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut

La reforma de l'atenció primària de salut

L'article revisa el que ha estat el procés de reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya i en fa un balanç sumari, ja que finalitza l'any 2003. Després d'una petita ressenya històrica sobre els seus orígens i els seus objectius inicials, es duu a terme la valoració dels tres principals, amb una remarcada especial en l'anàlisi de les dificultats d'ordre divers que ha anat trobant, pel que fa als recursos econòmics o la disponibilitat d'infraestructures, entre altres, i en les especificitats pròpies del model català, com la diversificació de la provisió o el contracte de serveis.

Petit apunt històric

L'entrada en funcionament, l'any 1986, dels primers equips d'atenció primària (EAP) a Catalunya significà l'inici efectiu en el nostre país del procés de reforma de l'atenció primària de salut (RAP). Cal recordar els precedents constituïts per les primeres aportacions de canvis conceptuais i organitzatius fetes pels centres adscrits a l'antiga Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Barcelona: Just Oliveres (l'Hospitalet de Llobregat) i Cornellà (Cornellà de Llobregat), i també l'experiència protagonitzada per quatre centres pilot: Canteres (Barcelona), Ciutat Badia (Badia del Vallès), La Mina (Sant Adrià de Besòs) i Vila-roja (Girona)^[1, 2, 3, 4]. Aquesta reforma va néixer amb el propòsit de superar el model assistencial del moment, caracteritzat essencialment pel predomini gairebé absolut de l'atenció curativa a demanda de la població usuària, pel treball individual dels professionals assistencials i per la manca d'orientació de l'oferta assistencial cap a l'atenció al client.

El procés de desenvolupament de la RAP al llarg d'aquests anys ha comportat la implantació progressiva d'un nou model, que propiciés que l'atenció primària de salut pogués desenvolupar el seu paper com a primer graó d'accés de la població a l'assistència sanitària i transformar-se en un nivell assistencial qualitatívalment diferent, per tal d'integrar d'una manera equilibrada l'atenció preventiva, l'atenció curativa, l'atenció rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat.

Els instruments estructurals bàsics per a la planificació d'aquesta reforma han estat la delimitació d'un marc territorial, que ha permès una sectorització operativa de la xarxa assistencial, mitjançant la creació de les àrees bàsiques de salut (ABS), i la implantació progressiva dels EAP: les ABS són les unitats territorials elementals per a la prestació de l'assistència primària d'accés directe de la població i la delimitació d'aquestes unitats es determina atenent els factors geogràfics, demogràfics, socials i epidemiològics homogenis. Els EAP es defineixen com a conjunts pluridisciplinaris de professionals sanitaris i no sanitaris, responsables de l'atenció primària de salut de la població que tenen assignada (actualment, la població resident en la zona que comprèn l'ABS). Els EAP són integrats per vuit categories professionals: metges de família, pe-

diatres, odontòlegs, infermers, auxiliars d'infermeria, treballadors socials i personal no sanitari de suport (auxiliars administratius i zeladors)^[5].

Els objectius inicials

Assumint el fet que l'atenció a la salut és un procés molt complex, en el qual l'objecte últim de les diverses actuacions és la persona en la seva deliciosa qualitat d'ésser humà i en la seva dimensió de ciutadana, semblava evident la necessitat que la RAP introduís canvis en els continguts dels serveis, amb la finalitat de fer-los més adequats a una visió integral de la salut i a la consideració d'aquesta com un dret bàsic dels ciutadans.

En aquest sentit, les millores que perseguia la implantació dels EAP se centraven, d'una banda, en aspectes organitzatius importants com, per exemple, una dedicació horària més àmplia dels professionals i l'establiment de condicions de treball que facilitessin el treball en equip, i, d'altra banda, la definició de les funcions assignades als membres dels EAP i els àmbits funcionals a què estaven referides (atenció directa i salut de la comunitat) explicitaven clarament els canvis qualitatius i conceptuels quant als continguts del treball d'aquests professionals: a més de l'atenció curativa, s'assignà als EAP l'execució de programes de promoció de la salut, prevençió de la malaltia i educació sanitària, l'atenció rehabilitadora, la participació en programes de docència i formació, l'elaboració i execució de programes d'investigació, la realització d'estudis clínics i epidemiològics, l'elaboració del diagnòstic de salut, l'autoavaluació i la documentació i la informació sanitàries, afegint-hi també el component de treball social propi d'aquest nivell d'atenció^[5, 6].

Tot i que s'ha assolit la part més substancial d'aquestes millores i que la RAP ha comportat un canvi important en l'orientació dels serveis d'atenció primària i una millora notable de la qualitat de l'atenció sanitària que rep la població en aquest nivell assistencial, cal admetre que la dilatació en el temps del procés i determinades dificultats d'ordre divers sorgides al llarg del camí han fet que alguns aspectes conceptualment rellevants de la RAP no s'hagin desenvolupat tant com seria desitjable, com és el cas de la salut de la comunitat i de la investigació en atenció primària^[7]. Així mateix, al llarg d'aquests anys, les expectatives dels ciuta-

Els autors expressen el seu agraiament a la Dra. Helena Ris i Romeu i al Dr. Amando Martín Zurro pels seus comentaris i les seves aportacions en l'elaboració d'aquest treball.

dans en relació amb l'atenció a la salut han evolucionat molt, en el sentit de plantejar un grau més alt d'exigència, d'acord amb els nous patrons culturals d'utilització dels serveis.

Les dificultats del procés

Per bé que determinades previsions inicials situaven la finalització de la RAP l'any 1996^[8], ha calgut prorrogar successivament els terminis, ateses les dificultats i les resistències a què s'ha enfrontat aquest procés de canvi (taula 1)^[9].

La dificultat principal ha estat relacionada amb l'increment important de la despesa a curt termini que ha comportat la implantació de la RAP. Tot i que és imprescindible defugir una valoració simplista i analitzar aquest increment des d'una perspectiva global i a mitjà termini, amb la qual cosa es posen de manifest els elements d'eficiència que una atenció primària de salut de qualitat aporta al sistema, és clar que ha calgut esmerçar-hi uns recursos econòmics molt importants. Aquests recursos han estat destinats fonamentalment, d'una banda, a un increment dràstic dels recursos humans (d'una manera molt especial, del personal d'infermeria i del personal administratiu, però també de pediatres, dodontòlegs i d'assistents socials) i, d'altra banda, a la construcció i l'equipament de nous centres d'atenció primària i consultoris locals o a la remodelació dels centres assistencials ja existents. Les limitacions derivades d'un marc políticodeonòmic restrictiu des del punt de vista del finançament de la sanitat catalana i de la contenció de la despesa pública (gràfic

1)^[10] i d'una estructura funcional del pressupost sanitari decantada cap a l'atenció especialitzada i amb un pes creixent de la despesa farmacèutica (gràfics 2^[11-22] i 3^[23-28]) han alentit el ritme desitjable d'increment, en termes absoluts i relatius, de les dotacons pressupostàries corresponents (taula 2)^[11-22].

Així mateix, i pel que fa a la construcció de nous centres, s'hi ha afegit una dificultat addicional en determinats municipis de caràcter urbà, on l'escausetat de sòl disponible per a equipaments ha endarrerit la disponibilitat de moltes infraestructures sanitàries necessàries per a l'entrada en funcionament dels equips d'atenció primària.

Finalment, i malgrat el suport àmpliament majoritari que l'estament assistencial ha atorgat a la RAP, el fet de plantejar des de l'Administració el caràcter voluntari de la integració en els EAP del personal amb plaça en règim de propietat (metges i practicants titulars de la sanitat local, personal sanitari de l'Institut Català de la Salut) ha comportat l'endarreriment de la posada en funcionament d'un nombre important d'EAP^[5, 29], i també un cert increment del seu cost de funcionament.

El model català

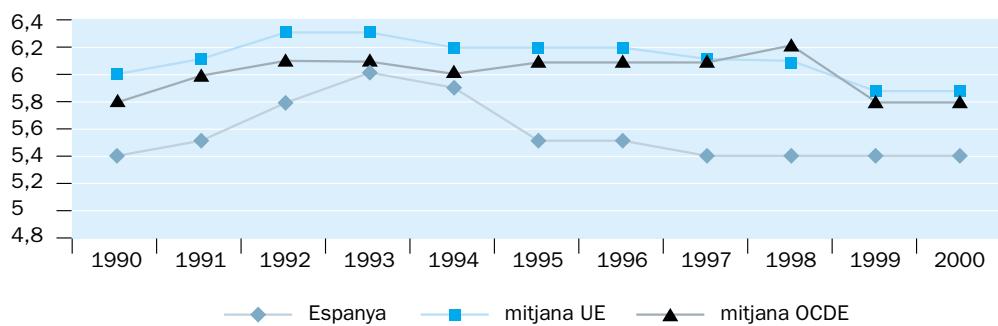
Paral·lelament al desenvolupament de la RAP i seguint la tendència de diverses reformes dels sistemes sanitaris europeus de millora de l'eficiència del sistema sanitari i la qualitat dels serveis, tot preservant l'equitat en la prestació^[30], el model sanitari públic català s'ha orientat explícitament des de fa alguns anys cap al reconeixement i la forma-

Taula 1. Evolució del procés d'implantació d'equips d'atenció primària (EAP)

any	nous EAP	implantació acumulada		cobertura poblacional acumulada (%)
		n	%	
1986	4	4	1,2	0,8
1987	20	24	7,0	6,5
1988	27	51	14,8	14,0
1989	14	65	18,8	17,2
1990	17	82	23,8	22,6
1991	36	118	34,2	32,5
1992	31	149	43,2	41,9
1993	13	162	47,0	45,7
1994	21	183	53,0	52,3
1995	20	203	58,8	56,4
1996	7	210	60,9	58,6
1997	21	231	67,0	65,3
1998	9	240	69,6	67,6
1999	22	262	75,9	74,1
2000	27	289	83,8	83,2
2001	17	306	88,7	88,3
2002	31	337	97,7	97,2
2003	8	345	100,0	100,0

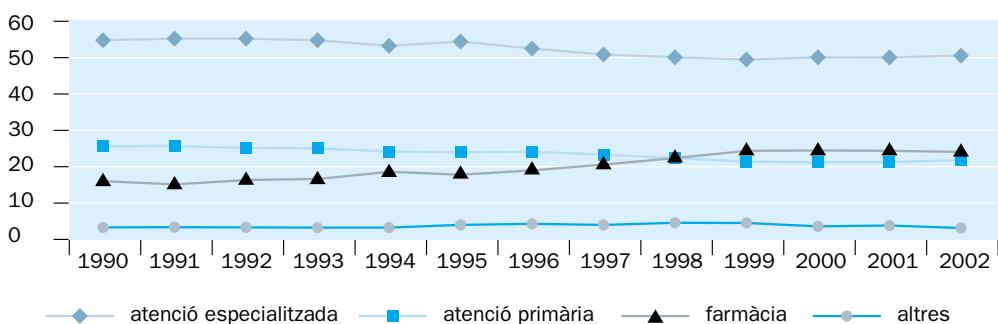
Font: Servei Català de la Salut.

Gràfic 1. Participació percentual de la despesa sanitària pública en el PIB. Anys 1990-2000



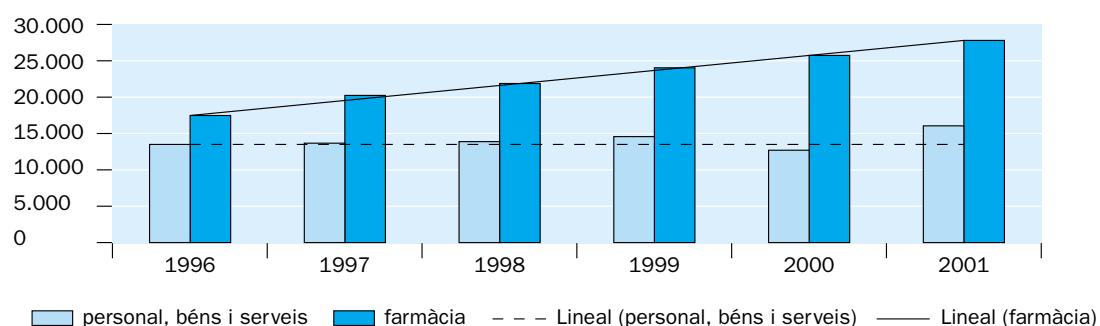
Font: Programa Éco-Santé. OCDE.

Gràfic 2. Evolució de l'estructura funcional del pressupost sanitari (%). Catalunya. Anys 1990-2002



Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Gràfic 3. Comparació de l'evolució de la despesa per habitant i any en concepte de personal, béns i serveis (capítols I i II) i de prescripció farmacèutica (en pessetes). Xarxa reformada d'atenció primària. Anys 1996-2001¹



1. Les dades sobre els costos de personal, béns i serveis de l'any 2000 corresponen només al 12,1% dels equips d'atenció primària.
Font: Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut.

Taula 2. Evolució del pressupost consolidat Servei Català de la Salut/Institut Català de la Salut (milions d'euros i percentatges de variació interanual). Anys 1990-2002

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002 ¹
euros corrents	1.964,64	2.283,52	2.628,69	2.951,58	3.165,39	3.319,01	3.435,18	3.640,97	3.847,72	4.171,17	4.437,36	4.744,74	5.089,00
% variació	-	16,23	15,12	12,28	7,24	4,85	3,50	5,99	5,68	8,41	6,38	6,93	7,26
euros constants	1.964,64	2.164,47	2.366,24	2.532,79	2.604,27	2.618,09	2.625,70	2.728,43	2.843,55	2.995,71	3.064,31	3.190,44	3.354,83
% variació	-	10,17	9,32	7,04	2,82	0,53	0,29	3,91	4,22	5,35	2,29	4,12	5,15

1. Previsió IPC (2%) dels pressupostos generals de l'Estat per al 2002.

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

lització d'una determinada distribució de funcions entre les diverses instàncies que conformen el sistema sanitari. D'una manera esquemàtica, aquesta orientació permet identificar els següents nivells: legislatiu i executiu (Parlament i Govern), finançador i planificador (Departament de Sanitat i Seguretat Social), comprador de serveis (Servei Català de la Salut), proveïdors de serveis (Institut Català de la Salut i altres entitats proveïdores), assistencial (professionals) i ciutadans (usuaris)^[31].

L'element més característic d'aquesta distribució de funcions, possibilitada des del punt de vista normatiu per la promulgació, l'any 1990, de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC)^[7, 32], ha estat la separació entre el finançament, la planificació i la compra de serveis, d'una banda, i la provisió de l'altra; aquest fet ha donat lloc a l'inici del procés de diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària, amb la permeabilitat consegüent a noves fòrmules de gestió, inclosa la possibilitat de gestió directa pels mateixos professionals, tot facilitant més dinamisme en la cerca de solucions específiques i flexibles per als problemes complexos que ha d'abordar la gestió sanitària. El naixement d'aquest procés de diversificació, a més de ser una seqüència, fàcilment previsible, de l'esmentada distribució de funcions, responia també a diversos condicionants i propòsits que no entren per ells mateixos en contradicció amb l'aposta per la sanitat pública, en contra del que s'ha postulat des d'alguns àmbits d'opinió i alguns mitjans de comunicació.

En primer lloc, qualsevol reforma que es posés en marxa havia de tenir en compte l'estructura productiva del sector de serveis sanitaris a Catalunya, que, quan s'inicià la RAP, no partia de zero sinó que, tal com fa palès el model tradicional de provisió de serveis d'atenció especialitzada pel que fa als hospitals concertats, ja inclòia un ventall ampli d'entitats proveïdores de serveis sanitaris de naturalesa jurídica diversa (pública, privada i mixta), però que proveïen serveis integrats en la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP)^[33]. En el nivell assistencial d'atenció primària previ a la RAP i durant els primers anys de la seva implantació, tret del cas concret de les mutualitats laborals amb una àmplia implantació a Catalunya, hi havia, tanmateix, un únic proveïdor de serveis, de caràcter públic, l'ICS, que proporcionava cobertura assistencial al conjunt de la població mitjançant el personal propi (personal estatutari) o, en l'àmbit rural, per mitjà dels professionals titulars de la sanitat local (metges i practicants d'APD).

En segon lloc, el model de gestió representat per l'ICS comportava algunes dificultats importants que calia superar, relacionades bàsicament amb l'escassa flexibilitat en la gestió dels recursos humans i econòmics i amb unes dimensions gegantines de l'organització que afegien complexitat estructural i funcional a la gestió, en una perspectiva, a més, de gran creixement a curt i mitjà terminis; en aquest sentit, la introducció de noves fòrmules de gestió en l'àmbit dels serveis d'atenció primària podia actuar com un estímul per a la transformació de l'ICS en una autèntica empresa pública de serveis, o en

un conjunt d'empreses públiques de serveis, amb una estructura organitzativa i unes eines de gestió adequades que facilitessin la millora continuada de la qualitat en la prestació dels serveis i l'eficiència en la gestió dels recursos.

Aquesta transformació de l'ICS havia de donar resposta també a la necessitat que hi hagués una entitat proveïdora de serveis d'atenció primària que depengués directament de l'Administració sanitària, majoritària, potent i amb graus d'excel·lència en la prestació de serveis, que actués com a referent i com a garantia de la preeminència del sector públic en aquest àmbit.

Finalment, però amb la mateixa importància, la desaparició d'un tipus de provisió dels serveis d'atenció primària de caràcter monopolístic i la introducció de determinats mecanismes de competitivitat, en un entorn de mercat regulat, proporcionava al model elements objectius afavoridors d'actituds eficients, dinàmiques i proactives que disminuïen el risc d'un cert immobilisme o una certa passivitat.

A l'hora d'aclarir els equívocs i les confusions produïts els últims temps en relació amb la mal anomenada «privatització de la sanitat», cal tenir en compte la diferència existent entre el finançament dels serveis, d'una banda, i la provisió i la gestió d'aquests, de l'altra. Allò que defineix essencialment el caràcter públic dels serveis és el seu finançament, és a dir, en el nostre cas, el fet que els ciutadans paguen exclusivament els serveis indirectament mitjançant els impostos; la titularitat de la gestió del servei no modifica aquest fet ni la cartera de serveis a què tenen dret els assegurats, i tampoc no incrementa el cost del servei des del punt de vista de la despesa pública. Diversificar la provisió significa que l'Administració pública cedeix, únicament, la gestió dels serveis sanitaris a diverses entitats proveïdores, de naturalesa jurídica també diversa, no forçosament privada. De fet, actualment, només una minoria d'EAP de provisió alternativa a l'ICS és gestionada per entitats proveïdores privades o mixtes; la major part és gestionada per entitats proveïdores constituïdes per entitats públiques, per consorcis públics (amb participació o no de fundacions privades sense ànim de lucre) o per societats amb una forma jurídica privada (SA, SL), però que depenen d'entitats amb capital públic al cent per cent (taula 3)^[9].

Taula 3. Diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària. Entitats proveïdores d'equips d'atenció primària

entitats proveïdores		nombre d'EAP		% sobre el total d'EAP	
públiques	ICS	312	269	90,4	78
	altres (conveni)		43		12,5
participació privada	EBA (concurs)	33	13	9,6	3,8
	altres (concurs)		20		5,8
				345	

Font: Servei Català de la Salut.

Cal reconèixer que hi ha algunes posicions polítiques i alguns corrents d'opinió que defensen la possibilitat d'un assegurament sanitari privat alternatiu o el finançament mixt, públic i privat, dels serveis sanitaris (situació, aquesta darrera, que ja es produeix de fet en el cas de la prescripció farmacèutica). Tanmateix, és erroni i simplista afirmar que, darrere de les posicions favorables a la diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària s'amaguen forçosament aquestes tendències i el propòsit no confessat de facilitar la «privatització de la sanitat».

El model de finançament de la sanitat i la condició pública o no pública dels serveis sanitaris no dependran de si l'ICS és o no és l'únic proveïdor de serveis d'atenció primària, sinó de l'encàrrec que els ciutadans facin a les forces polítiques perquè governin els seus afers públics.

El contracte de serveis

En aquest context, va sorgir la figura del contracte de serveis d'atenció primària, que donava resposta a la necessitat de disposar d'un instrument que articulés la relació entre el Servei Català de la Salut com a comprador dels serveis sanitaris i les entitats proveïdores d'aquests serveis^[29,30,31,34]. La contractació dels serveis d'atenció primària d'EAP es va iniciar l'any 1992 amb el conveni signat amb l'entitat proveïdora Grup Sagessa, vinculada amb diversos ajuntaments i consells comarcals de les regions sanitàries de Tarragona i les Terres de l'Ebre, en relació amb els serveis d'atenció primària

de l'àrea bàsica de salut de Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant. A partir d'aquest primer conveni, el procés de contractació es va estendre progressivament al conjunt de serveis d'EAP amb la signatura de nous contractes i convenis al llarg dels anys següents i amb la signatura, l'any 1993, del protocol de col·laboració mútua entre el Servei Català de la Salut i l'Institut Català de la Salut.

D'una banda, mitjançant el contracte, s'ha possibilitat incidir en els processos de planificació sanitària de caràcter directiu i fixar en el conjunt de les clàusules els objectius assistencials que permeten, per exemple, definir la manera com s'han de prestar els serveis, operativitzar els objectius del Pla de salut o explicitar tàcitament a través seu el reconeixement de la cartera de serveis d'atenció primària i garantir-ne el compliment^[29,30,31,34]. D'altra banda, al llarg d'aquests anys, el Servei Català de la Salut, en l'exercici de les seves funcions de compra de serveis sanitaris, ha tingut la responsabilitat de valorar el compliment dels contractes per les entitats proveïdores, és a dir, d'avaluar si les característiques dels serveis sanitaris prestats s'adequaven als objectius contractuals i, en conseqüència, als criteris de planificació sanitària adoptats^[30,31,34]. En aquest context, l'avaluació dels contractes ha col·laborat, a més, de manera decisiva a una progressió qualitativa molt important en relació amb la informació disponible sobre els serveis sanitaris d'atenció primària; tradicionalment, aquesta informació era bàsicament referida als aspectes més quantitatius de l'activitat assis-

**Taula 4. Evolució de la diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària.
Anys 1986-2003**

any	Institut Català de la Salut		altres entitats proveïdores		total
	EAP	%	EAP	%	
1986	4	100,0	-	-	4
1987	23	95,8	1	4,2	24
1988	49	96,1	2	3,9	51
1989	62	95,4	3	4,6	65
1990	79	96,3	3	3,7	82
1991	114	96,6	4	3,4	118
1992	143	96,0	6	4,0	149
1993	151	93,2	11	6,8	162
1994	165	90,2	18	9,8	183
1995	179	88,2	24	11,8	203
1996	185	88,1	25	11,9	210
1997	203	87,9	28	12,1	231
1998	210	87,5	30	12,5	240
1999	226	86,3	36	13,7	262
2000	241	83,4	48	16,6	289
2001	252	82,4	54	17,6	306
2002	269	79,8	68	20,2	337
2003	269	78,0	76	22,0	345

Font: Servei Català de la Salut.

Taula 5. Diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària

entitat proveïdora	EAP	%
Albera Salut, SL	1	0,3
Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Privada	2	0,6
Atenció Primària Alt Camp, SL	1	0,3
Badalona Gestió Assistencial, SL	7	2,0
Consorci Assistencial del Baix Empordà	4	1,2
Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample	2	0,6
Consorci de Gestió Corporació Sanitària	1	0,3
Consorci Sanitari de Terrassa	4	1,2
Consorci Sanitari del Maresme	2	0,6
Consorci Sanitari Integral	4	1,2
Corporació de Salut del Maresme i la Selva	3	0,9
EAP Dreta de l'Eixample, SL	2	0,6
EAP Osona sud - Alt Congost, SL	1	0,3
EAP Poble Sec, SL	1	0,3
EAP Sardenya	1	0,3
EAP Sarrià, SL	1	0,3
EAP Vallplasa Atenció Primària, SL	1	0,3
EAP Vic, SL	1	0,3
Fundació Centres Assistencials i d'Urgències	6	1,7
Fundació Hospital de Campdevànol	1	0,3
Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot	2	0,6
Fundació Privada FASS	4	1,2
Fundació Privada Hospital de Puigcerdà	1	0,3
Gestió de Serveis Sanitaris	1	0,3
Grup Sagessa	1	0,3
Hospital de Figueres, Fundació Privada	1	0,3
Hospital del Solsonès Fundació Pública Comarcal	1	0,3
Institut Català de la Salut	269	78,0
Institut d'Assistència Sanitària	3	0,9
Mútua de Terrassa	6	1,7
PAMEM	4	1,2
Parc Sanitari Pere Virgili	2	0,6
Projectes Sanitaris i Socials, SA	1	0,3
Serveis d'Atenció Primària Parc Taulí, SA	1	0,3
Serveis de Prevenció Assistencial i Sociosanitaris PASS	1	0,3
Servici Aranès dera Salut	1	0,3
Catalunya	345	100,0

Font: Servei Català de la Salut.

tencial, les dades sobre els quals s'aplegaven d'una manera automàtica en els centres; la introducció del contracte de serveis d'atenció primària ha fet evident la necessitat de disposar d'informació sobre altres aspectes dels serveis, relacionats amb els continguts assistencials i els resultats en termes de salut i satisfacció dels usuaris^[35].

Tanmateix, la virtualitat que caracteritza encara en molts aspectes el desenvolupament del procés de contractació dels serveis d'EAP ha ajudat a fer que l'avaluació dels contractes hagi tingut una transcendència relativa i unes repercussions insuficients en relació amb la situació dels serveis i amb l'actuació de les entitats proveïdores. En aquest sentit, l'absència d'una autèntica relació contractual amb l'ICS i la manca d'instauració de suficients mecanismes de competitivitat i d'incentivació entre les diverses entitats proveïdores (increment de l'oferta de serveis, augment de la part variable en el pagament, implantació de la lliure elecció de metge, i per tant, d'entitat proveïdora per l'usuari, etc.) han restat impacte al procés d'avaluació dels contractes. Sembla força clar que, en un context en què, amb la intenció de fugir de la burocratització i la rigidesa organitzativa, es pretén disminuir el pes dels elements normatius sobre l'estructura i el procés assistencials en benefici del control dels resultats i de la satisfacció dels usuaris, és imprescindible que una avaluació de qualitat ocupa un paper central i decisiu^[29]. Malgrat tot, cal valorar molt positivament alguns avenços importants en determinats aspectes dels serveis d'EAP que han millorat progressivament gràcies, entre d'altres factors, a l'avaluació dels contractes i a la consegüent introducció de prioritats en la contractació de serveis (Programa d'atenció domiciliària, ATDOM; Programa de seguiment del nen sa; implantació de registres d'activitat assistencial; cobertures de vacunació; activitats preventives, etc.)^[23-28, 36-40].

La finalització del procés d'implantació d'EAP i el futur

Després de disset anys des de l'entrada en funcionament dels primers EAP (el desembre de 1986, en els municipis de Sabadell i Terrassa), la RAP s'ha estès finalment a tot el territori de Catalunya i els 345 EAP que hi ha actualment proporcionen, doncs, cobertura assistencial al conjunt de la població catalana. La situació actual del procés de diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària comporta que l'ICS continuï sent l'entitat proveïdora àmpliament majoritària en aquest nivell assistencial, amb la gestió d'un total de 269 EAP (78%), i que s'hagi cedit la gestió dels 76 EAP resultants (22%) a un conjunt de 37 entitats proveïdores, de naturalesa jurídica diversa: mitjançant un conveni (entitats de caràcter públic) per a 43 EAP (12,5%) i mitjançant un concurs (entitats amb algun tipus de participació de capital privat) per a 33 EAP (9,6%); dintre d'aquest darrer grup, les entitats de base associativa (EBA) gestionen avui 13 EAP (3,8%) (taules 3, 4 i 5)^[9].

Malgrat els avenços importants que ha comportat la RAP, la finalització del procés d'implantació d'EAP no és cap punt d'arribada. En efecte, l'assumpció de les noves orientacions globalitzadores del concepte de salut i el procés continuat de canvis culturals, socials, tecnològics i científics en la nostra societat fan que els diversos col·lectius que, d'una manera o altra, estan implicats en l'atenció de la salut de la població hagin d'esmerçar contínuament nous esforços de progressió i millora, especialment meritoris si es tenen en compte les limitacions, de caràcter bàsicament econòmic, abans esmentades.

En un context en què les bases conceptuals i organitzatives del model català d'atenció primària continuen sent apropiades per respondre a aquests canvis i per atendre les noves demandes de la població, l'operativització, els anys vinents, del Pla de millora de l'atenció primària haurà de donar respostes satisfactories a les necessitats d'adaptació i millora dels nostres serveis d'atenció primària. Però això ja serà una altra història...

Referències bibliogràfiques

1. Ordre de 28 de novembre de 1983, per la qual els centres d'assistència primària Canteres, de Barcelona, i La Mina, de Sant Adrià de Besòs, ordenaran els seus serveis com a institucions sanitàries obertes jerarquizades (DOGC núm. 393, del 27.12.1983).
2. Ordre de 16 d'abril de 1984, per la qual el Centre d'Assistència Primària Vila-roja, de Girona, organitzarà els seus serveis com a institució sanitària oberta jerarquizada (DOGC núm. 4351, del 18.5.1984).
3. Ordre del 17 de maig de 1984, de creació del Programa pilot d'assistència primària Ciutat Badia (DOGC núm. 442, del 13.6.1984).
4. Ordre de 13 de juny de 1985, de creació dels programes pilot d'assistència primària Canteres, La Mina i Vila-roja, i prorrogació del de Ciutat Badia (DOGC núm. 566, del 24.7.1985).
5. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya (DOGC núm. 527, del 10.4.1985; correcció d'errades DOGC núm. 552, del 19.6.1985).
6. Ordre de 6 de maig de 1990, d'aprovació del Reglament marc de funcionament dels equips d'atenció primària (DOGC núm. 1309, del 25.6.1990).
7. MARTÍN A, LEDESMA A, SANS A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25 (01): 45-58.
8. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 1324, del 30.7.1990).
9. Servei Català de la Salut. Base de dades d'atenció primària BDAP [base de dades ACCESS]. Barcelona. Servei Català de la Salut; 2003.
10. Servei Català de la Salut. Base de dades econòmica del sector de la sanitat [pàgina web intranet Servei Català de la Salut]. Barcelona. Servei Català de la Salut; 2003.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1990. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1990.
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1991. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1991.
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1992. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1992.

- Seguretat Social 1992. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1992.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1993. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1993.
 15. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1994.
 16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1995. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1995.
 17. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1997. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1997.
 18. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El pressupost sanitari 1998. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1998.
 19. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El pressupost sanitari 1999. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1999.
 20. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El pressupost sanitari 2000. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2000.
 21. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El pressupost sanitari 2001. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2001.
 22. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. El pressupost sanitari 2002. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2002.
 23. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Contractació de serveis 1996. Seguiment de l'avaluació dels contractes d'atenció primària. EAP [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1997.
 24. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Contractació de serveis 1997. Seguiment de l'avaluació dels contractes d'atenció primària. Equips d'atenció primària [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1998.
 25. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Contractació de serveis 1998. Seguiment de l'avaluació dels contractes d'atenció primària. Equips d'atenció primària [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999.
 26. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Equips d'atenció primària 1999. Seguiment de l'avaluació dels continguts sanitaris dels contractes d'EAP [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000.
 27. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Equips d'atenció primària 2000. Seguiment de l'avaluació dels continguts sanitaris dels contractes [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.
 28. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Equips d'atenció primària 2001. Seguiment de l'avaluació dels continguts sanitaris dels contractes [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002.
 29. Ris H, PANÉ O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari 1997; 30:7-11.
 30. CASTILLEJO J, ELIAS A, Ris H. Separació entre finançament i provisió. El contracte de serveis a l'atenció primària. Salut Catalunya 1993; 7(4): 171-176.
 31. MPAR5. Millora dels processos d'avaluació de resultats en atenció primària. 13 propostes operatives sobre informació i avaluació en atenció primària. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2001.
 32. Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 2116, del 18.10.1995).
 33. Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (DOGC núm. 568, del 29.7.1985; correcció d'errades DOGC núm. 636, del 15.1.1986).
 34. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut. La contractació de serveis d'atenció primària de salut. Jornades de treball. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1994.
 35. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 1998 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1997.
 36. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Avaluació de la contractació de serveis de l'any 1993 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1994.
 37. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Avaluació de la contractació de serveis 1994 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1995.
 38. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Contractació de serveis 1995. Seguiment de l'avaluació dels contractes d'atenció primària. EAP [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1996.
 39. Fundació Avedis Donabedian. Estudi sobre l'activitat, l'organització i la gestió dels equips d'atenció primària. Barcelona: FAD; 2001.
 40. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. Barcelona: FAD; 2002.

**Josep Fusté, Carme Lacasa,
Sílvia Cutillas, Àngels Elías,
Miquel Olivet, Joan Antoni
Ponsà i Concepció Violan**

Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària.
Servei Català de la Salut

El model d'atenció primària de Catalunya davant una realitat canviant.

El Pla de millora de l'atenció primària

Per tal de continuar avançant en l'adequació dels serveis d'atenció primària als nous reptes que planteja la realitat canviant, el CatSalut ha elaborat el Pla de millora de l'atenció primària, amb la participació dels principals estaments que actuen en aquest àmbit (planificadors, gestors, professionals). Tot mantenint els valors principals del model d'atenció primària de Catalunya i tenint en compte el context del conjunt del model sanitari i les exigències de la nostra societat, les línies estratègiques fan referència a l'adequació a les noves necessitats i expectatives dels ciutadans/clients, la millora del valor i els resultats de l'atenció primària, l'adequació de la relació entre els proveïdors i el CatSalut, la satisfacció i la motivació dels professionals i el desenvolupament dels sistemes d'informació i evaluació.

La reforma de l'atenció primària de salut és, probablement, la reforma de més envergadura duta a terme en el sistema sanitari de Catalunya els darrers anys. Les millores aconseguides amb el canvi de model, tant en els aspectes funcionals com organitzatius, han estat notables, ja des d'un principi^[1]. S'ha passat d'un model centrat gairebé exclusivament en l'atenció curativa de les malalties a un model més integral, que vol donar resposta a les necessitats de la població, i donar importància també als aspectes de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, rehabilitació i orientació en l'assistència social. En tot el territori català s'ha produït una renovació intensa de les infraestructures sanitàries amb la construcció i la modernització de centres d'atenció primària –els CAP– i consultoris locals. El treball dels professionals de l'atenció primària ha canviat radicalment; s'ha adaptat la dedicació horària i s'ha substituït el treball individualitzat i força burocratitzat pel treball en equip, que ha comportat un treball més qualificat i equilibrat entre els diferents professionals –especialistes en medicina de família, pediatria, infermeria, odontologia, auxiliars d'infermeria, treballadors socials i personal no sanitari de suport– que integren l'equip d'atenció primària (EAP), amb un increment important del nombre de professionals. En els aspectes més lligats a la pràctica clínica, cal destacar que s'ha implantat totalment la història clínica a l'atenció primària i s'han produït avenços importants en el seguiment dels malalts amb patologia crònica, el desplegament de les activitats preventives^[2], l'atenció domiciliària^[3], l'adopció de protocols i pautes comuns d'actuació i la millora qualitativa de la prescripció farmacèutica^[4,5], entre altres. Encara que més difícil de mesurar, alguns estudis també mostren l'impacte positiu de la reforma de la atenció primària pel que fa als resultats, en termes de salut, eficiència i satisfacció de la població^[6,7]. A més, cal reconèixer el pes important que té l'atenció primària en la consecució dels objectius del Pla de salut de Catalunya^[8] i el paper dels professionals de l'atenció primària com els agents més actius en la seva operativització^[9].

Un cop la reforma de l'atenció primària és un fet indiscutible, i transcorregut un període de consolidació prou important, és un moment oportú per plantejar-se quins són els reptes de futur, tot tenint en compte el que s'ha assolit i el que s'ha de millorar o reorientar^[10-15]. En aquest sentit, finalitzat el procés d'implantació dels equips d'atenció primària, el Servei Català de la Salut (CatSalut) ha elaborat el Pla de millora de l'atenció primària, amb el propòsit de continuar avançant en l'adequació dels serveis d'atenció primària als nous reptes que presenta la realitat.

Com a inici d'aquest procés, l'abril de 2002 es va constituir una comissió d'experts en atenció primària de salut, amb l'objectiu de recollir l'opinió sobre les qüestions principals que calia considerar en el Pla de millora i definir els àmbits de treball per a l'elaboració del pla. Com a continuació, i per tal d'identificar les propostes de millora, es van constituir sis grups de treball, amb la participació de professionals assistencials i de la gestió i la planificació.

Els referents principals del Pla de millora són el mateix model d'atenció primària de salut de Catalunya, la identificació d'àmbits de millora i les propostes realitzades per la comissió d'experts i els grups de treball esmentats i els resultats de l'avaluació de la reforma de l'atenció primària, els quals són objecte d'un article específic en aquest mateix número. D'altra banda, en el moment de dissenyar l'adaptació del model d'avui a les exigències del demà, cal tenir en compte els canvis externs per tal d'identificar les amenaces i les oportunitats per a l'atenció primària que comporten els canvis en el model social (població cada cop més informada, més cultura sanitària, canvi en l'estructura familiar, patró d'utilització regit per la immediatesa com a valor irrenunciable), la demografia (envelliment i explosió de la immigració), el patró epidemiològic, l'evolució de la tecnologia, el context econòmic i les tendències en l'organització general dels serveis de salut (figura 1).

Agraïments

A Cristina Trinxet i Ricard Ballbé, per les seves aportacions i els seus comentaris en les diverses fases d'elaboració d'aquest treball.

El model continua sent vàlid en essència, només s'ha d'adaptar a les noves realitats

Les bases conceptuals i organitzatives del model català d'atenció primària continuen sent adequades per afrontar els canvis que es van produint i per atendre les demandes de la població.

L'atenció primària té unes característiques que afavoreixen la confiança i la seguretat dels ciutadans. L'accessibilitat, la globalitat, la longitudinalitat i la integralitat defineixen l'atenció primària i la diferencien de la resta de serveis en proporcionar una atenció centrada en la població i en la persona (més que no pas en la malaltia), en no seleccionar els pacients segons la malaltia i en coordinar i integrar l'atenció de salut prestada en altres llocs o per altres professionals. D'altra banda, les capacitats resolutiva, de contenció i de situar la demanda en el nivell adequat d'atenció són potencialment elevades amb un cost baix en relació amb el de l'atenció especialitzada.

En el plantejament general del Pla s'han considerat tres grans eixos que han de guiar el procés de millora i adaptació de l'atenció primària a Catalunya.

Protagonisme i capacitat d'elecció dels ciutadans

Fer que els ciutadans siguin els referents centrals dels serveis vol dir donar-los protagonisme en les decisions que els afecten, tant les relacionades amb la seva salut com les que tenen a veure amb el servei que reben; facilitar informació rellevant; tenir en compte les seves expectatives, i fer efectiva la seva capacitat d'elecció.

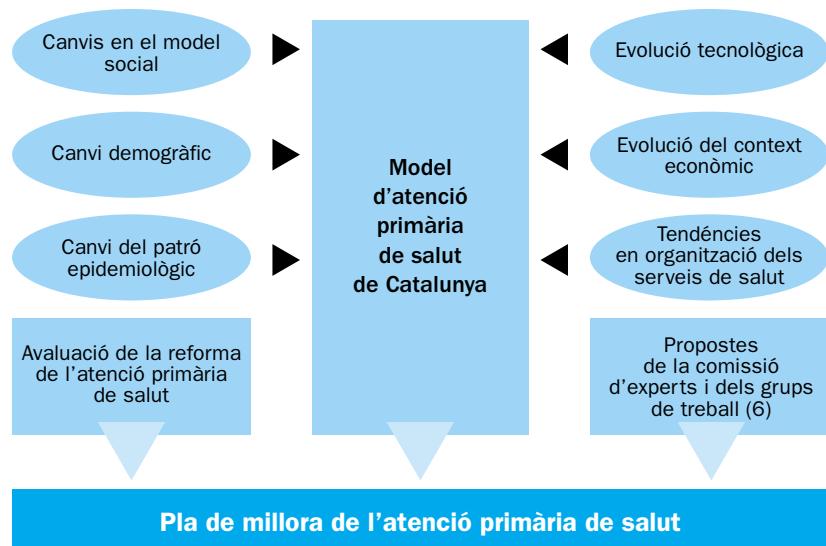
Autonomia i responsabilització dels professionals

Per tal de potenciar la incorporació dels criteris d'eficàcia, efectivitat i eficiència que han de guiar la gestió clínica, cal afavorir l'autonomia dels professionals en l'organització dels serveis i adoptar criteris de pràctica clínica basats en l'evidència, tot establint mecanismes de coresponsabilització en relació amb les repercussions de les decisions clíquies.

L'atenció primària com a vertebradora del sistema de salut

L'atenció primària, per les seves característiques de globalitat i longitudinalitat, pot tenir un paper clau com a focus organitzador o eix articulador del sistema de salut. Hi ha bases teòriques i evidència empírica que posen de manifest que una atenció primària forta, amb un paper reconegut en la coordinació de l'atenció entre nivells i entre serveis, aporta eficiència al conjunt del sistema de salut. Avançar en aquesta línia comporta, a més de reconèixer aquest paper de l'atenció primària i la funció d'agent dels metges, establir objectius i pautes d'actuació comunes entre serveis; també requereix una assignació de recursos entre serveis equilibrada i ajustada a la capacitat de resolució, i també la disminució dels possibles incentius a l'absorció de l'assistència per l'atenció especialitzada.

Figura 1. El model d'atenció primària de salut de Catalunya davant una realitat canviant



Això implica una nova visió de l'atenció primària en l'entorn d'un sistema de salut en xarxa, en què l'atenció primària és l'element central. La seva missió se situa millor en el context dels processos assistencials horitzontals i verticals als quals es vincula, no simplement a un posicionament estructural lligat al seu nivell assistencial. En funció dels canvis demogràfics i epidemiològics, les relacions de l'atenció primària de salut amb els dispositius de salut mental i els d'atenció a la dependència han de ser particularment intenses, i, així, han de configurar el nivell bàsic de l'atenció primària del futur.

Línies estratègiques per a l'adaptació de l'atenció primària a la realitat canviant

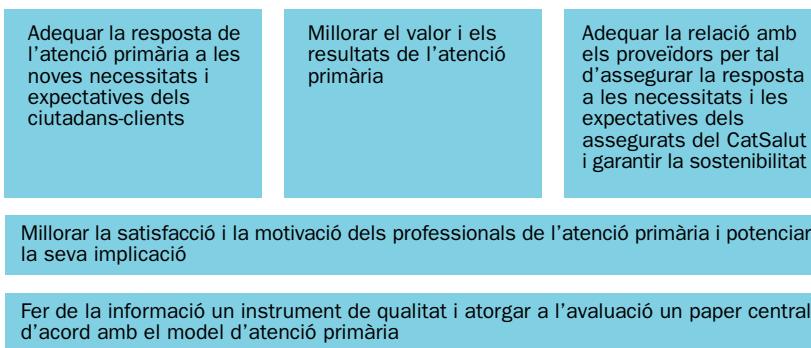
Per tal d'adaptar l'atenció primària a la nova realitat, el Pla de millora planteja una sèrie de línies estratègiques (figura 2). D'una banda, s'estableixen tres línies estratègiques de millora de la qualitat:

- Adequar la resposta de l'atenció primària a les noves necessitats i expectatives dels ciutadans/clients.
- Millorar el valor i els resultats de l'atenció primària.
- Adequar la relació amb els proveïdors per tal d'assegurar la resposta a les necessitats i les expectatives dels assegurats del CatSalut i garantir la sostenibilitat.

D'altra banda, s'inclouen també dues línies estratègiques complementàries que es consideren d'una importància cabdal a l'hora de fer efectius els canvis necessaris en el procés de millora de l'atenció primària:

- Millorar la satisfacció i la motivació dels professionals de l'atenció primària i potenciar la implementació d'aquests.

Figura 2. Línies estratègiques del Pla de millora de l'atenció primària de salut de Catalunya



- Fer de la informació un instrument de qualitat i atorgar a l'avaluació un paper central d'acord amb el model d'atenció primària.

Les propostes d'actuació que es relacionen amb les línies estratègiques esmentades se centren fonamentalment en el paper dels EAP. Pel que fa als serveis de suport a l'atenció primària (PADES, atenció a la salut sexual i reproductiva, rehabilitació, etc.) i, en general, als serveis amb els que l'atenció primària ha de conformar cada cop més una relació més estreta –principalment amb els dispositius de salut mental i els d'atenció a la dependència– caldrà acabar de definir i adaptar les línies estratègiques d'acord amb els criteris de planificació que s'estableixin per a les altres línies de serveis (salut mental, atenció sociosanitària i atenció especialitzada), de manera que s'avanci d'una manera coherent cap a una visió més àmplia de l'atenció primària.

Adequar la resposta de l'atenció primària a les noves necessitats i expectatives dels ciutadans/clients

Aquesta primera línia estratègica del Pla de millora s'orienta a donar més rellevància a l'existència de necessitats diferents entre la població per tal d'adaptar millor els serveis. També inclou propostes de millora de l'accessibilitat i reconeix la lliure elecció com a demanda emergent en la nostra societat actual a la qual s'ha de donar resposta. D'altra banda, fa referència a la responsabilitat del CatSalut com a garant de l'equitat, el qual determina la cartera de serveis i vetlla pel seu compliment, sense oblidar que uns serveis de qualitat requereixen també adequar permanentment les infraestructures i els equipaments. Així mateix, posa en relleu la importància de la informació, l'autoresponsabilització i la participació dels ciutadans, juntament amb la potenciació del paper d'agent dels professionals de l'atenció primària. Les principals línies d'actuació que configuren aquesta estratègia són les següents:

- Augmentar l'accessibilitat dels centres i donar preferència a l'atenció a la demanda (cita en <24h., horari 8-21h., atenció pediàtrica a partir de les 17h., telèfon, internet).

- Regular la lliure elecció de metge de capçalera, EAP i especialista.
- Explicitar la cartera de serveis (responsabilitat CatSalut, homogeneïtzació, informació a la població assignada, màrqueting social).
- Reforçar el paper d'agent del professional d'atenció primària.
- Gestió completa en l'EAP dels tràmits de derivació a l'atenció especialitzada i proves complementàries.
- Prestacions públiques amb estàndards d'excellència (infraestructures, confort, qualitat de l'atenció).

Millorar el valor i els resultats de l'atenció primària

L'aportació de l'atenció primària, tant pel que fa a restituir la salut en funció del que sigui possible com a la millora del patró epidemiològic de la població, és molt important. En aquesta línia estratègica, es plantegen les actuacions per afavorir aquesta aportació, amb coherència amb els objectius de salut que marca el Pla de salut i l'evidència científica, i en el context de relació amb els altres nivells assistencials. Les línies principals d'actuació són les següents:

- Disminuir la variabilitat de la pràctica clínica (guies de pràctica clínica, revisió de programes segons evidència científica).
- Augmentar la capacitat de resolució (ampliar la cartera, traspàs de competències, urgències, residències geriàtriques, odontologia, salut pública).
- Coordinar-se amb altres nivells assistencials (atenció especialitzada, sociosanitària-PADES, salut mental, serveis socials, salut laboral).
- Reordenar l'atenció continuada, domiciliària i comunitària.
- Augmentar la responsabilització en les prestacions (farmàcia, IT).

Adequar la relació amb els proveïdors per tal d'assegurar la resposta a les necessitats i les expectatives dels assegurats del CatSalut i garantir la sostenibilitat

La relació del CatSalut amb les entitats proveïdores de serveis s'estableix fonamentalment per mitjà del sistema de compra de serveis que es materialitza en el contracte. Juntament amb les obligacions de les parts i el sistema de pagament, el contracte ha de reflectir què s'espera del proveïdor respecte al compliment dels objectius de salut, els resultats esperats en l'atenció als problemes de salut i la satisfacció de l'usuari en la resposta a les seves expectatives. Així mateix, l'avaluació té un paper central en el procés de contractació. Els resultats de l'avaluació són els que permeten exercir la responsabilitat de control del CatSalut per valorar l'assoliment dels objectius i instaurar una dinàmica de millora continua. En aquesta línia estratègica es plantegen les actuacions per millorar el sistema de compra de serveis en l'atenció primària, tot potenciant la diversificació i l'autonomia de

gestió. D'altra banda, en el marc de l'experiència de compra de serveis sobre la base poblacional, amb una assignació capitativa territorial, es remarcen els aspectes que poden representar una oportunitat de millora per a l'atenció primària. Entre les línies d'actuació, destaquen les següents:

- Consolidació i millora del contracte de serveis (EAP com a unitat de contractació, augment de la part variable).
- Redefinició del sistema de pagament, cap a un sistema de base capitativa.
- Reorientació de la compra de serveis d'infermeria (atenció domiciliària, comunitària, activitats preventives).
- Potenciació de la diversificació i impuls de la creació d'entitats de base associativa, tenint en compte els resultats de l'avaluació dels models de gestió.

Millorar la satisfacció i la motivació dels professionals de l'atenció primària i potenciar-ne la implicació

El model sanitari català es basa en la separació de les funcions d'assegurament i de provisió de serveis. Tanmateix, cal reconèixer que entre l'asseguradora pública i els proveïdors s'estableix una relació molt interdependent, marcada per l'existència d'un monopsoni de compra i per la complexitat que pot representar la substitució del proveïdor. Per això, i comptant que l'asseguradora respecta el model organitzatiu i de gestió de cada proveïdor, és raonable proposar una sèrie de reflexions que tendeixin a estimular els esmentats proveïdors a posar en marxa, en els seus centres, polítiques actives de gestió de persones que tendeixin a millorar la satisfacció, la motivació i la implicació dels seus professionals en l'acompliment dels objectius contractuals, de les quals s'inferrà una millor resposta a les necessitats i les demandes dels clients del CatSalut. Les línies principals d'actuació són les següents:

- Reconeixement lligat a la bona praxi (sistemes d'incentivació basats en el mèrit, la carrera professional).
- Facilitació de la gestió clínica amb les tecnologies de la informació (informatització dels llocs de treball).
- Formació continuada.
- Investigació aplicada, amb xarxes de cooperació.
- Gestió de recursos humans (assignació addicional en els llocs més deficitaris, redistribució de càrregues de treball, flexibilització de la jornada).

Fer de la informació un instrument de qualitat i atorgar a l'avaluació un paper central d'acord amb el model d'atenció primària

El desenvolupament del model d'atenció primària ha fet peremptòria la necessitat de disposar d'informació qualitativa sobre aspectes dels serveis relacionats amb els continguts assistencials i els resultats en termes de salut i satisfacció dels usuaris.

La tendència actual pel que fa als sistemes d'informació de l'atenció primària dibuixa un panorama a curt termini en què els àmbits de planificació, compra i provisió de serveis disposaran d'uns sistemes potents i internament coherents, però molt específics en relació amb les necessitats pròpies de cada àmbit. Cal adoptar una estratègia d'avaluació i d'informació amb una perspectiva global, que tingui en compte els principals interessos i necessitats dels diferents nivells de l'organització sanitària, i també les seves possibilitats reals de treball i coordinació, i millorar la qualitat de la informació mitjançant el consens i l'exhaustivitat en l'especificació dels indicadors, per tal de millorar-ne la validesa i la comparabilitat. Així doncs, en l'organització sanitària cal disposar de sistemes d'informació compatibles que donin resposta a les necessitats compartides. En els contractes amb les entitats proveïdores es prioritzaran els objectius relacionats amb el desenvolupament dels registres informatitzats, especialment la història clínica.

En tot aquest procés es fa necessari, sota la responsabilitat del CatSalut i del Departament de Salut i Seguretat Social, establir estàndards d'informació i comunicació entre proveïdors i unificar els sistemes de codificació que s'han d'emprar.

Com a actuacions principals que resumeixen les propostes en aquesta línia estratègica, destaquen les següents:

- Informatització de registres (HCAP) i establiment de sistemes d'informació compatibles.
- Definició i desplegament del Conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció primària.
- Avaluació sistemàtica dels continguts sanitaris dels contractes i les auditories externes.
- Augment de l'impacte de l'avaluació (reprogramació en funció de resultats, difusió dels resultats).
- Acreditació d'EAP prèvia a la contractació.

Fer operatives les línies estratègiques

Les propostes incloses en el Pla de millora són formulades pel que fa a les línies estratègiques, les línies que han d'orientar la transformació dels serveis d'atenció primària per adaptar-los a la realitat canviant. L'operativització d'aquestes línies estratègiques correspon tant al CatSalut com a les entitats proveïdores, de manera que les propostes d'actuació concretes per a cada any conformaran els plans operatius d'actuació de cada institució, tot prenent com a marc de referència el Pla de millora de l'atenció primària a Catalunya.

En el marc pressupostari anual, al contracte i la consignació econòmica corresponent s'hi hauran d'incorporar les actuacions que es prioritzen per a cada exercici, amb el propòsit de fer realitat l'adaptació del model d'atenció primària als requeriments de la nova societat.

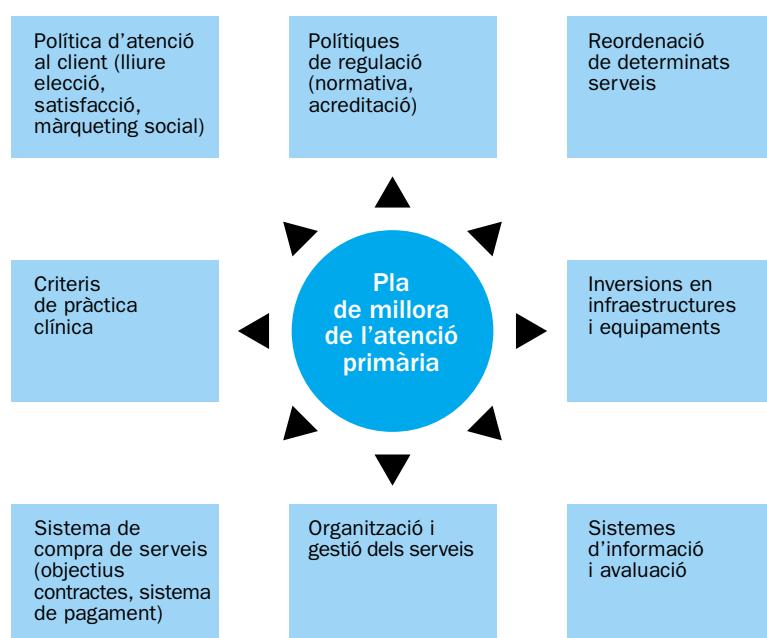
Per tal de fer operatives les actuacions que s'emmarquen en el Pla de millora de l'atenció primària (figura 3) caldrà emprar tots els instruments que permeten fer-les efectives (contracte, plans directors,

polítiques d'atenció al client, criteris de pràctica clínica, desplegament normatiu) i integrar els canvis en els subsistemes en què es basa l'organització de l'atenció primària de Catalunya (compra de serveis, organització i gestió, informació i avaluació).

Referències bibliogràfiques

- RIS H, PANÉ O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. *Folls Econòmics del Sistema Sanitari* 1997; 30: 7-11.
- BRUGULAT P, MERCADER M, SÉCULI E. La práctica de actividades preventivas en la atención primaria y los objetivos del Plan de salud de Cataluña 1993-1995. *Aten Primaria* 1998; 22: 334-339.
- Grup ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria* 2003; 31: 473-479.
- CATALÁN A, PARELLADA N. La reforma de l'atenció primària i el consum de fàrmacs: una simbiosi, encara? *Folls Econòmics del Sistema Sanitari* 1997; 30: 12-18.
- TORRALBA GUIRAO M, CALERO GARCIA MI, SEGÚ TOLSÀ JL, FAIXEDAS BRUNSMOS MT, LÓPEZ CALAHORRA P. Factores que influyen sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 274-280.
- VILLALBÍ JR, GUARGA A, PASARÍN MI, GIL M, BORRELL C, FERRAN M, CIRERA E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 468-474.
- DURÁN J, JODAR G, POCIELLO V, PARELLADA N, MARTÍN A, PRADAS J. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Aten Primaria* 1999; 23: 474-478.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
- BRUGULAT P, SÉCULI E, FUSTÉ J, JUNCÀ S, MARTÍNEZ V, MEDINA A, MERCADER M, SÁNCHEZ E. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. *Gac. Sanit* 2003; 17: 52-58.
- Analís prospectivo sobre perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5 (Supl 1): 1-49 [anexo Cataluña].
- PLANES MAGRINYÀ A. La reforma de la APS en España: mitos y realidades. *Jano* 1999; 26: 27-32.
- MARTÍN ZURRO A, LEDESMA CASTELLORT A, SANS MIRET A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
- THOMAS V. Medicina de familia, ¿próxima estación? *Aten Primaria* 2001; 28: 367-370.
- GÉRVAS J, PALOMO L, PASTOR-SÁNCHEZ R, PÉREZ-FERNÁNDEZ M, RUBIO C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 472-477.
- MINUÉ S, DE MANUEL E, SOLAS O. Situación actual y futuro de la atención primaria. A: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C ed. Informe SESPADS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2002. p. 395-437.

Figura 3. Operativització del Pla de millora de l'atenció primària de salut de Catalunya



Gestió de la qualitat en l'atenció primària. El model del Grup Sagessa

Lluís Nualart i Berbel

Director general del Grup Sagessa

La qualitat és un element d'esforç constant d'assegurament de l'atenció i de la millora contínua que ha de formar part del sistema de gestió d'un equip d'atenció primària.

Des de la nostra experiència, la satisfacció dels nostres usuaris/clients, dels professionals i l'obtenció de bons indicadors de funcionament (assistencials/salut i no assistencials) es poden aconseguir mitjançant la incorporació de models de gestió de la qualitat total complementaris com son el model EFQM i la Joint Commission.

Antecedents

L'any 1990 es va aprovar la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), que va introduir la separació entre les funcions de compra i provisió de serveis, i va implantar el model mixt de gestió, com a canvis fonamentals en el sector de la sanitat catalana. En conseqüència, es van establir les bases d'una mena de mercat controlat i es va instaurar la competència entre els diversos proveïdors per a l'adjudicació i la compra de serveis.

A partir d'aquí, el Grup Sagessa (Gestió de Serveis Sanitaris, SA), dedicat fins aleshores a la gestió de centres hospitalaris de malats aguts i sociosanitaris, va optar a la concessió de la primera àrea bàsica de salut (ABS) que el Servei Català de la Salut va oferir en la nova modalitat de gestió.

L'Àrea Bàsica de Salut Vandellòs - l'Hospitalet va començar a funcionar el desembre de 1991 i va ser la primera ABS del Servei Català de la Salut no gestionada per l'Institut Català de la Salut i la primera en tot l'Estat amb aquest tipus de gestió.

Des d'aleshores, i a més de diversos centres de malats aguts i sociosanitaris, el Grup Sagessa ha incorporat quatre noves àrees bàsiques de salut a la seva gestió.

El Grup Sagessa concep la qualitat com a esforç constant d'assegurament i millora. Els seus objectius finals són la satisfacció dels clients i la resposta a les seves necessitats i experiències. La tasca del Grup es basa en el compromís dels professionals en una organització que té un sistema de gestió eficaç i en la disponibilitat dels mitjans necessaris en el context que li atribueix la planificació sanitària.

Model d'atenció assistencial.

Etapa inicial

Si interpretarem el concepte de *qualitat* com a *qualitat total*, que inclou la participació i la satisfacció de tots els professionals, la política de qualitat i el pla de qualitat haurien d'iniciar aquests objectius amb una rellevància especial, i haurien de plantejar, alhora, un canvi cultural entre els nostres clients interns que facilités poder donar resposta als nous reptes i afavoris les noves formes de treball que aquests porten implícites.

Amb l'objectiu de cercar el compromís de tots els professionals de l'atenció primària, hem incorporat, en els incentius econòmics, la participació activa en les diverses accions de millora de la qualitat.

A partir d'una primera anàlisi DAFO (debilitats, amenaçes, forces i oportunitats) de l'any 1993, i amb la definició de la missió, la visió i els valors dels centres, el Grup Sagessa va engegar un primer Pla de qualitat, basat en la formació d'equips de millora, la formació dels professionals en el millorament continu de la qualitat –i, específicament, els que haurien d'integrar el nucli de suport a cada centre– i el plantejament d'uns objectius de perfeccionament avaluats periòdicament.

Aquesta primera etapa va permetre que el conjunt de professionals de l'atenció primària adoptés la idea de *qualitat* com a component bàsic de la gestió dels centres i incorporés les eines proporcionades pel model a la seva pràctica diària.

El model basat en l'EFQM i el model d'acreditació Joint Commission: dos models complementaris

Tot i això, aviat es va trobar a faltar un component bàsic per a la millora: els referents. Efectivament, avaluar pressuposa contrastar una realitat amb un referent que fa de model, que sigui homologat i de prestigi demostrat i que sigui admès com a tal. En aquesta línia, en el món sanitari, es van plantejar dos grans models d'avaluació: el model europeu de la qualitat total (EFQM) i el model d'acreditació de la Joint Commission. D'entrada, es van deixar de banda els models ISO ja que es va considerar que no eren els més indicats per a l'avaluació global de l'atenció primària, tot i les experiències existents d'avaluacions amb el model ISO.

El model EFQM es basa en les premisses que la satisfacció dels clients, la satisfacció dels professionals i l'impacte en la societat s'assoleixen mitjançant el lideratge en política i estratègia, la gestió del personal, dels recursos i els processos que porten, finalment, a l'excellència dels resultats empresarials. L'avaluació d'aquests nou criteris –lideratge, gestió del personal, política i estratègia, recursos, processos, satisfacció del personal, satisfacció dels clients, impacte social i resultats–, amb una ponderació adequada, permet obtenir una puntuació que dóna una imatge indicativa de la situa-

ció respecte al model d'excel·lència. Però, independentment de la puntuació obtinguda, l'anàlisi dels nou criteris –amb tots els subcriteris– permet obtenir la llista de punts forts i de punts febles dels nostres centres per establir una estratègia de millora progressiva i sistemàtica.

L'any 1998 es va fer una primera autoavaluació, amb el suport extern d'una empresa consultora i amb la participació dels professionals dels centres, que va permetre una aproximació a la situació de la nostra atenció primària i va posar de manifest un ventall de possibilitats de millora que caldrà convertir en projectes.

Tot i que el model EFQM és l'eina principal en el procés d'avaluació, el marcat vessant assistencial de la nostra activitat ens obliga a buscar altres models que ens permetin definir la manera com hem de fer, a la pràctica quotidiana, per acostar-nos a la situació d'excel·lència desitjada. En aquest punt, el model de la Joint Commission proporciona un conjunt d'estàndards que permeten avaluar tots i cadascun dels aspectes assistencials dels centres. Inicialment dissenyat com un model americà per a l'acreditació d'hospitals, la Joint Commission aviat va estendre les seves actuacions als altres nivells assistencials i a la resta del món. Mitjançant un procés d'avaluació externa, a més del procés d'acreditació pròpiament dit, es compara la realitat dels centres auditats amb els estàndards proposats i això permet l'obtenció d'una llista de punts forts i punts febles per engegar propostes de millora.

Ambdós models són, doncs, complementaris i així se'ls va plantejar la nostra organització.

A l'ABS Vandellòs - l'Hospitalet ja s'ha fet una primera experiència en la combinació d'ambdós models, amb uns resultats altament satisfactoris. L'any 1998, conjuntament amb la resta de centres del Grup Sagessa, els professionals de l'ABS van participar en el procés d'autoavaluació amb el model EFQM. Les petites dimensions del centre i l'existència d'estructures compartides amb la resta de centres van aconsellar no avaluar els nou criteris individualment i fer-ho conjuntament amb la resta de centres en el cas del lideratge, la gestió del personal, la política i estratègia, els recursos, l'impacte social i els resultats. Es van analitzar individualment els criteris relativs als processos i la satisfacció del personal i del client. Independentment de la puntuació obtinguda –que podem considerar clarament satisfactòria–, aquest exercici d'autoavaluació va posar de manifest una sèrie de deficiències en tots i cadascun dels criteris que, analitzades convenientment, van comportar la posada en marxa de noves estratègies de millora. Paral·lellament, aquell mateix any es va dur a terme un primer *assessment* o auditoria externa a càrrec d'un auditor de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que, mitjançant la comprovació directa d'un conjunt d'estàndards, agrupats en onze funcions principals, va emetre un informe de punts forts i punts febles que s'hi havien observat, amb un seguit de consells i recomanacions per a corregir els déficits detectats.

Els resultats d'aquestes dues evaluacions van ser fàcilment superposables en els aspectes que fan referència al lideratge, la política de personal, la gestió dels recursos, els processos i la gestió de la informació. El model Joint Commission hi va aportar recomanacions valioses respecte al procés assistencial, les estructures físiques, l'ètica de l'organització i l'educació.

Totes les deficiències detectades van ser tractades mitjançant la creació d'equips de millora, en els quals va participar tot el personal del centre i hi va quedar implicada la direcció de l'organització.

Finalment, el novembre del 2001 es va repetir l'auditoria externa a càrrec de la Joint Commission, amb el resultat de l'acreditació del centre. Va esdevenir, així, l'ABS Vandellòs - l'Hospitalet, el primer centre d'assistència primària que rep aquesta acreditació en l'àmbit estatal.

Quines han estat les aportacions de tot aquest procés a la nostra atenció primària? D'entrada, cal dir que s'ha creat una nova cultura de la qualitat: aquesta deixa de ser percebuda com una imposició de la direcció i passa a ser una eina imprescindible en el maneig de les situacions quotidianes. La normalització dels registres, la creació de circuits, la definició de drets i deures, el reconeixement i l'avaluació de la competència professional, l'orientació cap als clients, la preocupació per la satisfacció dels clients i dels professionals, la millora de les estructures físiques o la creació d'hàbits d'actuació sistematitzats són alguns dels beneficis immediats d'aquestes experiències. A més, l'assimilació dels estàndards i els criteris els han convertit en referents a l'hora d'emprendre noves accions o de buscar solucions a nous problemes.

Tota l'experiència acumulada en aquest centre també ha servit per generar un model aplicable a tota l'atenció primària del Grup Sagessa, independentment del ritme que puguin portar les evaluacions externes.

D'altra banda, consolidat el model EFQM com a base de la política de qualitat del Grup, ara fem una nova autoavaluació amb l'òptica que dóna l'experiència i un coneixement més bo del model. En el cas de l'atenció primària, aquest replantejament passa per una redefinició dels processos bàsics dels nostres centres fent-ne un mapatge, punt en què ens trobem ara mateix. Aquest nou esforç té el suport paral·lel de l'aplicació dels diferents estàndards de la Joint Commission a la resta d'àrees bàsiques de salut del Grup, la sol·licitud d'acreditació d'un altre centre i la reacreditació periòdica dels centres ja acreditats.

En definitiva, l'aplicació del model EFQM com a base de la gestió de la qualitat total, complementat, especialment en l'àrea assistencial, pel model d'acreditació de la Joint Commission, constitueixen un potent instrument per a la millora contínua de la qualitat en l'atenció primària de salut i permeten el plantejament d'una visió dels centres en clau d'excel·lència.

Resultats

Aquest sistema de gestió ens ha permès obtenir bons resultats de satisfacció, tant dels nostres usuaris/pacients com dels nostres professionals, com es desprèn de les enquestes de satisfacció i de clima, respectivament. També s'han obtingut bons resultats de salut de la població atesa, si analitzem el grau de control de la patologia crònica –avaluació del contracte anual amb el CatSalut– i una taxa estandarditzada inferior, estadísticament significativa, d'ingrés hospitalari per mil habitants, en comparació amb la mitjana de la regió sanitària de Tarragona (RST).

Recentment, en analitzar els Ambulatory Sensitive Conditions, tenim una inferior taxa d'hospitalització per deu mil habitants, estadísticament significativa, en comparació amb l'RST, tant global com en determinades patologies: la insuficiència cardíaca, l'accident vascular cerebral, la cardiopatia isquèmica, etc.

Pel que fa al consum de recursos, la despesa de farmàcia per habitant i any també és inferior a la mitjana de l'RST. Finalment, no augmenten les urgències de l'Hospital Universitari de Sant Joan, de Reus, que és el de referència per a les cinc ABS que gestionem, i, alhora, s'ha incrementat el nombre de demandes d'atenció continuada a les nostres ABS.

Referències bibliogràfiques

- GENÉ J. Macrogestión de la atención primaria inspirada en un modelo de calidad total: la experiencia del ICS. Cuadernos de Gestión 2002; 8 (4): 192-6.
- CORTÉS JA, AYALA S, ÁLVAREZ P, DOMÍNGUEZ J, HOYO AE, NIETO E, VILLASANTE F, RODRÍGUEZ A. Análisis de liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM con motivo de la realización de un plan estratégico. Cuadernos de Gestión 2001; 7 (3): 119-32.
- PAINO M, BERRAONDO I, SÁNCHEZ E, DARPÓN J. Experiencia de certificación con normas ISO 9000 en centros de atención primaria. Cuadernos de Gestión 2002; 8 (3): 106-14.
- EFQM Conceptos fundamentales de la excelencia. <http://www.efqm.org>
- Joint Commission International Accreditations. Fundació Avedis Donabedian. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Ed. Viena Serveis Editorials, SL. Barcelona 2000.

Núria Riera i Molist
Cap del Servei de Farmàcia

PAMEM. Institut de Prestacions
d'Assistència Mèdica
al Personal Municipal

La gestió de la prescripció farmacèutica

En el sistema sanitari, quan es parla de medicaments, generalment se centra el debat en l'aspecte econòmic, i específicament en el cost. Òbviament, aquest és un dels problemes més rellevants en el nostre entorn, però no és pas l'únic. D'una banda, l'efectivitat de les intervencions està relacionada amb la selecció i l'ús correctes dels recursos farmacològics, però, d'altra banda, no hem d'oblidar que l'ús dels medicaments pot tenir efectes negatius per a la salut de la població.

Gestionar la prescripció farmacèutica vol dir, en termes generals, racionalitzar l'ús dels recursos farmacològics, tant des del punt de vista sanitari com econòmic, és a dir, incrementar la qualitat i la seguretat de la prescripció, i també l'eficiència de les intervencions, aspecte que requereix necessàriament d'una actuació conjunta, coordinada i coherent de tots els agents implicats, incloent-hi el propi usuari, així com la coresponsabilització d'aquest.

Introducció

La prescripció de medicaments és una de les decisions assistencials més importants, ja que aquest recurs és un dels elements principals de què disposem per a l'abordatge de les intervencions mèdiques preventives, curatives o palliatives que es duen a terme en la nostra comunitat.

Segons estudis globals d'ús dels medicaments, el percentatge de població que hi està exposada és cada vegada més alt, fruit de l'enveliment de la població, de la millor capacitat en la detecció de patologies, de la instauració de tractaments més integrals i intervencionistes i de la importància que ha assolit la prevenció davant el tractament de les malalties. Com a resultat, la complexitat dels tractaments farmacològics i de la població a tractar augmenta. Segons dades facilitades pel CatSalut, durant l'any 2002 el nombre mitjà de receptes per habitant va ser de 14,7; tot i que aquest valor se situï a 7,3 en la població d'edat de menys de 65 anys, augmenta fins a assolir les 45,2 receptes anuals en el cas de persones més grans de seixanta-quatre anys. D'altra banda, segons el recompte de medicaments per habitant, el percentatge de població catalana que, el mes d'abril del 2003, prenia més de cinc medicaments era del 4,92% i el que prenia més de deu medicaments era del 0,74%, però en la població d'edat superior als seixanta-quatre anys, s'assolien uns valors preocupants, ja que el 20,06% de les persones prenien més de cinc medicaments i el 3,34% en prenien més de deu.

Una exposició més elevada de la població a la teràpia farmacològica comporta, com a mínim, dos aspectes rellevants a tenir en compte, que són l'impacte sobre la salut de la població exposada i l'impacte sobre l'ús de recursos sanitaris.

Respecte a l'impacte de l'ús dels medicaments en la salut de la població, cada vegada som més conscients que els medicaments no sempre comporten efectes positius i que moltes vegades són causa de

problemes de salut. En augmentar la població que hi està exposada, la probabilitat d'aparició de problemes relacionats amb l'ús dels medicaments (PRM) o esdeveniments adversos a medicaments (EAM) cada vegada és més alta; la major part d'aquests problemes són prevenibles i s'agrupen sota el concepte d'errors de medicació (EM); els problemes derivats de l'ús de medicaments que no es poden prevenir són coneguts com a reaccions adverses als medicaments (RAM).

En l'àmbit hospitalari, la detecció, la prevenció i la resolució dels PRM és relativament més fàcil que en l'atenció primària (AP). L'hospital, tot i la complexitat dels pacients i de les pautes farmacològiques, és un entorn més restringit i controlable. Contràriament, en l'AP és evident que la dificultat s'incrementa i, per tant, únicament la col·laboració multidisciplinària i la sensibilització i la implicació dels professionals sanitaris (metges, personal d'infermeria, farmacèutics d'AP i farmacèutics comunitàris) són factors clau en la minimització de l'impacte, en redueixen la freqüència i incrementen la resolució i la notificació de les RAM.

Estudis, duts a terme majoritàriament als Estats Units, atorguen a aquesta «cara negativa» dels medicaments molta importància per l'impacte significatiu que tenen en la salut de la població, per les conseqüències clíniques dels pacients i els costos elevats que generen. Segons càlculs recents, s'estima que els PRM són responsables de set mil morts anuals i que provoquen un de cada deu ingressos hospitalaris.

Per que fa a la utilització de recursos sanitaris, l'impacte econòmic de la medicació amb recepta derivada de la presa de decisions clíniques en l'AP representa el 56% del seu pressupost; igualment des d'un punt de vista global (primària i especialitzada), la medicació és el 32% del pressupost sanitari i l'11% del pressupost de la Generalitat de Catalunya. El creixement interanual de la despesa farmacèutica a l'AP a Catalunya i a Espanya és constant. Mentre que el percentatge de creixement a

Catalunya va ser del 5,64% l'any 2001, va augmentar fins al 9,54% el 2002, i pel que va d'any (gener-maig del 2003) s'ha incrementat a 10,50% respecte al mateix període de l'any anterior. A l'Estat espanyol aquests increments percentuals són similars: són, respectivament: 7,90%, 9,89% i 10,14%. Aquest increment és fruit, majoritàriament, de l'exposició més elevada de la població als medicaments i de la incorporació constant al mercat espanyol de noves molècules, que tot i que són, en la major part dels casos, més cares que les alternatives ja existents, són escassament innovadores (aporten únicament avantatges farmacocinètics o d'administració), raons que no són prou de pes per justificar l'increment notable dels preus respecte als medicaments ja existents.

Segons evaluacions procedents de la Direcció General de Farmàcia i de l'Agència Espanyola del Medicament del Ministeri de Sanitat i Consum, de les dinou noves molècules que es van introduir en el mercat espanyol, l'any 2002, únicament una és catalogada com a «millora terapèutica important» i una altra, com a «millora terapèutica modesta»; les disset restants o bé aporten una «petita o nul·la millora terapèutica» o bé no s'ha pogut arribar a una conclusió definitiva, a causa de «la bibliografia escaixa i la poca experiència d'ús».

Davant aquest panorama, la gestió de la prescripció farmacèutica vol dir assegurar l'aplicació dels medicaments d'una manera raonable o racional, tenint en compte la seva doble dimensió: l'econòmica i la sanitària, de manera que s'asseguri la qualitat i la seguretat de la prescripció de medicaments, es minimitzi l'impacte dels PRM i s'incrementi l'efectivitat dels tractaments i l'eficiència de les intervencions. A aquest respecte, no es tracta de gastar molt o poc, sinó de gastar-ho correctament i a un cost sostenible. El sistema sanitari públic segueix un model poc eficient des del punt de vista de l'assegurador, perquè qui decideix no paga ni consumeix, qui consumeix no decideix ni paga i qui paga no consumeix ni decideix. Les fórmules millors per tal d'assegurar l'ús racional dels recursos sanitaris passen per incorporar el concepte de gestor a tots els agents que intervenen en el sistema sanitari, és a dir els metges, el personal d'infermeria, els farmacèutics d'AP, els farmacèutics comunitàris i els usuaris, perquè el procés de la prescripció no es pot considerar el registre aïllat d'una especialitat farmacèutica en una recepta, sinó que s'ha d'analitzar des d'un punt de vista més global i, per tant, és un procés complex, multifactorial i multidisciplinari.

Com gestionar la prescripció farmacèutica des de la perspectiva del proveïdor

La prescripció de medicaments és el resultat final d'un procés de decisió, i per tant reflecteix actituds i esperances dels prescriptors, que són determinades, al seu torn, pels coneixements, les habilitats i l'experiència dels metges, i per l'entorn en què s'efectua aquesta prescripció.

Una proposta per a l'abordatge de la gestió seria classificar i identificar els diversos factors, agents i circumstàncies que intervenen directament o indirectament en la prescripció farmacèutica. Aquests grups tenen més o menys pes i, combinats d'una manera equilibrada i adaptats a les característiques de l'entorn de treball, permeten obtenir una racionalització dels recursos sanitaris i, per tant, de la prescripció farmacèutica, i afavoreixen la qualitat, la seguretat i l'eficiència, que són les finalitats bàsiques de la gestió.

Elements de suport a la prescripció

Els elements de suport a la prescripció tenen l'objectiu de facilitar la presa de decisions clíniques i, per tant, de minimitzar la incertesa del procés i disminuir la variabilitat interprofessional. Aporten informació rellevant per al clínic i la recuperació de dades que permetran avaluar l'activitat i obtenir resultats en salut.

Tecnologies de la informació i la comunicació

La incorporació de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) al sistema sanitari permet, entre altres coses, facilitar l'activitat diària, aproximar i incrementar el coneixement dels professionals sanitaris o donar-los suport en la presa de decisions (*professional empowerment*). Les TIC ens ofereixen quelcom que és indiscutible: permeten millorar la qualitat del procés, entès aquest concepte com l'increment en la seguretat i la disminució en el nombre d'errors (bàsicament errors humans). Per tant, i tot i que en un primer moment la incorporació de les TIC i les seves aplicacions informàtiques pot representar un cost addicional per al sistema, a curt o a mitjà termini aquest cost queda compensat per la disminució de la despesa global.

Un sistema d'informació (SI), per poder ser considerat un instrument vàlid i essencial de suport a la prescripció de medicaments, ha de complir els requisits mínims següents:

- La versatilitat des del punt de vista tecnològic, que permeti la incorporació de noves tecnologies.
- La funcionalitat per a la millora contínua de prestacions, que faciliti la introducció de nous conceptes.
- L'operativitat per a l'adaptació diària a les necessitats.
- La seguretat, que garanteixi la protecció de dades i la confidencialitat dels usuaris i, alhora, impeideixi l'accés i la modificació de dades de persones no autoritzades durant el procés de l'emmagatzematge o la migració de les dades, i que disposi de mesures per detectar, controlar i comptabilitzar aquests processos.

La incorporació de la informàtica a la pràctica clínica diària afavoreix el desenvolupament d'aplicacions que permeten disposar d'un gran nombre de dades i en facilita el tractament, per tal d'obtenir resultats en salut. La incorporació progressiva de la història clínica informatitzada permetrà incrementar la qua-

litat de la prescripció i la seguretat de l'ús dels medicaments, davant d'interaccions farmacèutiques, duplicitats terapèutiques i altres factors que poden comportar un risc per a l'usuari i un cost innecessari per al sistema sanitari, i permetrà també millorar l'eficiència del procés en la recuperació d'informació de valor clínic assistencial. Tot i que un nombre elevat d'SI ja disposa de la prescripció farmacèutica informatitzada, amb tots els avantatges que se'n deriven, encara no permeten la recuperació total d'informació de valor clínic assistencial.

Ara bé, la incorporació de les TIC provoca canvis substancials en la manera de treballar dels professionals, és a dir, permet reduir el temps de dedicació a tasques més burocràtiques i invertir-lo en activitats de suport i millora de la qualitat del sistema, i permet també potenciar la dedicació dels professionals als usuaris. La complementaritat dels diversos professionals de l'equip d'atenció primària (EAP) és essencial per poder aprofitar les possibilitats que ens ofereixen les noves tecnologies.

Informació

La informació és un altre element de suport en el procés de la prescripció farmacèutica. Globalment, hi ha dos tipus d'informació, segons a qui vagi adreçada: als professionals sanitaris o als pacients.

En el cas que la informació vagi adreçada als professionals sanitaris, el contingut d'aquesta, de naturalesa científica, els ha de permetre ampliar i reforçar els coneixements. És important disposar d'informació valorada i crítica sobre l'enorme quantitat de novetats terapèutiques que s'incorporen diàriament al mercat espanyol; aquesta informació ha de ser consensuada i ha de cercar la implicació dels professionals de medicina familiar i comunitària (metges de família). També és aconsellable la implicació dels metges d'altres especialitats com a consultors, per tal de minimitzar l'impacte de la prescripció induïda i afavorir la coordinació entre els nivells assistencials. En aquest punt, és destacable l'impacte que té la indústria farmacèutica en la introducció de les novetats terapèutiques entre el col·lectiu mèdic i en l'establiment d'una relació emotiva (*face to face*), en molts casos necessària i valorada positivament segons una part del col·lectiu mèdic. L'assessor en medicaments (habitualment el farmacèutic d'AP) hi pot tenir un paper important, si actua de filtre, disminueix aquest impacte de la prescripció induïda i, al mateix temps, col·labora amb l'aportació d'informació científica de qualitat.

A part de les novetats terapèutiques, i dins la informació científica, la revisió de l'ús d'un grup determinat de medicaments o bé la revisió d'una malaltia més o menys freqüent de la nostra població, que facilita algoritmes de tractaments, farmacològics o no farmacològics, millora la qualitat de la prescripció de medicaments, evita la utilització de molècules d'eficàcia dubtosa (efecte placebo) i té un impacte econòmic prou important en la major part dels casos.

D'altra banda, una eina de millora de la qualitat de la pràctica mèdica és la integració a l'SI de les da-

des derivades de l'assistència sanitària, com la prescripció dels metges o el consum de medicaments dels pacients (*feed-back*). Diversos estudis mostren que els mecanismes basats en el retorn de la informació de les prescripcions als qui les han fetes pot afavorir la millora de la pràctica clínica i sensibilitzar el col·lectiu mèdic de la despesa que genera la seva prescripció i, a més, permet fer propostes de millora. Igualment, i en aquesta línia de sensibilització, seria favorable retornar a l'usuari el cost dels seus tractaments, incrementar, en molts casos, l'adherència al tractament i evitar, en molts d'altres, fer-ne un ús innecessari.

Pel que fa a la informació adreçada pròpiament als usuaris, aquesta ha de ser elaborada per a tots els professionals de l'EAP, i les activitats s'han de complementar. La unitat d'infermeria, juntament amb el farmacèutic o farmacèutica, constitueix un punt clau en la trama d'informació beneficiosa. L'objectiu és oferir als pacients eines útils perquè els facilitin el tractament dels seus problemes de salut (*patient empowerment*) i fer-los part activa pel que fa a la seva pròpia malaltia, és a dir, que l'usuari n'assumeixi part de la responsabilitat (vegeu l'apartat d'educació sanitària).

Evidència científica

Les guies de pràctica clínica (GPC) es defineixen com, «el conjunt de recomanacions desenvolupades de manera sistemàtica per ajudar els professionals i els pacients en la presa de decisions per a una atenció sanitària apropiada en unes circumstàncies clíniques concretes». Es tracta, per tant, d'eines que permeten minimitzar la variabilitat entre els diversos professionals i combinen evidències i valoren –o haurien de valorar– el balanç entre benefici i perjudici. Per tal d'assegurar un seguiment òptim d'aquestes GPC resulta molt interessant la seva informatització i implicació tal i com ocorre amb informes d'avaluació de novetats terapèutiques dels diferents professionals de l'EAP.

Davant la selecció de diferents especialitats, pot ser convenient elaborar formularis o bé guies farmacoterapèutiques, és a dir, recomanar uns fàrmacs més que no pas uns altres. Evidentment, aquesta selecció ha de ser feta en funció de l'evidència científica i paral·lelament a les recomanacions proposades pels protocols i les GPC. Igualment, és freqüent trobar un mateix fàrmac comercialitzat amb el nom de diferents especialitats. L'elaboració de plantilles que seleccionin, per a un mateix principi actiu, les especialitats farmacèutiques amb un cost més baix que les altres (especialitats farmacèutiques genèriques) ens permet mantenir la mateixa qualitat i minimitzar els costos.

Elements per a l'avaluació i la millora de l'ús de medicaments

Com tot procés de gestió, el cercle s'ha de tancar amb l'avaluació del que es fa i amb la retroalimentació dinàmica del sistema per tal de millorar continuament la qualitat i els resultats.

Indicadors

La incorporació d'una sèrie d'indicadors permet conèixer i avaluar la situació de la prescripció i emprar aquesta informació per establir mecanismes i circuits de millora.

Avui dia hi ha molts indicadors, que es poden agrupar en dos grups: els indicadors descriptius, que es limiten a aportar una informació, sense fer una valoració, i que, a la vegada, poden ser quantitatius o qualitatius. L'altre grup són els indicadors de qualitat, que impliquen l'establiment d'estàndards de qualitat. En aquest darrer grup, i cada vegada amb més freqüència, els indicadors adquireixen un sentit més clínic que no pas merament descriptiu i permeten, per tant, correlacionar la malaltia amb el tractament farmacològic aplicat. Així, han de permetre, per exemple, determinar d'una manera més o menys global i segons els objectius prefixats, com i amb què són tractats els usuaris hipertensos de la nostra societat. Evidentment, els programes de gestió de patologies (vegeu l'apartat de la visió de futur) ens poden facilitar aquesta informació d'una manera relativament fàcil, i juntament amb els indicadors, podem assegurar que la població rep la teràpia farmacològica més idònia.

Revisió dels tractaments farmacològics

La prescripció de medicaments s'ha de basar en activitats en les quals participin professionals diversos, que n'afavoreixin el manteniment de la qualitat. La revisió sistemàtica de la medicació de pacients amb malalties cròniques, i també la identificació d'usuaris polimedcats, és una activitat bàsica i necessària, perquè assegura que cada fàrmac continua sent necessari, que encara és eficaç i que la dosi i la forma farmacèutica són les més adequades. Altres activitats que afavoreixen l'ús correcte dels medicaments són la revisió d'aquests en la consulta mèdica o bé en el domicili. Aquestes activitats faciliten el procés de determinació de la medicació que pren cada pacient, identifiquen els medicaments sobrers i poden ajudar a prevenir problemes futurs. La revisió de la medicació domiciliària ofereix l'oportunitat de revisar tota la medicació que el o la pacient disposa a casa seva, identifica àrees d'ineficiència de medicaments i permet fer recomanacions sobre els medicaments que hauria de prendre o no hauria de prendre.

Educació sanitària

Finalment, una altra activitat cada vegada més necessària, tant per al sistema sanitari com per a la població, és l'educació sanitària dels usuaris, entesa com la transmissió d'informació, tant oral com escrita, a fi de reforçar el coneixement que en tenen, d'incrementar l'adherència al tractament o de detectar i prevenir possibles PRM. L'educació sanitària referent a patologies concretes com l'asma o la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), en les quals es requereix una familiarització i entrenament dels pacients abans de l'ús dels dispositius d'inalació, assegura que se'n faci un ús

correcte, millora la qualitat de vida d'aquest grup de població i disminueix els costos globals del sistema sanitari, ja que fa disminuir el nombre d'ingressos hospitalaris per reaguditzacions, i, alhora, disminueix la freqüència de l'ús de la medicació de rescat. Igualment, l'educació i la sensibilització de la població pel que fa a l'ús i el consum d'antibiòtics n'afavoreix l'ús racional i, per tant, evita problemes de resistències bacterianes, relacionades directament amb la prescripció inadequada, la dispensació sense recepta i l'ús indiscriminat que en poden fer els pacients.

L'educació sanitària també pot beneficiar altres grups d'usuaris, que, a causa de la seva vulnerabilitat social i/o mèdica, tenen més complexitat, són susceptibles de més hospitalitzacions i efectes adversos i que tendeixen a patir més combinacions de problemes de salut. El seguiment sanitari (gestió de casos) d'aquest grup de pacients permet oferir-los una alternativa assistencial més eficient.

Elements de motivació professional

Els elements de motivació professional comporten un reconeixement operatiu de la importància dels professionals en els processos assistencials i, per tant, de la transcendència d'aconseguir la coresponsabilització de tots els professionals en l'obtenció dels objectius i els resultats que es marca l'organització.

Formació

Una manera de motivar els professionals és per mitjà de la formació individual, que beneficia la carrera professional de cadascú i que, per tant, repercuteix en la prescripció farmacèutica i en la qualitat de l'assistència sanitària.

Ara bé, a aquest respecte, i en l'àmbit de cada organització, caldrà formular-se una sèrie de preguntes, i reflexionar-hi. Aquestes preguntes són:

- Per què cal la formació?
- Qui s'ha de formar?
- Quin és el moment més idoni per formar-se?
- I sobre què ens hem de formar?

La qualitat de la resposta a aquestes preguntes repercuteix inevitablement en la qualitat de l'atenció sanitària que ofereix un centre de salut. L'equip directiu és el més adequat per assumir aquest ventall de preguntes, ja que, entre altres activitats, és el responsable de la gestió del coneixement dels seus professionals. Aquest equip és el responsable de motivar l'EAP i de vetllar per la qualitat de l'assistència sanitària que ofereix a la població.

D'altra banda, la indústria finança pràcticament tota la formació continuada; és també aquesta la que decideix quan, amb què, per què i sobre què s'han de formar els professionals.

El que és evident és que, independentment de qui finançi la formació continuada, l'equip directiu l'hauria de liderar, basant-se en els déficits de coneixement evidenciat per mitjà de l'anàlisi de resultats i de l'SI.

Incentius

Actualment hi ha un cert consens en la conveniència de motivar els professionals, amb la incorporació d'una política d'incentius econòmics, o d'altra mena, en funció dels resultats de cadascú, que permeti assolir més fàcilment els objectius prioritats pel sistema sanitari, i concretament en la prescripció farmacèutica. Una de les prioritats a assolir és la prescripció d'especialitats més eficients, que mantingui els mateixos resultats i eviti l'ús d'especialitats més cares.

S'han fet diverses aproximacions per millorar la qualitat, la seguretat i l'eficiència de la prescripció farmacèutica. Un exemple és l'Estandard de qualitat de prescripció de fàrmacs, elaborat en l'entorn de l'Institut Català de la Salut, que és adquirit pel conjunt d'un equip d'atenció primària. El compliment d'aquest estàndard condiciona l'assignació d'un incentiu de tipus econòmic. La selecció de medicaments es va fer respondent als criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús, disponibilitat d'especialitats farmacèutiques genèriques i comoditat de posologia.

La visió de futur

Avui dia, l'atenció sanitària ha d'anar destinada cada vegada més als usuaris, i els ha de donar participació, com un agent més i amb capacitat d'influir i negociar en la prescripció de medicaments. Amb les noves tecnologies i una millor accessibilitat a la informació mèdica, bàsicament per mitjà d'Internet, els ciutadans adquireixen protagonisme i trenquen la relació metge-pacient clàssica, caracteritzada per una asimetria informativa. Per tant, davant un ciutadà o ciutadana informat, el metge sovint ha de justificar les seves decisions i consensuar-hi el tractament. Aquest canvi de visió és afavorit per la incorporació de les TIC en el sistema sanitari, ja que permet als professionals dedicar més temps a cada pacient i millorar la salut de la població des de la consulta, i, alhora, evitar que aquestes TIC esdevinguin una barrera física i relacional entre els professionals sanitaris (metges, infermers, farmacèutics, administratius) i la població.

D'altra banda, la seguretat, la qualitat i l'eficiència de la prescripció de medicaments són pilars bàsics i indispensables del nostre sistema sanitari, i cal incorporar-los-hi. És previsible que la implantació de la recepta electrònica (RE) hi repercutexi favorablement en aquest sentit, i l'enriqueixi, tant pel que fa als usuaris, com als proveïdors, els finançadors i els planificadors. A més, l'assumpció progressiva de GPC i de la història clínica informatitzada, en el cas de les malalties cròniques més prevalents, per a ús dels professionals sanitaris, complementades amb la informació als pacients i el seguiment que fan de les recomanacions, fa preveure un nou espai d'actuació i d'anàlisi de la prestació dels serveis sanitaris.

Els programes de gestió de patologies o *disease management*, en l'abordatge de malalties cròniques, obren un camí important cap a l'establiment

d'indicadors d'avaluació de l'eficiència que permetin fer una anàlisi documentada del veritable impacte d'una prescripció farmacèutica correcta, basada en el coneixement científic. L'anàlisi integrada de l'activitat i de la despesa per patologia, en un sistema integrat de salut (segurament gràcies a un sistema de finançament capitatiu), que afavoreix la transversalitat i la coordinació dels diferents nivells assistencials, haurà de permetre ponderar de veritat l'oportunitat de considerar pertinent l'augment o el descens de la despesa farmacèutica, conjuntament amb l'evolució de la resta de la despesa de l'oferta sanitària (l'hospitalària i la de l'atenció primària) en el context dels resultats de salut (*health outcomes*) obtinguts.

Finalment, la futura evolució previsible cap a programes de gestió de salut o *Health Management*, així com l'avenç de la «biogenètica» i la seva influència en l'elaboració de guies de prevenció individualitzades i la prescripció farmacèutica «a la carta», segons característiques individuals i probabilitats de desenvolupar una determinada malaltia o bé retardar o aturar la seva progressió, poden acabar d'orientar les actuacions preventives més eficients.

Referències bibliogràfiques

- Memòria d'activitat 2002 del CatSalut (www.gencat.es/scs)
- *Butlletí de prevenció d'errors de medicació de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (www.errorsmedicacio.org).
- Primera Jornada de Reflexió de Gestors Sanitaris sobre la despesa farmacèutica i el seu impacte sobre la sostenibilitat del sistema. CatSalut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- NIN JULVE, ENRIC; CABEZAS PEÑA, CARMEN; MADRIDEJOS MORA, ROSA; MARTÍN LLUÍS, ANTONI P: *Manual de Gestión de la Prescripción Farmacéutica en Atención Primaria*. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid. 2001.
- *Informatización en la Atención Primaria*. Documento nº 13, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2000 pág. 38.
- *Asesoramiento al médico de atención primaria en la prescripción: Documento de información y guía para el nuevo NHS*. SEFAP 1998.
- JOVELL, A.J: *Medicina basada en la afectividad*. Med Clin (Barc) 1999; 113:173-5.
- STEINBERG, EP: *Improving the Quality of Care – Can We Practice. What We Preach?* N Engl J Med 2003; 348:2681-3.
- PALOP LARREA, V; MELCHOR PENELLA, A; MARTÍNEZ MIR, I: *Reflexiones sobre la utilización de antibióticos en atención primaria*. Aten Primaria 2003; 32(1):42-7.

La direcció clínica en l'atenció primària

Joan Gené Badia
i Mercè Marzo Castillejo
Divisió d'Atenció Primària.
Institut Català de la Salut

La direcció clínica persegueix augmentar l'efectivitat i l'eficiència dels serveis d'atenció primària, millorant-ne els processos assistencials i de suport. Utilitza tècniques pròpies de la medicina basada en l'evidència, la gestió del coneixement i la qualitat total. Es basa en les tecnologies de la informació i la comunicació. Aquest article presenta l'experiència i els primers resultats aconseguits després d'aplicar-la durant quasi quatre anys a la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS). La direcció clínica aporta un llenguatge que és comprensible i ben acceptat, tant pels usuaris com pels professionals i els gestors. Els bons resultats aconseguits mostren que és adequada per modernitzar organitzacions públiques i complexes com l'ICS. La informatització, la transparència i el rigor metodològic són imprescindibles per aconseguir implantar-la.

Introducció

Les reformes dels serveis de salut de la dècada dels noranta persegueixen augmentar-ne la productivitat. En aquell període, l'entorn sanitari es va enriquir amb la incorporació d'instruments de la gestió empresarial. Avui, l'objectiu de les institucions sanitàries ha variat. Busquen fer correctament les intervencions que són adequades. Entenen que els serveis de salut només han de dur a terme les actuacions que són avalades per l'evidència científica, i que no té sentit augmentar les activitats que no tenen un impacte en la salut dels ciutadans. Consideren que l'atenció sanitària ha de ser sotmesa a una evaluació i revisió contínues per introduir millors en els processos assistencials. L'optimització de l'ús dels recursos ha de sorgir com a conseqüència de la promoció de l'excel·lència clínica.

Aquesta nova política s'ha d'implantar emprant els instruments propis de la medicina basada en l'evidència, de la gestió de qualitat total i de la gestió del coneixement. Introduceix una perspectiva més sanitària en la gestió de l'organització i situa el ciutadà en l'eix central del sistema.

El National Health Service (NHS) britànic anomena aquesta estratègia *clinical governance* (direcció clínica)^[1,2]. La defineix com el marc sota el qual les organitzacions del Sistema Nacional de Salut anglès es responsabilitzen de millorar, d'una manera continuada, la qualitat dels seus serveis i de garantir uns estàndards d'atenció òptims, mitjançant la creació d'un entorn que faci ressorgir l'excel·lència de la pràctica clínica. Però el concepte *clinical governance* va més enllà d'aquesta definició i es comença a difondre arreu.

Influïda per aquesta tendència, la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut va iniciar, l'any 2000, un projecte que va anomenar direcció

clínica^[3]. És una política corporativa que, tant en els hospitals com en l'atenció primària, vol promoure la millora dels processos assistencials, l'optimització de l'ús de recursos i l'afavoriment de la cooperació entre proveïdors en un entorn de descentralització de les decisions de gestió clínica^[4,5]. Aquest article descriu breument els quasi quatre anys d'experiència d'implantació de la direcció clínica a la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS i els seus primers resultats.

Els instruments de la direcció clínica de l'ICS

El contracte

La direcció clínica és un projecte de tots els professionals de l'atenció primària de l'ICS. Les àrees bàsiques de salut (ABS) que integren els diversos serveis d'atenció primària (SAP) en són les protagonistes. El director i l'adjunta d'infermeria signen un contracte amb l'estructura de direcció, segons el qual es comprometen a complir uns objectius assistencials sobre el pressupost, el desenvolupament de grups de millora, les activitats de formació continuada, l'avaluació d'activitat, la satisfacció dels usuaris i la qualitat de vida laboral. Els processos assistencials són l'essència de la direcció clínica.

En aquest contracte s'assenyalen els objectius assistencials, que fan referència a la receptivitat, les cobertures de vacunes, el cribatge de les patologies més prevalents, l'atenció domiciliària i el control de patologies cròniques, els indicadors quantitatius i qualitatius de prescripció de farmàcia, les derivacions (grau de resolució i nombre d'hospitalitzacions susceptibles de ser reduïdes pels professionals d'atenció primària), les indicacions d'in incapacitat laboral transitòria i l'ús de les proves complementàries de laboratori i radiologia. Tots

aquests objectius tenen en compte les necessitats assistencials i les prioritats determinades pel Pla de salut de Catalunya i el contracte amb el CatSalut.

El director de l'equip d'atenció primària (EAP) assumeix el pressupost dels productes intermedis (radiologia, laboratori), les tires reactives i la farmàcia, i el pressupost de personal.

El projecte de direcció clínica es va iniciar l'any 2000; l'any 2001 es varen signar 104 contractes, i l'any 2002, 156. Actualment tots els EAP són inclosos en el projecte.

El nou organigrama

Per facilitar l'orientació clínica de la gestió, l'any 2001 es va canviar l'organigrama de l'Institut Català de la Salut. Les antigues subdivisions i direccions d'atenció primària (DAP) van donar pas als àmbits i als SAP. Els àmbits assumen la gestió econòmica i de personal més clàssica, mentre que els SAP prenen les decisions de gestió assistencial. Així mateix, s'ha reduït el nombre d'estructures de gestió i s'ha descentralitzat la presa de decisions clíniques. En el nou organigrama també s'ha creat la Unitat de Farmàcia, que estableix les polítiques destinades a millorar la qualitat de la prescripció.

El perfil professional dels directors dels SAP també ha variat. L'any 2000 eren pocs els directors de les antigues 36 DAP que provenien de l'assistència. Actualment, els 30 directors dels nous SAP predeixen majoritàriament del camp assistencial i han assumit responsabilitats de gestió assistencial.

Un model retributiu basat en els objectius i la carrera professional

Per millorar el compliment dels objectius individuals i de desenvolupament professional, durant l'any 2002 s'ha modificat el model de retribució. Desapareix la linealitat i s'adopta un model que retribueix atenent les preguntes següents: «què sóc?», «què faig?», i «com ho faig?». Vol ser un instrument de gestió que reconegui l'esforç i afavoreixi el desenvolupament professional dins l'organització. Aquest instrument inclou productivitat variable i capitació, per als facultatius, i carrera professional, per als facultatius i el personal d'infermeria.

A partir dels objectius que té l'ICS com a institució, es fixen en cascada unes fites específiques a cada nivell de l'organització fins arribar als EAP i als professionals assistencials. Els professionals perceben una part variable en relació amb el grau d'assoliment d'aquests objectius individuals i de grup. El nou model de carrera professional estableix cinc nivells a què s'accedeix acreditant el grau de desenvolupament professional de l'activitat, la formació, la docència, la investigació i el compromís amb l'organització.

La informatització

La direcció clínica es basa fonamentalment en la gestió d'informació, tant de la derivada de la investigació biomèdica com de la produïda per l'activitat pròpia assistencial. La implantació de l'estació

clínica de treball és especialment important, tant en l'atenció individual com en el procés de monitoratge i millora dels resultats propis. El Pla de sistemes d'informació ha de permetre la vinculació entre la informació clínica, la informació sobre l'activitat i la informació econòmica.

Actualment s'ha implantat una xarxa de banda ampla que connecta tots els centres d'atenció primària i dota els professionals d'una estació clínica de treball, que anomenem estació clínica d'atenció primària (ECAP). Avui quasi la meitat de les consultes estan informatitzades i el nombre d'usuaris de l'ECAP en l'atenció primària és aproximadament de 3.500 (1.500 usuaris concurrents en cada torn de treball).

Per mitjà de l'ECAP es disposa de la informació clínica dels pacients en la xarxa de centres d'atenció primària i hospitalària i això permet comptar amb tota la informació necessària per donar-los una bona atenció clínica. A més, facilita que tots els processos assistencials estiguin monitorats i permet que lesvaluacions es facin de manera sistemàtica, utilitzant les mateixes bases de dades. Aquesta automatització dels registres clínics és imprescindible per avaluar els serveis i generar el coneixement que ens permet millorar-los. El sistema permet, progressivament, que els professionals conequin els seus propis resultats en relació amb els dels companys del seu entorn.

Instruments per millorar la pràctica clínica

La direcció clínica disposa de diferents instruments per apropar les evidències als professionals assistencials. S'han elaborat o creat:

- Recomanacions de prescripció de proves diagnòstiques, marcades per estàndards de qualitat, com ara les intervencions dutes a terme sobre les prescripcions de ressonància magnètica i tomografia axial computada (TAC).
- Guies de pràctica clínica (GPC) per a l'abordatge dels principals problemes de salut, elaborades per professionals destacats de la institució, mitjançant una revisió sistemàtica de les evidències científiques.
- Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments (CANM)^[6], amb la missió d'avaluar si és pertinent incorporar els nous medicaments als hàbits de prescripció dels metges d'atenció primària de l'ICS. Ho fa comparant els nous medicaments amb la millor alternativa terapèutica existent.

Aquests instruments són la base de la formació continuada dels EAP i permeten, a partir de la retroacció (*feed-back*) de la informació, de les intervencions cara a cara o de les activitats formatives en els centres, millorar la qualitat de la pràctica clínica.

Resultats

La introducció de la direcció clínica com a eina de gestió dels serveis d'atenció primària ha estat un procés complex i lent. L'experiència d'aquests darrers quatre anys ens permet disposar d'una sèrie d'impressions positives sobre els beneficis esta-

bles aconseguits, tant per als pacients com per a l'organització mateixa, i també d'alguns resultats objectius que presentem a continuació.

La satisfacció dels usuaris

Dues enquestes telefòniques a 3.000 usuaris dutes a terme els anys 2000 i 2002, i una altra enquesta feta en els diferents EAP de Catalunya a 55.000 usuaris mostren que la satisfacció és alta. L'any 2000, el 73% de les persones enquestades contestava que recomanaria el seu centre i l'any 2002 ho deien el 79,5%. No obstant això, s'ha detectat una sèrie de deficiències que se centren en l'atenció telefònica, la puntualitat i la coordinació entre nivells assistencials. Per corregir alguns d'aquests problemes s'ha iniciat una sèrie d'accions:

- **Call center** (centres d'atenció telefònica). Sense incrementar la plantilla s'han posat en marxa nou centres d'atenció telefònica que cobreixen aproximadament una població de 1.300.000 habitants. Aquests centres d'atenció telefònica reben com a mitjana mensual 240.000 trucades i, d'aquestes, el 85 % són ateses en un temps d'espera inferior a mig minut. Globalment, són responsables del 45% de totes les visites programades del seu territori.
- **Ampliació dels horaris d'atenció als usuaris.** El 25% del personal dels EAP ofereix horaris de matí i tarda. El 51% dels pediatres presta assistència després de les cinc de la tarda (hora de sortida de l'escola). L'atenció continuada s'ha establert en 154 punts i a l'hivern se n'hi incorporen cinc de nous.
- **Lliure elecció de metge de família i pediatre dels EAP.** Aquesta acció es va iniciar com a prova pilot el mes de juny de 2002 en una població de 400.000 habitants. Els resultats, el maig de 2003, mostren que 5.450 usuaris de l'ICS s'han beneficiat d'aquesta iniciativa. Les persones que han sol·licitat aquest canvi són, majoritàriament, gent jove que vol el seu metge a la vora del lloc de treball.
- **Accés al servei de programació de visites i canvi de metge per Internet.** Des del 15 de febrer de 2002 fins al 31 de març de 2003, 123.000 usuaris han consultat la pàgina web. Durant aquests mesos, 50.524 usuaris s'hi han programat una visita i 2.913 hi han escollit metge o l'han canviat.

L'atenció preventiva i curativa a la consulta

La tradició de fer auditòries de mostres d'històries clíniques i, actualment, dels registres mecanitzats en les quals els professionals poden observar la seva pràctica en relació amb la dels companys del seu entorn ha afavorit la millora contínua dels processos assistencials. La recent Enquesta de salut de Catalunya^[7], duta a terme l'any 2002, ha mostrat que la prevalença de ciutadans que han estat sotmesos a un cribatge bàsic, han estat vacunats i han rebut consell preventiu s'ha duplicat en relació amb l'Enquesta de 2003. Per exemple, al 45,2 % dels ciutadans se'ls controla periòdicament

el colesterol i al 49,3%, la tensió arterial, comparats amb el 17,9% i el 24,4%, respectivament, de l'any 1994.

L'atenció domiciliària

La direcció clínica ha ajudat a aclarir les competències dels diversos col·lectius professionals que componen els equips d'atenció primària. Les evaluacions de l'activitat dels professionals d'infermeria ha mostrat que una part del temps que invertien en l'atenció a les patologies cròniques no quedava compensat per un control millor dels pacients. D'altra banda, la infermeria necessitava trobar un terreny en què pogués desenvolupar els continguts específics de la seva professió. El rendiment d'aquests professionals augmentava quan disminuïa la seva dedicació als pacients crònics i destinava més energies a la seva activitat comunitària i a les visites a domicili. D'una manera paral·lela, la necessitat de fer evaluacions multidimensionals d'aquests pacients oferia una oportunitat adequada per introduir els diagnòstics i els plans de cures d'infermeria. Els resultats són espectaculars, actualment 45.000 pacients es beneficien de l'estrategia d'atorgar el lideratge a la infermeria en l'atenció domiciliària i s'han aconseguit evitar més de mil institucionalitzacions i deterioraments funcionals cada any.

Productes intermedis

Un estudi descriptiu dut a terme per conèixer el nombre i els motius de les peticions de ressonàncies magnètiques i TAC va evidenciar la demanda creixent d'aquestes proves en el període 2000-2002. Un cop acabat aquest estudi es van dissenyar estratègies diverses, com ara la difusió dels resultats entre els professionals; la discussió, fent entrevistes personalment amb els màxims prescriptors, i l'elaboració d'una guia de recomanacions sobre la utilització d'aquestes proves. Com a resultat, el primer trimestre d'aquest any 2003 s'ha frenat el creixement de la demanda de ressonàncies magnètiques i TAC.

Prescripció

Les intervencions dutes a terme, pel que fa a la prescripció de farmàcia també han permès aconseguir un canvi progressiu del perfil d'ús dels medicaments i reduir-ne el consum. El compliment de les recomanacions terapèutiques de l'estàndard de qualitat ha passat del 23,5%, l'any 2000, al 29,2%, l'any 2001, i al 36,1%, l'any 2002. El nombre de metges que segueixen les recomanacions de la institució creix d'una manera espectacular.

Resultats comparatius amb altres proveïdors

Les dades d'un estudi recent fet per la Fundació Avedis Donabedian sobre la reforma de l'atenció primària i la diversificació de proveïdors^[8], encarregat pel CatSalut, mostra que els EAP de l'ICS presenten uns indicadors assistencials comparables amb els de la resta de proveïdors i en alguns aspectes, com és l'atenció domiciliària, superiors. Els resultats de gestió econòmica i de personal

són també similars quant a l'estructura als de la resta dels proveïdors públics que no són ICS. Els costos de l'atenció clínica de prescripcions, derivacions i productes intermedis són menors en l'ICS que en la resta de proveïdors públics.

Conclusions

La direcció clínica, a diferència de les estratègies basades en la productivitat i la contenció dels costos, aporta un llenguatge comprensible, tant per als professionals, com per als gestors i els ciutadans. La direcció clínica és una tècnica adequada per modernitzar organitzacions sanitàries públiques i complexes com l'ICS, és ben acceptada pels professionals i els resultats són satisfactoris per als usuaris. La informatització, la transparència i el rigor metodològics de la gestió de les evidències científiques i de la informació clínica són imprescindibles per aconseguir-ne la implantació. La millora de l'activitat professional únicament es pot assolir amb una combinació de les actuacions que inclogui mesures organitzatives, formatives i de relació entre tots els professionals.

Referències bibliogràfiques

1. SCALLY G, DONALDSON LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new in England. *BMJ* 1998;317:61-65.
2. NHS Executive. Clinical Governance <http://www.doh.gov.uk/pri-care/clingov.htm>
3. Grup de treball del Projecte de direcció clínica de la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Català de la Salut. *Cuadernos de Gestión*, 2001; 7:65-72.
4. GENÉ BADIA J. De la autogestión a la dirección clínica. *Aten Primaria* 2001; 28:149-150.
5. GENÉ BADIA J. Macrogestión de la atención primaria inspirada en un modelo de calidad total. *Cuadernos de gestión* 2002; 8:192-196.
6. CATALÁN A, PELLICER MA, GENÉ J; Grupo de trabajo del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos. ¿Nuevos medicamentos o novedades terapéuticas? El Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos del Instituto Catalán de Salud. *Aten Primaria*. 2000; 26:636-40.
7. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 2003.
8. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. Barcelona, maig de 2003.

Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis

L'estudi *Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis* ha permès l'obtenció d'un conjunt d'indicadors sobre vuit dimensions de l'atenció primària (accessibilitat, pràctica clínica i efectivitat, continuïtat i coordinació, eficiència, atenció comunitària, estructura, activitat assistencial i satisfacció dels professionals), i auditar les dades proporcionades per les entitats proveïdores en el procés de seguiment de l'avaluació dels contractes d'equips d'atenció primària (EAP) de 2001. La valoració dels seus resultats ha permès identificar àrees de millora i ha posat de manifest que els diversos grups de provisió proporcionen avantatges en determinats àmbits de l'atenció i presenten aspectes millorables en altres.

1. Introducció

La situació del procés de desenvolupament de la reforma de l'atenció primària (RAP), especialment en relació amb la finalització del procés d'implantació d'equips d'atenció primària (EAP) i amb la consolidació de la diversificació de la provisió dels serveis, ha plantejat la conveniència d'aprofundir en l'avaluació dels serveis d'atenció primària i, particularment, en la valoració dels diferents models de provisió implantats.

És en aquest context on cal situar l'estudi *Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis*, elaborat per la Fundació Avedis Donabedian, entitat adjudicatària del concurs públic convocat a aquest efecte pel Servei Català de la Salut. Els seus objectius consistien a obtenir els resultats d'un conjunt d'indicadors destinats a avaluar l'atenció primària i la diversificació de la provisió de serveis i auditar les dades que han proporcionat les entitats proveïdores en el procés de seguiment de l'avaluació dels contractes d'EAP de l'any 2001.

L'elaboració d'aquest estudi s'emmarca, tot complementant-les, en les activitats d'avaluació sistemàtica dels serveis d'atenció primària que duu a terme el Servei Català de la Salut, situades des de fa temps en l'àmbit de l'avaluació dels continguts sanitaris dels contractes d'EAP, atès que aquest organisme, en l'exercici de les seves funcions com a comprador de serveis sanitaris, té la responsabilitat de valorar-ne el compliment per les entitats proveïdores. Fins a l'any 2001, aquesta avaliació s'ha fet anualment a dos nivells:

- Avaluació individualitzada de cada contracte, dels objectius i de les clàusules específiques per a cada EAP, que és duta a terme per les regions sanitàries del Servei Català de la Salut.
- Seguiment global de l'avaluació dels continguts sanitaris dels contractes en relació amb determinats aspectes prioritats, que és realitzat per la Divisió d'Atenció Primària del Servei Català de la Salut, amb la col·laboració de les regions sanitàries.

Joan Antoni Ponsà, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet i Concepció Violan

Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària.
Servei Català de la Salut

Joaquim Bañeres, Joan Ferrer, Carola Orrego i Rosa Suñol,

Fundació Avedis Donabedian

Pel que fa a aquest seguiment, la Divisió d'Atenció Primària ha definit anualment, des de l'any 1993^[1-11], un conjunt d'indicadors d'avaluació destinats també a elaborar informació de caràcter divers (informes a demanda, memòries d'activitat, actualització de bases de dades, etc.). Tanmateix, cal constatar les limitacions principals que ha sofert aquest procés:

- Les dades utilitzades per a l'avaluació dels contractes dels EAP, és a dir, per a la valoració de l'actuació de les entitats proveïdores, han estat subministrades per les mateixes entitats proveïdores i no s'ha establert un procediment formal i sistemàtic de validació d'aquestes dades.
- La manca o la insuficiència d'informatització dels EAP ha dificultat, qualitativament i quantitativament, la disponibilitat de dades i, també, els seus requeriments, amb la voluntat de no carregar els EAP amb tasques administratives en detriment de la seva funció bàsicament assistencial.
- No s'ha disposat dels recursos necessaris per aplicar sistemàticament metodologies qualitatives d'avaluació i, per tant, no s'han pogut formular i avaluar adequadament diversos objectius de gran interès per a la compra de serveis i la qualitat assistencial.

La realització d'aquest estudi ha permès millorar el grau d'informació disponible sobre els serveis d'atenció primària, tant des del punt de vista qualitatiu com quantitatiu; ha proporcionat elements per avaluar-ne l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència, i també per valorar les aportacions que la diversificació de la provisió ha fet al model d'atenció primària. Alhora, ha constituit un bon exemple de mecanisme per validar la qualitat de les dades que subministren les entitats proveïdores en els processos ordinaris d'avaluació.

Pel que fa a la valoració de la diversificació de la provisió, el plantejament de l'estudi ha dut a orientar-lo cap a l'àmbit de l'avaluació, en el sentit d'obtenir informació sobre els resultats que, en la pràctica, estaven proporcionant efectivament els diferents grups de provisió definits per, a partir d'a-

quest punt, poder introduir les millors «exportables» entre uns i altres. No s'ha pretès, doncs, donar-li un caràcter experimental o d'investigació, és a dir, no es pretenia demostrar qui és el millor model de provisió possible.

2. Metodologia

El treball d'avaluació s'ha centrat en vuit dimensions de la qualitat de l'atenció primària: accessibilitat, pràctica clínica i efectivitat, continuïtat i coordinació, eficiència, atenció comunitària, estructura, activitat assistencial i satisfacció dels professionals. S'han descrit, dins de cada dimensió, diverses àrees rellevants per a les quals s'ha formulat una sèrie d'indicadors que permeten valorar aspectes organitzatius, clínics i de gestió dels EAP. Tant les dimensions com els indicadors han estat escollits en funció de la rellevància, la factibilitat i la simplicitat de la tècnica d'avaluació i el grau de consens.

Per a la selecció dels indicadors, el grup d'estudi ha tingut en compte els indicadors de seguiment de l'avaluació dels contractes d'EAP de 2001 i 2002^[9, 10], el document sobre indicadors bàsics d'atenció primària del projecte MPAR-5^[12], l'informe tècnic de l'Agència de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària^[13], i altres referències bibliogràfiques generals.

La població d'estudi ha estat constituïda pels EAP posats en funcionament abans de l'1 de gener de 2001 i les dades de l'avaluació han fet referència a l'any 2001. S'ha fet un mostreig aleatori de 50 EAP: 34 gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), 5 gestionats per entitats de base associativa (EBA) i 11 gestionats per altres entitats proveïdores.

Per a l'obtenció de les dades necessàries per elaborar els indicadors i per a l'auditoria de les dades subministrades per les entitats proveïdores, s'han tingut en compte les fonts d'informació següents: històries clíniques (revisió de 15.360), trucades telefòniques (2.764 trucades), registres d'activitat, de vacunes, d'atenció domiciliària, de derivacions, etc., observació directa d'elements estructurals, entrevistes amb els directors dels EAP i els responsables de les unitats d'atenció a l'usuari i dades del mateix Servei Català de la Salut.

Per dur a terme l'avaluació, s'han seleccionat 15 metges avaluadors, que han visitat els 50 EAP i han dut a terme la revisió de les fonts de les dades esmentades abans, amb una durada per EAP d'entre tres i quatre dies. Els avaluadors han seguit prèviament un procés de formació i s'ha fet una prova pilot per millorar els elements de la visita que no funcionaven adequadament.

3. Resultats

Es relacionen a continuació els resultats més destacats d'aquest estudi pel que fa als seus dos objectius principals. Es presenten els valors globals per al conjunt de la mostra, i també el valor per a cadascun dels tres grups de provisió en els casos en què s'han observat diferències amb significació

estadística (diferències observades en la mostra extrapolables al conjunt d'EAP) i rellevància des del punt de vista quantitatiu.

Accessibilitat

En el 40% dels EAP, la mitjana de dies d'espera per obtenir hora amb el metge de família assignat és inferior a un dia, en el 28% és d'entre un i dos dies i en el 32% de més de dos dies. El percentatge d'EAP on hi ha un espai diari reservat a la consulta espontània sense haver demanat hora amb el metge assignat, metge de família i pediatre, el mateix dia que se sol·licita és, respectivament, del 95% i del 88,8%; en el 73,7 % dels EAP estudiats, hi ha consulta espontània de pediatria a partir de les cinc de la tarda en el centre d'atenció primària (CAP).

En relació amb l'accessibilitat telefònica, els valors dels dos indicadors obtinguts (nombre de trucades i temps necessari per aconseguir comunicació) varien en funció del dia de la setmana i de l'hora considerada, però, en general, són més alts els primers dies de la setmana i a primera hora del matí, amb una punta els dilluns de 9h a 10.30h en què cal una mitjana de 7,64 trucades i un total de 56,84 segons també de mitjana per establir comunicació. El conjunt d'indicadors obtinguts, per als cinc dies de la setmana i per a tres trams horaris, adopta valors inferiors (de 9h a 10.30h: 4,25 trucades i 49,87 segons; de 13.30h a 15.30h: 4,12 trucades i 19,55 segons; de 15.30h a 16.30h: 3,03 trucades i 16,53 segons). D'altra banda, en el 88,8% dels EAP, els usuaris tenen la possibilitat de contactar telefònicament amb el metge que tenen assignat, si més no, en un horari específic establert a aquest efecte. L'atenció telefònica de les unitats d'atenció als usuaris és, en termes generals, molt correcta des del punt de vista de l'amabilitat del professional, amb percentatges molt alts de salutació (100% dels EAP), d'identificació del centre (87,5%) i de resolució d'una consulta relativa al canvi de metge dins de l'EAP (94%), però inferiors quant al tracte de vostè (74,7%).

El 74% dels EAP té una guia de serveis a disposició dels usuaris, però només el 28% de les guies compleixen els criteris mínims definits quant a continguts, amb un 23,5% per als EAP de l'ICS, un 20% per a les EBA i un 45,5% per als altres proveïdors.

Quant a la disponibilitat horària dels professionals, el percentatge de metges generals que fan horari lliscant representa el 32,2% en els EAP avaluats; hi ha diferències entre grups de provisió: en el cas de l'ICS és del 25,8%, en les EBA del 75,6% i en els altres proveïdors, del 64,7%. El percentatge de metges generals que fan horari partit representa l'1,5% en la mostra general i també es detecten diferències entre grups de provisió: en el cas de l'ICS és del 0,4%, en les EBA del 24,4% i en els altres proveïdors del 5,6%. El percentatge de pediatres que fan horari exclusiu de matí, representa el 40,4% en el conjunt de la mostra, amb les següents diferències per grups de provisió: 46,2% en l'ICS, 0% en les EBA i 11,2% en els altres proveïdors.

Pràctica clínica i efectivitat

En la mostra global, es detecta una prevalència d'hipertensió arterial del 24,3% i els hipertensos amb bon control (xifres inferiors a 140/90) constitueixen el 43,7%. En el cas dels diabètics, hi ha una prevalència del 8,5% i el grau de bon control (amb darrera hemoglobina glicada < 7%) és del 38,7% (figura 1).

El percentatge de pacients amb diagnòstic de síndrome febril d'origen víric amb tractament antibiòtic és del 30,7% en el conjunt de la mostra; en aquest cas, es detecten diferències entre els grups de provisió definits: en l'ICS és del 31,4%, en les EBA del 11,3% i en els altres proveïdors del 29,1%. El percentatge de pacients amb gastroenteritis tractats amb antibiòtics és del 18,5% a la mostra glo-

bal, també amb diferències estadísticament significatives entre els tres grups de provisió: en el cas de l'ICS és del 16,7%, en les EBA del 6,3% i en els altres proveïdors del 30,7% (figures 1 i 2). El percentatge d'utilització d'especialitats genèriques en la mostra general és del 8,03%.

En relació amb les cobertures de vacunes, cal considerar separadament l'edat pediàtrica de la resta de grups d'edat. En el primer cas, la cobertura és del 85,3% en la població adscrita i registrada (figura 3), amb nivells similars per grups de provisió: ICS 84,7%, EBA 84,8 i altres proveïdors 89,3%. Pel que fa a les vacunacions d'adults, s'han observat les següents cobertures: vacunació antitetànica en la població més gran de catorze anys adscrita i registrada, 64,9% (ICS 63,4%,

Figura 1. Grau de bon control de la hipertensió (HTA) i de la diabetis mellitus tipus 2 i l'ús d'antibiòtics per al tractament de processos d'etologia vírica (síndrome febril i gastroenteritis)

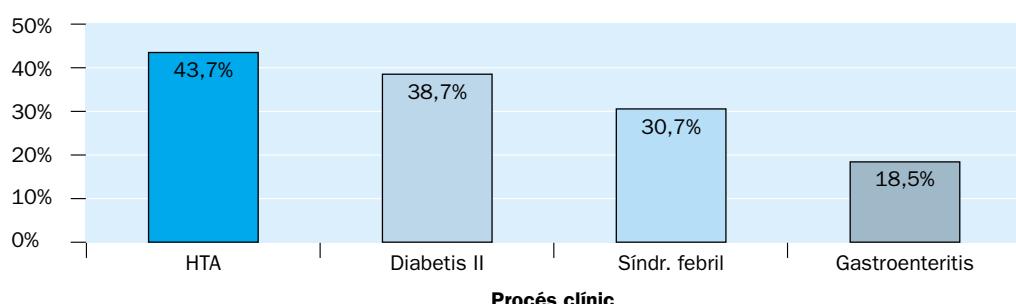


Figura 2. Percentatge d'episodis amb síndrome febril d'origen víric i gastroenteritis amb tractament antibiòtic

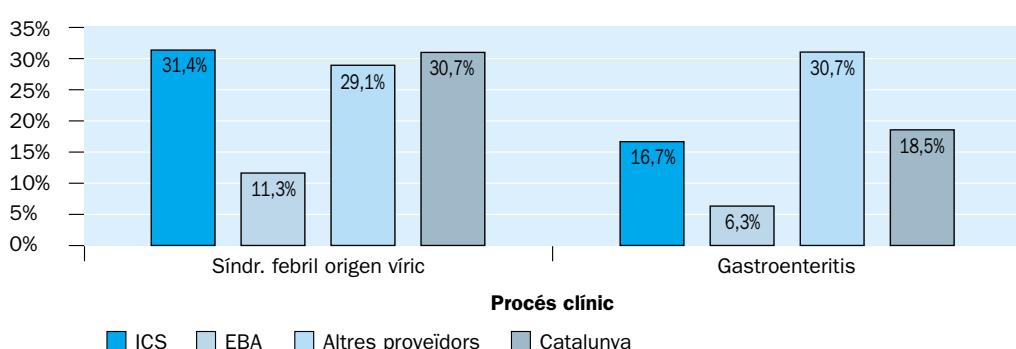
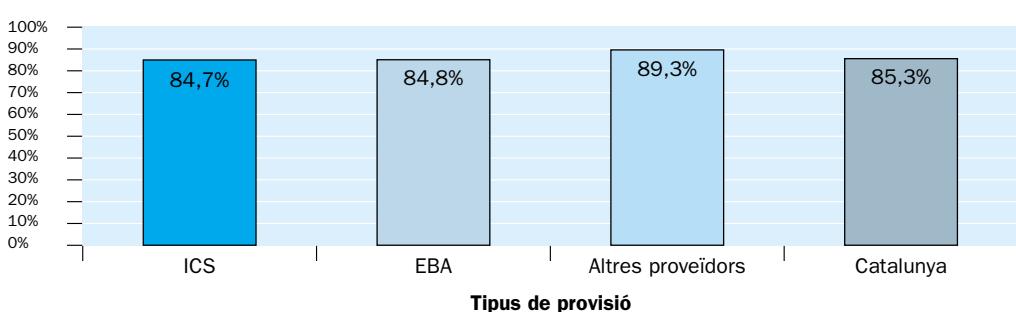


Figura 3. Percentatge de la població de zero a catorze anys vacunada correctament en els diversos grups de provisió



EBA 50,1% i altres proveïdors 76,1%); vacunació antigripal en la població adscrita més gran de seixanta-quatre anys, 55,7% (ICS 54,6%, EBA 59,2% i altres proveïdors 61,7%) i vacunació antipneumocòccica en la població adscrita més gran de seixanta-quatre anys, 41,5% (ICS 39,3%, EBA 52,5% i altres proveïdors 52,9%).

El percentatge de població fins a catorze anys adscrita a l'ABS inclosa en el Programa de seguiment del nen sa és del 83,8%, amb diferències estadísticament significatives entre grups de provisió: un 86,2 per a l'ICS, un 83,9 per les EBA i un 69,9 per als altres proveïdors.

Els percentatges de població més gran de seixanta-quatre anys i de setanta-quatre anys adscrita a l'ABS atesa en el programa d'atenció domiciliària (ATDOM) són, respectivament, del 8% (ICS 7,8%, EBA 7,9% i altres proveïdors 8,5%) i del 13,6% (ICS 13,5%, EBA 11,6% i altres proveïdors 15,4%). El percentatge de pacients atesos en el programa ATDOM amb nares per pressió és del 7% amb les següents diferències entre grups de provisió: ICS 6,3%, EBA 3,5% i altres proveïdors 11,3%.

El percentatge de visites mèdiques amb sol·licitud d'interconsulta a l'atenció especialitzada és del 10%; es troben diferències per grups de provisió: ICS 10,4%, EBA 7,8% i altres proveïdors 9,7%. El percentatge de visites mèdiques amb sol·licitud d'anàlisis clíniques és de l'11,2%, amb les diferències següents entre grups de provisió: ICS 11,8%, EBA 12% i altres proveïdors 9,5%. El percentatge de visites mèdiques amb sol·licitud de radiologia és del 4,1%, també amb diferències entre grups de provisió: ICS 3,8%, EBA 5,2% i altres proveïdors 4,5%.

Continuïtat i coordinació

El grau d'implantació dels protocols de coordinació amb els serveis d'atenció de salut mental és del 80,2% d'EAP, mentre que el grau d'implantació dels protocols de coordinació amb l'atenció especialitzada és del 47,1%. En ambdós casos es va valorar l'existència d'un document escrit on es protocolitzen les relacions de l'EAP amb els altres nivells assistencials.

Les dades obtingudes en relació amb les llistes d'espera per a la primera visita en la consulta externa d'atenció especialitzada (primer espai disponible en l'agenda de programació) són les següents: cardiologia 25,2 dies; dermatologia 51,2 dies; digestiu 23,4 dies; oftalmologia 50,8 dies, i traumatologia 27,7 dies.

Eficiència

El cost per habitant i any en concepte de personal i béns i serveis és de 99,2 € i l'import líquid de la prescripció farmacèutica per habitant i any és de 162,5 €. L'ajustament al pressupost de farmàcia assignat presenta una desviació positiva del 2,2%. El valor del primer indicador és similar en l'ICS (99,9 €) i en els altres proveïdors (98,5 €) davant les EBA en què és inferior (95,4 €); en concepte de prescripció farmacèutica (import líquid), és superior en

els altres proveïdors (170,1 €) davant l'ICS (162,5 €) i les EBA (149 €); l'ajustament al pressupost de farmàcia que el Servei Català de la Salut assigna a cada EAP (% de desviació respecte al pressupost) és millor en el cas de les EBA (-5,1%) i dels altres proveïdors (-1,9%) que en el de l'ICS (3%).

El nombre de sol·licituds per 100 habitants i any és de 13,6 per a les proves de diagnòstic per la imatge, de 37,5 per a les de laboratori, de 6,1 per a les altres proves complementàries (figura 4) i de 33,4 per a les sol·licituds d'interconsulta a l'atenció especialitzada (figura 5). En relació amb el consum de proves complementàries, les diferències entre grups de provisió no són quantitativament massa rellevants; en el cas de les sol·licituds d'interconsulta per 100 habitants i any, són les següents: ICS 33,1, EBA 21,9, altres proveïdors 39,5.

Atenció comunitària

Els dos indicadors obtinguts al respecte presenten els valors següents en el conjunt de la mostra: implantació del programa de salut escolar en el 72% dels EAP i mitjana anual de 5,8 activitats de salut comunitària per EAP.

Estructura

Les ràtios dels professionals dels EAP en relació amb la població empadronada (figura 6) presenten els valors mitjans següents: 1 metge de família per cada 1.599 habitants més grans de catorze anys, 1 pediatre per cada 1.102 habitants menors de quinze anys, 1 odontòleg per cada 17.184 habitants, 1 infermer per cada 1.618 habitants, 1 treballador social per cada 22.905 habitants i 1 auxiliar administratiu per cada 2.330 habitants. Les diferències entre grups de provisió se centren en les ràtios d'infermers (ICS 1/1549, EBA 1/2903, altres proveïdors 1/1530) i d'auxiliars administratius (ICS 1/2534, EBA 1/2318, altres proveïdors 1/1829).

Pel que fa a diversos equipaments dels CAP, es constata: disponibilitat d'electrocardiògraf (100% dels EAP), d'aigua calenta en les consultes (85,7%), de telèfon en les consultes (85,6%), d'equip de cirurgia menor (80%), de maletí d'aturada cardiorespiratòria amb desfibril·lador (66%), d'espiròmetre (64%) i d'ordinador en les consultes (53,2%). Hi ha diferències entre grups de provisió quant a la disponibilitat de telèfon en les consultes (ICS 78,7%, EBA 100%, altres proveïdors 95,6%) i d'ordinador en les consultes (ICS 38,5%, EBA 100%, altres proveïdors 68,7%).

Activitat assistencial

El nombre de visites per habitant i any és de 6,8 amb les diferències següents entre grups de provisió: ICS 6,8, EBA 5,3 i altres proveïdors 7,5. El nombre de visites de medicina de família per professional i dia és de 28,5; en el cas dels pediatres, és de 24, i en el d'infermeria, de 15.

En el programa ATDOM, el nombre de visites per infermer i dia és de 0,7, amb diferències entre grups de provisió (ICS 0,7, EBA 1,3 i altres proveïdors 0,5); el nombre de visites de metge de família per

persona incorporada al programa és de 3,2, amb les diferències següents entre grups de provisió: ICS 3,9, EBA 2,3 i altres proveïdors 2,2%; el nombre de visites d'infermeria per persona incorporada al programa ATDOM és de 7,1 en el conjunt de la mostra, amb les diferències següents entre grups de provisió: ICS 8,0; EBA 5,5, i altres proveïdors 5,6.

Satisfacció dels professionals

Per valorar aquesta dimensió s'ha fet servir el qüestionari de Qualitat de vida professional (QVP), que està validat estadísticament. Per mitjà dels directors dels EAP, s'han repartit 1.936 qüestionaris

a tots els professionals dels 50 EAP, i s'ha obtingut una taxa de resposta del 62% en el conjunt d'EAP. Quant a la proporció de respostes en els diferents grups de provisió, es troben les següents diferències estadísticament significatives: ICS 60,4%; EBA 70,3, i altres proveïdors 63,9%. Dels professionals que han contestat, el 96% té menys de cinquanta-sis anys; són més joves en les EBA i en els altres proveïdors: els menors de quaranta-cinc anys representen el 83% en les EBA, el 80,5% en els altres proveïdors i el 57,8% en l'ICS.

L'enquesta emprada permet conèixer el grau de qualitat de vida percebuda pels professionals en relació amb l'equilibri entre les demandes i les càr-

Figura 4. Nombre de proves per 100 habitants i any desglossat per grup de provisió

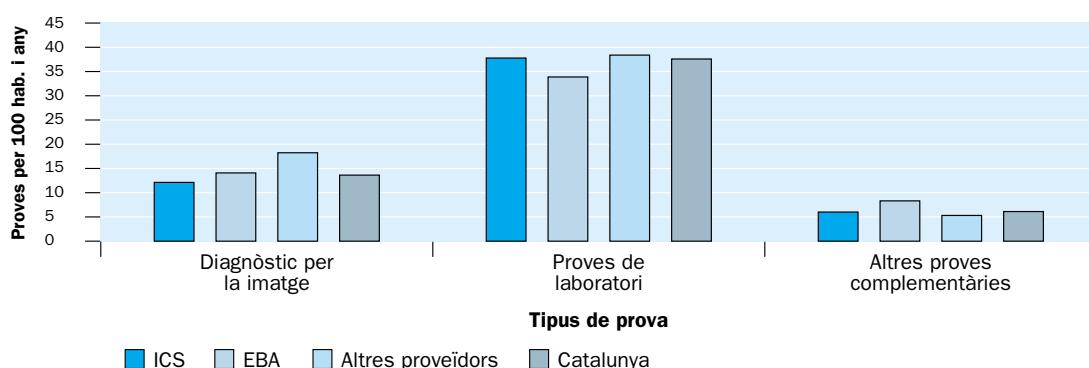


Figura 5. Nombre de derivacions a l'especialista per 100 habitants i any desglossat per grup de provisió

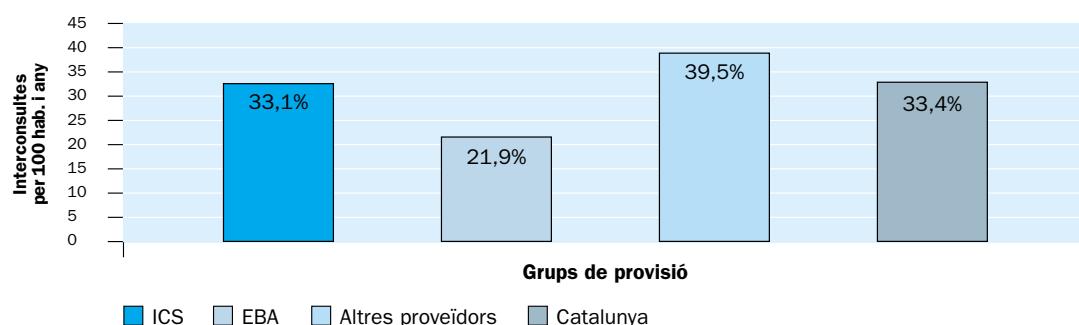
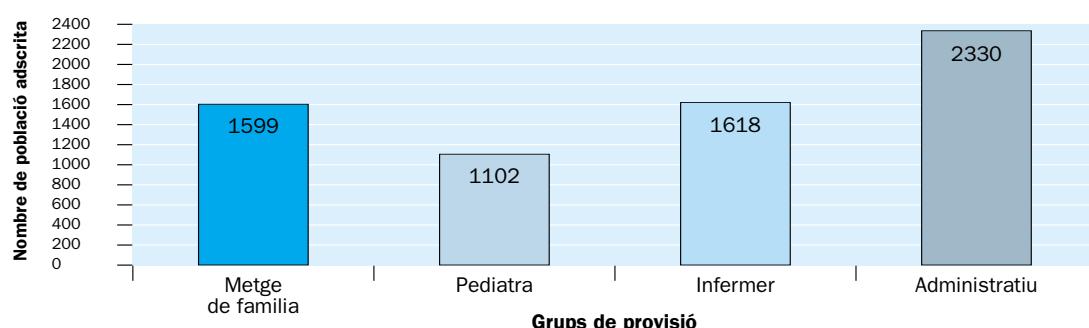


Figura 6. Ràtios dels professionals dels EAP en relació amb la població empadronada



regues de treball, d'una banda, i els recursos per afrontar-les, d'altra banda.

Del conjunt d'indicadors sobre factors relacionats amb les demandes (puntuacions de l'1 al 10), destaquen com a factors amb resultat negatiu la vivència dels professionals quant a la quantitat de feina (8,44), la capacitat necessària per al treball (7,95), la càrrega de responsabilitat (7,47) i la manca de temps (7,32); en canvi, els resultats són bons per als següents factors de demanda: conflictes amb altres persones de la feina (3,16), incomoditat física a la feina (4,48), conseqüències negatives de la feina per a la pròpia salut (4,64) i manca de temps per a la vida personal (4,73).

Pel que fa als indicadors sobre factors relacionats amb els recursos, destaquen positivament el suport que proporcionen els companys (7,07) i tots els indicadors sobre la motivació intrínseca dels professionals (puntuació global de 7,8), especialment la capacitat per a la feina (8,4), el suport familiar (8,38) i la creença que la seva feina és important per a la vida d'altres persones (8,03); en sentit contrari, tenen una valoració negativa les possibilitats de promoció (3,58), l'actitud de l'empresa en relació amb la millora de la qualitat de vida del lloc de treball (4,18), la satisfacció amb el sou (4,43), el reconeixement del propi esforç (4,75) i la informació sobre els resultats de la pròpia feina (4,96).

Quant a les diferències entre grups de provisió, són globalment discretes (indicadors de demanda: ICS 6,31, EBA 5,91, altres proveïdors 6,07; indicadors de recursos: ICS 6,11, EBA 6,96, altres proveïdors 6,59), però són rellevants en relació amb alguns aspectes específics sobre els recursos, com és el cas de la satisfacció amb el sou (ICS 4,17, EBA 6,05, altres proveïdors 4,56) o la percepció de la voluntat de l'empresa per millorar la qualitat de vida del lloc de treball (ICS 3,83, EBA 5,83, altres proveïdors 4,62).

Auditoria de dades del seguiment de l'avaluació dels contractes d'EAP de 2001

Per tal de comparar el grau de concordança de les dades subministrades per les entitats proveïdors en el procés d'avaluació dels contractes d'EAP, s'han auditat vint-i-set variables que formen part del seguiment d'aquesta avaliació. S'han trobat diferències estadísticament significatives en la majoria de variables objecte d'auditació, sense que aquestes diferències segueixin un patró determinat que permeti interpretar o concretar factors causals.

En relació amb el grau de discordança trobat, s'han observat les diferències següents entre les dades proporcionades per les entitats proveïdors i les obtingudes per l'auditoria: per a dues variables, diferència del 100%; per a cinc variables, diferències entre el 20% i el 35%; per a sis variables, diferències entre el 10% i el 20%; per a cinc variables, diferències entre el 5% i el 10%, i per a nou variables, diferències inferiors al 5%. Així mateix, el nombre d'EAP sobre els quals s'ha obtingut informació vàlida per a cadascuna de les vint-i-set variables és globalment superior (80%) en l'auditoria.

Conclusions

Els resultats de l'estudi posen de manifest que la situació dels serveis d'atenció primària és, en termes generals, bona, tot i que s'identifiquen clarament punts de millora en totes les àrees valorades. Pel que fa a la diversificació de la provisió, objectiven que els diversos grups de provisió proporcionen avantatges en determinats àmbits de l'atenció i presenten aspectes millorables en altres, sense que n'hi hagi cap que sigui insatisfactori o immillorable. És a dir, totes les entitats proveïdors poden treure profit de l'experiència de les altres i, alhora, poden proporcionar també elements de millora a la resta. Per a una bona part dels indicadors obtinguts, no s'observen en la mostra diferències estadísticament significatives entre els tres grups de provisió definits. En els casos on sí que se n'hi troben, n'hi ha de rellevants, que acostumen a estar relacionades amb trets característics del tipus de provisió: de manera particular, els aspectes dels serveis que tenen més a veure amb el fet que hi hagi una autèntica relació contractual amb l'entitat proveïdora i amb la flexibilitat en la gestió dels recursos humans i econòmics (ajustament al pressupost de farmàcia, accessibilitat horària dels professionals, determinades dotacions d'equipaments) presenten millors resultats en les EBA i en el grup d'altres proveïdors.

Des d'un punt de vista general, la valoració d'aquests resultats ha de permetre, d'una banda, prioritzar en els contractes els aspectes dels serveis que s'han mostrat millorables o sobre els quals s'han observat mancances, tot incorporant-los als objectius bàsics dels contractes (comuns al conjunt d'EAP). D'altra banda, caldrà posar a disposició de les entitats proveïdors i de les regions sanitàries els resultats d'aquest estudi per tal que identifiquin les àrees de millora relacionades amb el model de provisió, i també els instruments necessaris per possibilitar els canvis desitjables i facilitar la col·laboració entre proveïdors.

Així mateix, cal constatar que la gran majoria de propostes i línies de millora que es deriven de la valoració dels resultats d'aquest estudi és recollida en el Pla de millora de l'atenció primària, els trets definitoris del qual es presenten en un altre article d'aquest mateix número.

Caldrà també que el Servei Català de la Salut continui portant a terme les seves activitats sistemàtiques d'avaluació dels serveis d'atenció primària, i que les intensifiqui i les aprofundeixi, incorporant-hi nous indicadors i metodologies qualitatives. Seria igualment aconsellable complementar-les periòdicament amb l'elaboració d'estudis amb una orientació similar a la d'aquest, però que analitzessin un temps d'evolució més llarg, un nombre de casos més gran pel que fa als models de provisió d'introducció més recent, particularment les EBA, i una agrupació més homogènia a l'hora de definir els grups de provisió alternativa a l'ICS.

Pel que fa al segon gran objectiu de l'estudi, l'auditoria de dades, s'ha constatat l'existència d'un cert grau de discordança, que per a algunes variables és important, entre les dades proporcionades per les

entitats proveïdores i les dades obtingudes en l'auditoria, tant pel que fa al valor d'aquestes variables com a la quantitat de dades obtingudes. Resulta, però, important subratllar el fet que les discordances observades afecten tots els grups de provisió i tots els tipus de variables d'una manera semblant, sense que hi hagi un patró determinat. Per aquesta raó, sembla més pertinent atribuir les diferències a les dificultats que, en general, experimenta el nostre sistema sanitari en relació amb el conjunt de sistemes d'informació (informatització insuficient, existència i qualitat de registres, especificacions de dades, coordinació, etc.) i amb el reconeixement insuficient (quant a temps i prioritat) de les tasques relacionades amb la informació i l'avaluació.

Els resultats obtinguts mitjançant aquesta auditoria aconsellen repetir anualment l'exercici de validar les dades que subministren les entitats proveïdores en el procés d'avaluació dels contractes d'EAP, per tal d'aprofundir en l'anàlisi de les diferències observades i fer-ne el seguiment, i perquè la possible inclusió de qualsevol EAP en la mostra constitueix un mecanisme incentivador de la qualitat de les dades que aquelles proporcionen.

Referències bibliogràfiques

1. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat d'Atenció Primària i Unitat d'Avaluació. Especificació d'indicadors i dels seus components per al seguiment dels contractes d'EAP de 1993 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1993.
2. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per a l'avaluació del contracte de serveis d'atenció primària (EAP) 1994 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1994.
3. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 1995 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1994.
4. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 1996 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1995.
5. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 1997 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1996.
6. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 1998 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1997.
7. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 1999 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1998.
8. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP) 2000 [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999.
9. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Indicadors i metodologia per al seguiment de l'avaluació dels contractes de serveis d'atenció primària (EAP)
10. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Contractes d'equips d'atenció primària 2002. Objectius bàsics, indicadors d'avaluació, requeriments de dades [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.
11. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Contractes d'equips d'atenció primària 2003. Objectius bàsics, indicadors d'avaluació, requeriments de dades [document de treball]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002.
12. MPAR5. Millora dels processos d'avaluació de resultats en atenció primària. Indicadors bàsics d'atenció primària. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2002.
13. FELISART J, REQUENA J, ROQUETA F, SAURA RM, SUÑOL R, TOMÀS S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Societat Catalana de Medicina d'Urgències, Fundació Avedis Donabedian; 2001. Informe tècnic 02/2001.

Albert Ledesma Castelltort

Metge de família i director de l'Equip d'Assistència Primària Vic, SL

ABS Vic 2

Gestió de la compra d'atenció especialitzada

L'article tracta de l'impacte que té la gestió d'un pressupost de gestió de l'atenció especialitzada en el grau de resolució de l'atenció primària, de la relació entre els diversos nivells assistencials, de l'accessibilitat dels usuaris i de la qualitat de les derivacions. Aquest sistema de gestió és un bon instrument per assolir els objectius descrits, no pas l'únic, però cal tenir clar el fons de la qüestió, i és que l'organització del nostre sistema sanitari té molts aspectes que són millorables. Resoldre aquests aspectes en l'àmbit de la relació entre els nivells assistencials pot tenir el resultat d'un sistema sanitari molt més eficient i satisfactori per a tothom, només cal estar prou oberts als canvis que han de permetre que les coses millorin.

Introducció

En el procés de creació i implantació del model d'entitats de base associativa a Catalunya, també conegut com a autogestió, es va plantejar des d'un bon principi (1986) la conveniència que l'entitat que fes la provisió del servei d'atenció primària gestionés un pressupost específic per a la compra de radiologia i ànalisis clíniques. Amb això es pretenia facilitar l'ús d'aquests procediments i, d'una manera simultània, racionalitzar-ne el consum. També es veia factible millorar els costos amb la competència que es generés entre els agents del sistema sanitari públic. Al cap de dos anys, el CatSalut va decidir traspassar el risc de gestió de la resta de proves complementàries i del material per al control de la glucèmia dels diàbetics a tots els proveïdors del sistema sanitari. L'experiència va permetre fixar una assignació de recursos a cada entitat que, normalment, s'ha tancat sense déficits rellevants. L'exercici següent, el CatSalut va decidir implicar en la gestió del pressupost de farmàcia bona part de les entitats que gestionaven l'atenció primària fora de l'àmbit de l'Institut Català de la Salut (ICS). Amb aquestes eines en mans de les entitats que gestionen l'atenció primària es disposava de bona part dels elements que faciliten una resposta assistencial adequada en el marc dels equips d'atenció primària. En aquell moment, l'any 1998, es plantejava, i es planteja encara, un problema en la relació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada. Cadascun dels nivells actuava, i actua, segons els seus propis interessos, sense considerar massa els de l'altre, i, sovint, posant els dels pacients en un segon terme. Per intentar resoldre aquesta situació, la regió sanitària Centre del CatSalut i l'EBA Equip d'Assistència Primària Vic, SL van arribar a un acord per gestionar una part del pressupost de l'atenció especialitzada que donava servei als ciutadans adscrits a l'ABS Vic 2.

Hipòtesi de treball

L'acord va néixer a partir de la hipòtesi que, per mantenir una relació eficient entre nivells, calia establir una relació contractual entre entitats amb

contraprestació econòmica. També hi havia acord en el fet de considerar que molts dels processos d'atenció que es feien no s'abordaven des del dispositiu més eficient, i per resoldre aquesta qüestió calia que l'atenció primària assumís més competències i que l'atenció especialitzada participés activament en aquest procés de canvi en l'organització assistencial.

Descripció del procés

En primer lloc, es van analitzar les dades de derivació de l'atenció especialitzada corresponents a l'any 1997, fetes des de l'ABS Vic 2, a l'Hospital General de Vic, a la Clínica de Vic (Quinta de Salut l'Aliança) i al CAP Osona. Es va considerar el total de derivacions per especialitat i els diagnòstics que les van generar, classificats segons la Classificació internacional d'atenció primària (CIAP) per tal de poder valorar el volum de derivacions de cada especialitat i la pertinença de la derivació en funció del diagnòstic. Les especialitats, ordenades de més a menys segons el nombre de derivacions, eren les següents: oftalmologia, traumatologia, dermatologia, otorinolaringologia, urologia, atenció a la dona, cirurgia general, cirurgia vascular, aparell digestiu, etc. Un cop coneguda l'activitat, es va fer una recerca de dades per quantificar el cost, per habitant i any, de l'atenció especialitzada (consulta externa i proves complementàries) de les sis primeres especialitats per nombre de derivacions, que elles soles explicaven més del 70 % del total. Es va trobar un estudi, fet des del mateix CatSalut, segons el qual, tenint en compte els preus de 1998, el cost en euros per habitant de cadascuna d'aquestes especialitats era: oftalmologia, 1,43; traumatologia, 1,65; dermatologia, 1,50; otorinolaringologia, 1,01; urologia, 2,15, i atenció a la dona, 5,30. Amb aquests paràmetres es va pactar que aniríem assumint la gestió del pressupost de l'atenció especialitzada de dues especialitats cada any, seguint l'ordre de més a menys derivacions. Per tal de validar aquest criteri, es van creuar el nombre de derivacions amb els motius de derivació i es va analitzar si el nombre de derivacions assumibles

des de la nostra ABS, amb garantia d'una atenció de qualitat equiparable, eren proporcionals al volum total de cadascuna d'aquestes. Els resultats ens van demostrar que la relació entre nombre de derivacions i processos que es podien resoldre a l'atenció primària tenien una relació directa i, per tant, es van agafar les especialitats pel mateix ordre i de dues en dues.

Els objectius que es perseguien en gestionar aquest pressupost eren els següents: augmentar la capacitat de resolució de l'atenció primària, fer més eficient el sistema sanitari públic, millorar la qualitat de l'atenció especialitzada que reben els nostres pacients, fer més accessibles els serveis i les prestacions i augmentar la satisfacció dels ciutadans respecte a aquesta prestació.

Per gestionar el pressupost de cada especialitat, es van tenir en consideració els aspectes següents: capacitat del nostre servei d'abordar els problemes de salut que fins aquell moment es derivaven a l'atenció especialitzada i que ara volíem atendre nosaltres, problemes d'accessibilitat, aspectes d'intercanvi d'informació per assegurar la continuïtat assistencial, pacte terapèutic i costos de tot el procés.

En aquell moment, a la comarca d'Osona hi havia tres centres que prestaven atenció especialitzada pública, en molts casos atenent les mateixes especialitats; per tant hi havia un marc de competència regulada que creiem que és imprescindible per millorar l'eficiència de la relació entre nivells assistencials. Ara, aquest camp de competència regulada s'ha reduït molt i, per tant, també s'han reduït les possibilitats de millora del servei.

La dinàmica de cadascuna de les especialitats ha estat molt semblant i creiem que és útil per assolir l'objectiu d'assumir més competències des de l'atenció primària.

El cas de l'oftalmologia

Per fer-ho més entenedor, explicaré el procés seguit en l'especialitat d'oftalmologia, la més emprada i la que tenia, almenys al nostre centre, més derivacions no adequades. En els motius de derivació d'aquesta especialitat hi ha dos grups de problemes. En primer lloc, els de refracció per un déficit visual i els de les malalties oculars. Dins aquest darrer grup, les malalties es poden separar en les que necessiten una valoració i/o un seguiment de l'oftalmòleg o oftalmòloga, les que es poden resoldre al nostre centre i les activitats de prevenció pel que fa a algunes patologies concretes, com l'observació del fons de l'ull en la diabetis *mellitus* o la hipertensió arterial. L'actuació habitual del nostre centre era derivar a l'oftalmòleg o oftalmòloga la major part de casos de tots els grups, excepte alguns casos banals de conjuntivitis. Varem contactar amb l'Hospital General de Vic i amb la Clínica de Vic per tal d'arribar a un pacte per poder establir un nou marc de relació en aquesta especialitat, per motius que ara no vénen al cas. L'accord es va tançar amb la Clínica de Vic. Per a l'assessorament extern de les dues parts es va buscar el suport del

Servei d'Oftalmologia de l'Hospital de Sant Pau. Professionals de totes tres institucions van protocolitzar les actuacions per a cada episodi de consulta, van descriure les necessitats de formació entre els professionals de l'atenció primària, van evidenciar les necessitats dels recursos materials que calien per assolir aquesta nova dinàmica de treball, van normalitzar les derivacions referents a informació i la preparació dels pacients per anar a la visita de l'oftalmòleg o oftalmòloga, van avaluar els costos i van planificar les actuacions pertinents per donar resposta a cadascun dels aspectes.

Al final del procés, i un cop fetes totes aquestes actuacions, es va constatar un canvi substancial en les derivacions d'oftalmologia. En aquests moments, tots els metges del centre som capaços de cribar els casos i derivar a refracció els déficits visuals sense cap altra patologia oftalmològica, de derivar a l'oftalmòleg o oftalmòloga les patologies que s'han pactat, en menys de quinze dies i amb el fons de l'ull dilatat, i de donar resposta en menys de vint-i-quatre hores als casos urgents; tenim la possibilitat de fer tots els fons de l'ull de pacients diabètics sense problemes d'accessibilitat, amb el retorn d'informació garantit.

Conclusions

El mateix procés s'ha seguit amb les altres especialitats i els resultats han estat semblants. En aquest moment, pensem que els recursos assignats han servit bàsicament per resoldre més problemes de salut al nostre centre, per millorar l'accessibilitat dels usuaris i la relació del centre amb els centres d'atenció especialitzada, tot això a un cost no superior al que generava l'atenció especialitzada del nostre centre abans d'establir tota aquesta dinàmica.

Ara estem en un nou marc, la compra de serveis sobre una base capitativa, que vol encetar la mateixa dinàmica de treball per processos, però intercanviant els recursos dels mateixos proveïdors de serveis. En tot cas, per fer aquests canvis en l'organització dels serveis, cal que es mantingui un marc de competència regulada entre diverses entitats i cal trencar les barreres entre nivells d'assistència per permetre adoptar solucions més eficients en l'organització de l'atenció en cada procés i en cada moment. Per això, les entitats i les institucions han de ser molt més flexibles, adaptables i sensibles als canvis pel que fa al finançament i als seus resultats en temes de qualitat assistencial.

Rafael López

Divisió de Compra de Serveis i Relacions amb Proveïdors. Àrea de Serveis i Qualitat. Servei Català de la Salut

Concepció Violan, Josep Fusté i Ricard Ballbé

Divisió d'Atenció Primària. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut

Francesc Brosa

Subdirecció de Polítiques de Qualitat i Compra de Serveis. Àrea de Serveis i Qualitat. Servei Català de la Salut

L'atenció primària de salut en el marc dels sistemes de pagament capitatiu

El sistema de pagament a l'atenció primària haurà d'evolucionar cap a un model de base capitativa, tot introduint-hi factors d'ajust segons les diferències en les necessitats sanitàries de la població, fonamentalment sobre la base de l'edat i el sexe, mentre no s'hi puguin incorporar variables relacionades amb l'estat de salut que augmentin la capacitat explicativa de les variacions de la despesa. Entre els factors d'ajust, també cal tenir en compte els de tipus estructural, lligats principalment a la dispersió geogràfica i l'accésibilitat. D'altra banda, el sistema haurà de considerar la inclusió de possibles complementos, segons programes i serveis específics, i la coresponsabilització en la despesa que en derivi.

En el marc del model de compra de serveis integrals de base poblacional, l'atenció primària, igual que les altres línies de serveis, no té un sistema de pagament propi. Amb l'assignació d'un pressupost per càpita al conjunt de proveïdors que operen en un territori es pretén fomentar la coordinació de serveis, estimulant que l'atenció es presta en cada cas en el nivell més adequat i eficient, i augmentar l'equitat en la distribució del pressupost sanitari.

1. Introducció

La reforma de l'atenció primària a Catalunya s'inicia l'any 1986 i, durant sis anys, l'única entitat proveïdora d'equips d'atenció primària (EAP) ha estat l'Institut Català de la Salut (ICS). No és fins a l'any 1992 que s'inicia la diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària amb els EAP de Vandellòs - l'Hospitalet de l'Infant, gestionat per Sagessa, i de Sant Cugat del Vallès i d'Olesa de Montserrat, gestionats per la Mútua de Terrassa.

El fet que la diversificació hagi estat un procés gradual ha comportat que els EAP gestionats per entitats proveïdors diferents a l'ICS tinguessin un sistema de pagament basat en el pressupost de funcionament previst, tot seguint uns criteris similars als que s'han aplicat per a l'assignació de recursos als EAP gestionats per l'ICS.

A més a més, atès que la reforma de l'atenció primària no ha finalitzat fins aquest any 2003, han coexistit àrees bàsiques de salut (ABS) reformades i no reformades, la qual cosa feia difícil la implantació d'un model alternatiu de pagament homogeni en tot el territori. D'altra banda, cal tenir en compte que molts dels EAP gestionats per entitats diferents a l'ICS compten amb personal de la plantilla de l'ICS, fet que hi ha afegit complexitat a l'hora de calcular l'assignació real a cada EAP.

En els darrers anys, països amb sistemes de salut diferents han tingut interès en el finançament capitatiu per assignar els recursos sanitaris. L'objectiu de la capitació i la metodologia per assignar recursos pot variar en cada cas^[1,2,3]. D'una banda, trobem els sistemes que tenen per finalitat determinar el valor esperat de la despesa d'un assegurat potencial d'un pla de salut, en sistemes sanitaris basats en la competència entre asseguradores, en què l'objectiu primordial de la capitació és millorar l'eficiència del mercat assegurador

i minimitzar els incentius a la selecció de riscos. D'altra banda, en els sistemes que assignen recursos per a les necessitats sanitàries de poblacions determinades, segons els quals el comprador principal és el sector públic, l'objectiu de la capitació està més relacionat amb l'equitat com a igualtat d'oportunitat d'accés per a una mateixa necessitat^[4]. El cas de Catalunya, el podem considerar dins el grup de països amb sistemes nacionals de salut que han posat en marxa experiències d'assignació capitativa de recursos, en cinc territoris pilot determinats: Alt Empordà, Baix Empordà, Cerdanya i Osona^[5].

El Servei Català de la Salut (CatSalut), com a responsable de la planificació, la compra i l'avaluació dels serveis sanitaris que s'ofereixen als ciutadans de Catalunya, té la responsabilitat de plantejar la reformulació del sistema actual de pagament dels EAP.

En aquest article s'analitzen quines haurien de ser les característiques bàsiques d'un sistema capitatiu de pagament d'atenció primària i l'encaix de l'atenció primària en les experiències de compra integral de serveis de base poblacional.

2. Evolució del sistema de pagament dels equips d'atenció primària

2.1 Criteris en què es basa actualment el pagament als equips d'atenció primària

El Decret 179/1997, del 22 de juliol, pel qual s'estableixen les modalitats de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del CatSalut^[6], en relació amb l'atenció primària inclou el text següent: «La contraprestació dels serveis d'atenció primària dels quals convingui o contracti el Servei Català de la Salut tindrà com a referent la població a atendre. Aquest criteri s'haurà de cor-

Agraïments

A Vicente Ortún, pels seus comentaris a la versió preliminar d'aquest treball.

regir en funció de paràmetres socioeconòmics, demogràfics i de dispersió geogràfica.»

El pagament dels equips d'atenció primària s'ha basat en el càlcul d'un pressupost de funcionament a partir de l'anàlisi de les necessitats de recursos humans, tenint en compte la població i característiques estructurals concretes, i d'una estimació de despeses d'explotació. El càlcul d'altres serveis, com les tires reactives per als diabètics i els productes intermedis, s'ha fet sobre la base capitativa. En la taula 1 s'exposen els criteris per al pagament dels EAP.

Altres aspectes es paguen segons els costos identificats: la docència, els reforços d'estiu i els reforços d'hivern vinculats al Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC).

2.2 Estudis preliminars d'assignació capitativa a EAP a Catalunya

L'any 1996, el CatSalut va elaborar un primer document intern sobre el model de contraprestació de l'atenció primària, i es va constituir una comissió estable per treballar aquesta qüestió, integrada per professionals del CatSalut, representants de diversos proveïdors i assessors de la Universitat Pompeu Fabra, concretament del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)^[7]. A partir d'aquest grup de treball, l'any 1998 es va dur a terme una sèrie de simulacions per determinar una fórmula de pagament dels EAP en funció dels factors següents: preu base per càpita, població més gran de seixanta-quatre anys, població menor de quinze anys, nivell socioeconòmic i dispersió geogràfica.

En l'estudi es van incloure els EAP que en data 1 de gener de 1998 feia més d'un any que funcionaven. A partir de les dades disponibles sobre els factors esmentats es va arribar a construir un model. Tantmateix, la simulació feia que les variacions entre EAP fossin molt importants, de manera que el percentatge per càpita podia oscil·lar entre 20.805 pessetes i 9.532 pessetes. En l'anàlisi de les di-

ferències entre el cost real i la proposta de nou model de pagament, es va observar que en el 49,5% dels EAP la diferència era superior a ± 20%.

A partir d'aquest estudi, es va corroborar el que alguns experts^[8,9] en el tema ja havien posat de manifest: la dificultat d'assignar mitjançant una fórmula capitativa els recursos a poblacions petites, com ara les de les ABS; els problemes en la quantificació real de la població assignada; les limitacions de la informació sobre els pacients individuals i la problemàtica lligada a l'atribució de les característiques de l'àrea geogràfica a cada individu.

Malgrat aquestes dificultats, no sembla possible que, a l'hora de plantejar-se un canvi en l'actual sistema de pagament d'atenció primària, aquest pugui passar per una fórmula la base del qual no tingui en compte el volum de població assignada a l'EAP. El que s'haurà de buscar és el model més òptim possible que permeti fer una assignació en funció de les necessitats de despesa predeterminada d'una certa població^[10-13].

2.3 Criteris per al disseny del sistema de pagament de base capitativa

Les característiques de l'atenció primària –accesibilitat, globalitat, longitudinalitat i integralitat– afavoreixen la confiança dels ciutadans, tot centrant l'atenció en la població i en la persona, més que no pas en la malaltia. Per dur a terme les seves funcions, i maximitzar-ne la capacitat resolutiva i desenvolupar efectivament la seva funció d'agent de salut, l'atenció primària necessita tenir una població assignada, davant la qual és responsable de la cartera de serveis que li correspon. La definició de la població assignada a cada EAP es basa en la residència de les persones i haurà de considerar la lliure elecció d'EAP en un context en què es vol donar més capacitat d'elecció als ciutadans. Aquesta concepció, lligada estretament a l'atenció de les persones i de la població, és la que fonamenta la

Taula 1. Criteris actualitzats de contractació 2002 d'EAP

Recursos Humans

Els recursos humans es calculen en funció de la població coberta, la densitat de població, la dispersió, l'enveïlliment, i la tipologia de l'àrea bàsica de salut (dispersió, nivell socioeconòmic, atenció continuada, docència, coordinació).

Criteris de valoració de l'estructura d'atenció continuada

S'ha calculat el nombre d'hores a partir de la plantilla de l'EAP i el nombre de punts d'atenció continuada. Sis grups d'atenció continuada segons tipificació (AC1 a AC6).

Altres despeses de personal (antiguitat, suplències, estructura de gestió, quotes patronals).

Altres despeses d'explotació (integra el reconeixement de les despeses per reposició i manteniment).

Productes intermedis

Preu per habitant de l'ABS, amb dos factors de correcció: la població més gran de seixanta-quatre anys multiplica per dos, i als municipis amb reforços d'estiu, s'afegeix el 15 % de l'import assignat a reforços.

Tires reactives

Preu per 5% habitants més grans de catorze anys.

coherència de l'assignació de recursos de base capitativa en l'àmbit de l'atenció primària. Tanmateix, les dificultats que hem apuntat abans fan que calgui introduir elements d'ajust i elements correctors en l'assignació capitativa, establir vies de coresponsabilització en l'assumpció de riscos i, també, incentius per a estimular determinades activitats.

En aquest sentit, a continuació s'indiquen els criteris principals a tenir en compte:

Definició de la població. La població de referència és, obviament, un element crucial en la definició dels sistemes de pagament de base poblacional. Avui dia, les persones assignades a un EAP són les que resideixen geogràficament en l'àmbit territorial d'una ABS. Aquesta informació, és possible obtenir-la en el Registre Central d'Assegurats (RCA). L'RCA té l'avantatge que és una base de dades del mateix CatSalut, el qual dóna un usuari d'alta i de baixa, d'acord amb els criteris que prèviament ha definit. Tot i que parlem d'una assignació que bàsicament serà territorial, l'RCA també permetrà identificar la població que hagi optat per escollir un EAP diferent del que li correspon per residència en el cas que s'aprovi la lliure elecció d'EAP. Pel que fa al grau de cobertura d'assegurament, l'assignació de població a cada EAP ha de considerar la població assegurada que té dret a les prestacions d'atenció primària a càrrec del CatSalut, i ha de descomptar les persones residents que tenen la cobertura de serveis d'atenció primària a càrrec d'altres entitats asseguradores (per exemple, MUFACE, PAMEM, entitats col·laboradores).

Base del cost per calcular el pressupost per càpita. Per calcular el percentatge per càpita, es partirà dels recursos que es destinin a l'atenció primària per al conjunt de proveïdors. Els recursos econòmics que es comptabilitzen són les despeses de funcionament de l'EAP (incloses les despeses de personal i altres despeses d'explotació), tires reactives per als diabètics i productes intermedis (proves complementàries).

Ajust per risc. L'ajust per risc intenta reconèixer les diferències en la despesa esperada a causa de variables externes al servei, és a dir factors que queden fora del control de l'EAP, en aquest cas. Podem diferenciar les variables predictives de la despesa lligades a les necessitats sanitàries de les persones i altres factors de tipus estructural.

En el primer grup de variables cal destacar l'edat, el sexe, l'estat de salut i el nivell socioeconòmic. Sobre aquestes variables, hi ha una certa controvèrsia sobre la capacitat explicativa, sovint molt motivada per la dificultat de disposar de dades de qualitat sobre aquests aspectes, de manera que l'edat i el sexe sembla que són les variables d'ajust menys discutibles i que caldrà emprar gairebé exclusivament, fins que no es disposi de dades que ens approximin, pel que fa a la població assignada a cada EAP, al coneixement de l'estat de salut de manera que sigui tan poc influït per l'oferta de ser-

veis com sigui possible. En el futur, amb les possibilitats de desenvolupament dels sistemes d'informació a l'atenció primària que obre la informatització de les consultes, cal preveure que es podran incloure dades referents a la morbiditat que presenta la població atesa. Ara, els CAP que disposen d'ordinador a la consulta són el 53,2% del total, i en el cas de l'ICS, aquesta xifra és el 38,5%^[14]. El procés d'informatització i la implantació progressiva d'un conjunt mínim bàsic de dades a l'atenció primària que permeti disposar d'informació que combini dades sobre característiques demogràfiques, morbiditat i procés assistencial de les persones ateses^[15] farà possible emprar sistemes de classificació de pacients per ajustar per risc, analitzant prèviament fins a quin punt la incorporació d'aquesta informació sobre l'estat de salut o la càrrega mòrbida de les diferents poblacions fa augmentar al model la capacitat explicativa. Aquest tipus d'informació basada en la demanda atesa, malgrat alguns problemes que presenta perquè depèn del nivell i les característiques de l'oferta existent, representa la millor aproximació a les necessitats sanitàries de la qual es tenen dades disponibles i a partir de la qual es poden construir fórmules d'assignació de recursos de base capitativa^[8]. Atesa la importància dels sistemes de classificació de pacients per ajustaments per risc, en l'apartat següent es fa una breu descripció de les seves característiques, especialment en relació amb l'atenció primària.

Pel que fa als factors de tipus estructural, podem destacar els que van lligats a la dispersió geogràfica i l'accessibilitat a causa que calen més centres i més nombre relatiu de professionals en l'àmbit rural.

Complements per cartera de serveis. Hi ha una sèrie de serveis i programes posats en marxa per directrius de l'autoritat sanitària que no tenen una relació directa amb el volum de població d'un territori determinat. S'hauria de pagar una quantitat addicional relacionada amb el servei que s'ofereix (reforços d'estiu, PIUC, docència, atenció continuada, etc.).

Coresponsabilització pel que fa a la despesa derivada. Des de l'atenció primària es generen actuacions que tenen una reacció important en la resta del sistema, com són la derivació de pacients a l'atenció especialitzada i la prescripció farmacèutica. Aquests són, evidentment, àmbits de decisió clínica que corresponen a l'atenció primària. En el mateix sentit, ens trobem el cas de la prestació per incapacitat transitòria, malgrat que la gestió de la despesa per aquest concepte segueix una via diferent de la del pressupost sanitari. Així doncs, caldrà que el sistema de pagament de l'atenció primària incorporés elements de coresponsabilització en relació amb aquestes decisions per la via del concepte de «despesa màxima assumible» o per la reacció financera del cost de la primera consulta a l'especialista. D'altra banda, també caldrà tenir en compte la necessitat de coresponsabilitzar

l'atenció especialitzada respecte al cost induït de farmàcia en l'atenció primària.

2.4 Sistemes de classificació de pacients en l'atenció primària

L'interès per comparar i mesurar l'efectivitat, l'eficiència i la qualitat de l'assistència sanitària ha fet que en els darrers anys hagin sorgit diversos intents de definir sistemes de classificació de les visites, els episodis o els pacients, que permetin mesurar la complexitat de la població atesa.

Els sistemes de classificació de pacients són una manera d'agrupar pacients amb una significació clínica i un comportament semblant, habitualment de tipus econòmic (consum de recursos), però pot tenir en compte altres criteris com poden ser unes necessitats d'atenció semblants. A la taula 2 es presenten, resumits, els diferents sistemes de classificació disponibles avui dia emprats en l'àmbit de l'atenció ambulatoria^[16,17]. L'evolució i el perfeccionament d'aquests sistemes seran molt importants com a suport en les estratègies d'ajust per risc en el finançament dels serveis amb sistemes de base capitativa.

De tots els sistemes analitzats, els més útils per a l'atenció primària, i pensant en un sistema de finançament capitatiu sobre la base d'una població definida, són els que fan servir com a unitat d'anàlisi el pacient, treballen amb episodis i, a més, permeten fer l'anàlisi seqüencial de l'atenció rebuda en les diferents línies d'atenció sanitària. Dels sistemes a què ens hem referit, n'hi ha tres que compleixen les característiques esmentades: ACG, CRG i GER/CNA.

A l'Estat espanyol, avui s'estan provant experiències amb els tres models esmentats. Els ACG han estat estudiats per diferents autors^[17,19] i han demostrat que són útils per poder discriminar els diversos tipus de pacients atesos i els recursos consumits. Els GER/CNA^[20] permeten comparar el grau de resolució entre metges o entre diversos centres i poden ser d'ajut en la compra capitativa d'atenció primària, a part que són els únics elaborats a l'Estat espanyol. Els CRG^[21] sembla que són útils per a la compra de serveis integrals de base poblacional, i actualment se n'està estudiant el comportament en una de les experiències de zones de capteació de Catalunya.

3. L'atenció primària en el marc del model de compra de serveis integrals de base poblacional amb sistema de pagament capitatiu

El CatSalut va posar en marxa, l'any 2001, la prova pilot d'implantació d'un sistema de contractació integral de serveis sanitaris que té per objectiu garantir l'accés a l'atenció sanitària d'una població definida dins un marc geogràfic determinat, a partir d'una concepció global de l'assistència que reben els ciutadans del proveïdor o els proveïdors de serveis de les diferents línies assistencials^[22].

Amb la implantació d'aquest nou model de compra es pretén superar els problemes que genera la

compra actual fraccionada per línies de serveis i evolucionar cap a la compra integral i descompartmentada de serveis de salut, mitjançant l'assignació d'un pressupost per càpita al conjunt de proveïdors que operen en un territori. El model de compra de base poblacional és un dels instruments reguladors més potents per fomentar la coordinació entre els proveïdors: que el contracte per proveïdor i línia assistencial no sigui una limitació a la reordenació dels serveis orientats a augmentar l'eficiència del sistema^[23].

Al mateix temps, en la mesura que el model s'estengui i que es perfeccionin els sistemes d'assignació adaptats a les necessitats de cada població, la compra de base poblacional pot ser una manera més equitativa de la distribució del pressupost.

Per implantar la prova pilot, prevista inicialment fins a l'any 2003, s'han seleccionat les cinc zones següents: Alt Empordà (Ribera d'Ebre i part de la Terra Alta i el Priorat), el Baix Empordà, l'Alt Maresme - la Selva Marítima, la Cerdanya i Osona.

Els objectius inicials del model de compra de base poblacional són els següents:

- Millorar la qualitat dels serveis de salut de manera que el pacient rebi l'atenció sanitària adequada a les seves necessitats de salut en el nivell assistencial més apropiat.
- Millorar l'eficiència del sistema de salut, de tal manera que afavoreixi la gestió coordinada dels serveis sanitaris i la continuïtat assistencial.
- Estimular la creació d'un sistema integrat de serveis de salut en una mateixa àrea geogràfica mitjançant la constitució d'alliances entre els proveïdors.
- Afavorir l'equitat d'accés als serveis de salut de la població.
- Evolucionar cap a la coresponsabilització en tots els nivells de l'atenció, amb la transferència d'una part del risc de gestió als proveïdors.

Les funcions dels proveïdors del territori de compra de base territorial es detallen a continuació:

- Facilitar la coordinació de la xarxa de prestació de serveis pactada amb el CatSalut.
- Establir les col·laboracions, les alliances i les sinergies entre els diferents nivells assistencials, orientades als objectius fixats pel CatSalut.
- Garantir a la població l'accés i la prestació eficients dels serveis assistencials pactats amb el CatSalut.
- Assolir els objectius sanitaris i econòmics pactats amb el CatSalut.

L'assignació capitativa de base poblacional per als territoris de la prova pilot es fonamenta en el paràmetre constituït per l'assignació mitjana de la despesa corrent sanitària neta* per habitant a Catalunya, modulat per un factor corrector que resulta de la ponderació dels indicadors socioeconòmics, demogràfics i de dispersió geogràfica coneguts corresponents a cada àmbit territorial on s'aplica la prova pilot.

* S'entén per *despesa corrent sanitària neta* el resultat de deduir de la despesa corrent sanitària total una sèrie de conceptes que no són subjecte de transferència de l'assignació territorial i que són les despeses estructurals, de docència i recerca, fons de desequilibris territorials intracomunitaris i immigrants, de política sanitària d'equilibri, i les que inclouen activitats assistencials no individualitzades o que es presten en altres àmbits territorials.

Taula 2. Característiques principals dels sistemes de classificació de pacients emprats en l'àmbit de l'atenció ambulàtoria

NOM	UNITAT D'ANÀLISI	SISTEMA DE CLASSIFICACIÓ DE MALALTIES	OBSERVACIONS
Diagnosis clústers (DC)	Diagnòstic primari/consulta	CIM9	Agrupació de codis diagnòstics ambulatoris
Ambulatory Visit Groups (AVG)	Consulta/visita	CIM-9	Grups de visites que s'espera que consumeixin un tipus i una quantitat similar de recursos
Ambulatory Patient Groups (APG)	Consulta/visita	CIM-9	Desenvolupats com a forma de pagament
Products of Ambulatory Groups (PAC)	Consulta/visita	CIM-9	Actualment en ús com a sistema de pagament
Ambulatory Care Groups (ACG)	Pacient/episodi (tota l'assistència durant un any)	CIM-9	Permeten relacionar dotacions de recursos i perfil de salut de grups de població definits
Clinical Risk Groups (CRG) ¹	Pacient/consulta/episodi. (tota l'assistència durant un any)	CIM-9	Permet analitzar l'atenció rebuda en diferents serveis sanitaris
Grups d'episodis relacionats per criteris de necessitat d'atenció (GER/CNA)	Pacient (tota l'assistència durant un any)	CIAP-2 CIM-10	Permeten donar informació de resolució i informació de perfils per grups de població

1. Aquest agrupador s'empra tant per a l'atenció primària com per a l'atenció especialitzada i permet integrar l'atenció en les diferents línies de serveis.

Font: Adaptat de JUNCOSA S, BOLÍBAR B (1999).

Amb la informació disponible fins al moment, actualment el factor corrector:

- 1) Pondera, per a cada territori, la despesa hospitalària i de farmàcia (45% i 25 % respectivament de la despesa del sistema) respecte al total de Catalunya (estandardització per edat i sexe).
- 2) Reassigna un pressupost per criteris de dimensions, dispersió i aïllament del territori.

En el context de pagament de base poblacional o capitatiu al conjunt integral de serveis, no es té en compte el repartiment, a la vegada, del pressupost per àmbits o nivells assistencials. En el marc de la compra capitativa en el conjunt de proveïdors del territori, aquests han d'estudiar qui és el dispositiu assistencial més pertinent per atendre cada pacient o cada aspecte de l'atenció i han d'organitzar els serveis assistencials amb els principis inspiradors del sistema. En aquesta situació, els proveïdors han de fer la seva distribució del pressupost, segons la valoració de l'aportació que fa cada dispositiu d'atenció i els seus costos.

Aquest model, amb el qual es pretén guanyar eficiència en el conjunt del sistema sanitari, sota el criteri d'incentivar la prestació de l'atenció en el nivell més adequat –en termes de resolució i cost d'oportunitat– i estimular l'atenció compartida entre nivells, representa una oportunitat de potenciar el paper de l'atenció primària i animar els gestors a facilitar la col·laboració i la permeabilitat dels

processos entre els diferents nivells assistencials. D'altra banda, caldrà vetllar per evitar que la dinàmica de relacions entre proveïdors i una possible asimetria de recursos entre els diferents dispositius en cada territori puguin ser factors desestabilitzadors per a l'atenció primària.

Com a conclusió, podem afirmar que el pagament de base poblacional en l'atenció primària és vàlid en la mesura que millorin els sistemes d'informació i es pugui evolucionar en el coneixement de les necessitats de la població d'una manera ajustada, i que, en un context de compra de serveis integrals de base poblacional, en el qual ja s'ha considerat l'ajust de l'assignació en funció de les necessitats teòriques per al conjunt dels serveis, no caldrà la subdivisió del pressupost per nivells d'una manera externa a l'organització dels proveïdors.

Referències bibliogràfiques

1. SMITH P. Capitated finance and health care needs possibilities and limitations. En: XIX Jornadas de Economía de la Salud. Necesidad Sanitaria. Demanda y utilización. Zaragoza, 2-4 de juny de 1999; pàg. 15-28.
2. HUTCHINSON B, HURLEY J, REID R, DORLAND J, BIRCH S, GIACOMINI M ET AL. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Canadian Health Service Research Foundation. Otawa: CHSRF, 1999.
3. JEGERS M, KESTELOOT K, DE GRAEVE D, GILLES W. A typology for provider payment systems in health care. *Health Care Policy* 1995; 34:205-20.
4. ORTÚN V, PUIG J, SABÉS R. Análisis comparado de la experiencia internacional en la financiación capitativa de organizaciones sanitarias integradas. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, 2001. [Informe elaborat per conveni amb el Servei Català de la Salut].
5. Ordre del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1722/2002, del 17 de maig, per la qual s'estableix una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional i l'establiment de la prova pilot. Barcelona DOGC núm. 3645, del 29 de maig de 2002.
6. Decret del Departament de Sanitat i Seguretat Social 179/1997, del 22 de juliol, pel qual s'estableixen les modalitats de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut. Barcelona DOGC núm. 2445, del 22 de juliol de 1997.
7. SERRA DE LA FIGUERA D, RAMALHINHO LOURENÇO E. Estudis sobre la compra de serveis en els centres d'atenció primària a Catalunya. Institut d'Estudis Territorials. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, 1998. [Informe no publicat].
8. ORTÚN V, LÓPEZ G, PUIG J, SABÉS R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. *Folls Econòmics del Sistema Sanitari* 2001; 35:8-16.
9. SMITH P, SHELDON T, CARR-HILL R, MARTIN S, PEACOCK S, HARDMAN G. Allocating resources to health authorities and policy implications of small area analysis of use inpatients services. *BMJ* 1994;309:1050-4.
10. CARR-HILL R, HARDMAN G, MARTIN S, PEACOCK S, SHELDON T, SMITH P. A new formula for distributing hospital funds in England. *Interfaces* 1997;27:53-70.
11. MAJED A, BINDMAN A B, WINER JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. *BMJ* 2001;323:604-7.
12. MAJED A, BINDMAN A B, WINER JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II: advantages, disadvantages, and practicalities. *BMJ* 2001; 323:607-10.
13. RICE N, DIXON P, LLOYD DECF, ROBERTS D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *BMJ* 2000;320:284-8.
14. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Divisió d'Atenció Primària. Estudi d'avaluació de la reforma d'atenció primària i la diversificació de proveïdors. Barcelona, 2003. [Estudi elaborat per la Fundació Avedis Donabedian. Informe no publicat].
15. FUSTÉ J, BOLÍBAR B, CASTILLO A, CODERCH J, RUANO I, SICRAS A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 30:229-235.
16. RIVERO CUADRADO A, ZAMANILLO SARMIENTO C., RUIZ FERRAN J. Sistemas de información sanitaria en atención primaria. La gestión del proceso asistencial: impacto de los sistemas de información médica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Sanitas, 2000.
17. JUNCOSA, S., BOLIBAR B. Descripció, comportament, usos i metodologia d'utilització d'un sistema per mesurar la casuística en la nostra atenció primària: els Ambulatory Care Groups. Barcelona: Fundació, Salut, Empresa i Economia, 1999.
18. JUNCOSA S, CARRILLO E, BOLÍBAR B, PRADOS A, GÉRVAS J. Sistemas de clasificación en grupos isoconsumos (case-mix) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17 (1):76-82.
19. ROSELL M, BOLÍBAR B, JUNCOSA S, MARTINEZ C. Episodio: concepto y utilidad en la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16 (10):633-640.
20. RUIZ TÉLLEZ A, ALONSO LÓPEZ F. Indicador sintético de información sanitaria (ISIS). Proyecto GESHIP. Proyecto GUIA de I+D, a través de la iniciativa ATYCA del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Copyright 2000. Instituto @pCOM. Instituto para el Conocimiento, Organización y Mejora de la Atención Primaria. (www.mcyt.es www.institutoapcom.org)
21. AVERILL RF, GOLDFIELD N I, EISENHANDLER J ET AL. Development and evaluation of clinical risk groups (CRGS). Wallingford: 3M Health Information Systems, 1999.
22. VARGAS I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (4):167-178.
23. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Memòria 2001. Barcelona: CatSalut, 2002.

Guillem López Casasnovas
 Catedràtic d'economia aplicada
 Director del Centre de Recerca
 en Economia i Salut (CRES)
 Universitat Pompeu Fabra

Ivan Planas Miret
 Investigador del Centre de Recerca
 en Economia i Salut (CRES)
 Professor associat de la Universitat
 Pompeu Fabra

Anàlisi dels models organitzatius europeus en l'àmbit de l'atenció primària

Introducció i àmbit de l'estudi

La major part dels estudis econòmics que fan referència als recursos sanitaris han centrat primordialment els esforços a conèixer els determinants de la despesa, aspectes rellevants del seu finançament, i l'organització i la gestió de l'assistència especialitzada, i de l'hospitalària, en particular. Aquest fet, tot i que és comprensible moltes vegades perquè hi ha més disponibilitat d'informació i per determinades cultures de gestió, no deixa de ser sorprenent si considerem que el nombre de contactes dels pacients amb l'atenció primària supera en més del doble els de la resta del sistema, i que aquesta és, en molts països europeus, la porta d'entrada i el filtre clau per al bon funcionament del sistema sanitari.

El concepte d'atenció primària (AP) no és universal i, per tant, el primer que cal fer és trobar els trets comuns que defineixen aquesta activitat en el conjunt dels països objecte d'estudi. De les moltes definicions que es poden trobar, emprarem la més citada, la definició de Starfield (1998: 20) que identifica els trets principals de l'atenció primària amb «la porta d'entrada al sistema; l'assumpció d'una responsabilitat longitudinal sobre el pacient independentment de la presència o absència de malaltia, i la integritat dels aspectes físics, psicològics i socials de la salut». És a dir, filtre, longitudinalitat i universalitat^[1] són les notes característiques de l'atenció primària pel que fa a la salut dels ciutadans.

En aquest article s'analitza la situació de l'atenció primària a Europa des d'aquests tres vessants.

En l'àmbit europeu, es poden establir tres models d'atenció primària: (a) els països amb sistemes nacionals de salut (els països escandinaus, els del sud d'Europa i el Regne Unit), on, principalment, preval el treball d'equip; (b) els països amb sistemes de seguretat social (a excepció d'Holanda), on l'assistència és duta a terme per professionals independents, i (c) els països amb model Semashko (exsoviètics), en els quals l'assistència primària perd protagonisme, ja que resta subordinada als especialistes de les polyclíniques on es presta, no sempre amb un reconeixement específic com a tal àrea assistencial.

Sistemes de finançament i accés de l'usuari. La universalitat

La universalitat de la assistència és determinada pel criteri de la capacitat formal d'accés de tota la població, però l'accés es veu restringit també per altres característiques, com ara el nivell de copagament, la distribució geogràfica dels recursos en relació amb la població o el temps d'espera per a una consulta.

La taula 1 recull en una primera aproximació temptativa un dels aspectes d'accés a l'assistència per mitjà de la informació relativa dels temps d'espera i de consulta amb els metges.

Taula 1. Temps d'espera en sistemes nacionals de salut

N=6495 Dies d'espera per consulta a AP (%)	Espanya	Finlàndia	Portugal	Suècia	Mitjana
0-1 dia	92	39	50	37	57
2-4 dies	8	22	10	9	13
5-8 dies	0	33	15	27	18
> 8 dies	0	6	25	27	13
Pacients/setmana per doctor (mitjana)	154	94	89	90	103
Durada de la consulta (%)					
<5 minuts	52	29	30	36	37
5-9 minuts	35	27	25	27	29
10-14 minuts	10	29	29	17	22
15 minuts	3	15	16	20	13

Font: Pastor *et al.* (1997).

Des del punt de vista formal, els sistemes nacionals de salut garanteixen un grau més alt d'universalitat de l'assistència que no pas els sistemes d'assegurament social, que poden deixar fora del sistema part de la població resident. La taula 2 reflecteix el grau de cobertura de la població per als diversos països analitzats. Com es pot observar, llevat dels Països Baixos^[2] i d'Alemanya^[3], la resta de sistemes presten cobertura directa del sector públic pràcticament al 100% de la població.

No obstant això, com hem comentat abans, cal analitzar altres aspectes per poder determinar si l'accés als serveis es fa d'una manera efectiva. Entre altres punts, el paquet (tipologia i qualitat) dels serveis als quals s'accedeix, i particularment, els costos financers que assumeix l'usuari en el punt de consum dels serveis (copagament).

Els graus de copagament per a consultes a l'AP es poden observar a la taula 3. En els països on hi ha reemborsament, el fet que l'usuari hagi d'avancar part de la despesa sanitària, en forma de copagament o pagament directe, pot dificultar l'accés efectiu a l'assistència.

Un altre dels factors importants a tenir en compte és el tipus de vincle establert entre l'equip d'atenció primària, o el professional, i el pacient. En la major part de sistemes sanitaris de l'Estat espanyol, la llibertat d'elecció es restringeix bàsicament a un altre metge de la mateixa àrea de salut (des de 1986) o, en casos excepcionals, a un metge d'una altra àrea, sempre que aquest ho accepti (cosa que generalment no passa ja que hi ha pocs incentius). La taula 4 ens permet veure els diferents elements que afecten aquest vincle establert entre metge i pacient (com ara la lliure elecció, o el paper de filtre lligat al seguiment que fa el metge de capçalera de l'historial clínic).

Protagonisme de l'atenció primària. Organització i formes de propietat

Les principals reformes dels sistemes sanitaris dels països europeus han intentat atorgar cada vegada més importància a l'atenció primària en el conjunt del sistema sanitari. La idea que hi ha al darrere és que l'atenció primària ha de ser el primer punt de contacte dels pacients amb el sistema sanitari, per diferents motius: (a) la continuïtat assistencial, que ha de començar necessàriament amb una intervenció diagnòstica; (b) la contenció de costos, pel mix de professionals-tecnologia de menys cost existent a l'atenció primària que no pas a l'atenció especialitzada (AE), i (c) per la proximitat d'aquesta al seu entorn de població, que permet fer un seguiment més acurat i continuat de l'assistència.

El cas paradigmàtic del paper de filtre de l'atenció primària és el del Regne Unit, amb la relació d'agència postulada a favor dels metges de capçalera per a la provisió dels serveis sanitaris i amb la potestat, avui, de les fundacions d'atenció primària (*primary care trusts*) –actualment 303 a tot Anglaterra– de compra dels serveis especialitzats per als seus usuaris.

El cas holandès també té un interès especial, ja que mostra com, en els sistemes de seguretat social, l'atenció primària també pot funcionar com a filtre d'entrada al conjunt del sistema, per a una bona gestió del risc de les asseguradores. En aquest país, els assegurats han de tenir una referència (volant) per poder accedir al metge especialista o a l'hospital. Aquestes notes simplement indiquen l'especialitat però no pas l'especialista o l'hospital, i, alhora, mantenen la llibertat d'elecció dels usuaris. L'impacte d'aquesta funció de filtre és avalat per les poques derivacions a especialistes que s'enregistren (6% de les visites a l'atenció primària), tot i el nivell relativament alt de derivació a especialistes quirúrgics.

En general, els països on l'AP no actua com a filtre directe del sistema són Bèlgica, França, Islàndia, Luxemburg, Alemanya i la major part de països del model Semashko, ja esmentat. En el cas dels primers, els pacients tenen dret a la lliure elecció de metge de capçalera i d'especialistes, cosa que repercutex en menys coordinació de l'assistència. Entre aquests països d'assegurament social, però, França ja ha intentat atorgar un paper de «tutoria» a l'AP. L'experiment s'ha basat en el nomenament d'alguns metges generalistes com a metges de referència, que reben, a canvi, un sistema de finançament de base poblacional o per càpita.

Taula 2. Cobertura sanitària de la població

**Sistema integral de salut
% cobertura sobre el total de la població**

	1980	2000
Àustria	99,0	99,0
Bèlgica	99,0	99,0
Dinamarca	100,0	100,0
Finnlàndia	100,0	100,0
França	99,3	99,8
Alemanya	91,0	92,2
Grècia	88,0	100,0
Islàndia	100,0	100,0
Irlanda	100,0	100,0
Itàlia	100,0	100,0
Luxemburg	100,0	100,0
Països Baixos	74,6	75,6
Noruega	100,0	100,0
Portugal	100,0	100,0
Espanya	83,0	99,9
Suècia	100,0	100,0
Regne Unit	100,0	100,0

Font: OCDE Health data file 2002.

Taula 3. Graus de participació financer de l'usuari vinculats a l'atenció primària als principals països europeus

Copagament en atenció primària		Copagament farmacèutic i pròtesis	Reemborsament (copagament)
Alemanya	No	€8, €9 o €10	No
Àustria	Visites amb MG sense contracte amb asseguradora 100%	€4,14 per prescripció fins 20% cost pròtesis (min €21,80)	4/5 de la tarifa de l'MG
Bèlgica	100%	100% (Possibilitat de reasssegurament)	70% AP
Dinamarca	No	100%	Medicaments: < 500 DKr – 0%; 501-1200–50%; 1200-2800–75% > 2800 -85% Crònics-100% (>3600)
Espanya	No	40% Actius 10% Crònics 0% Pensionistes 30% Funcionaris (actius i pensionistes)	No
Finlàndia	€10 (per primera visita + la resta durant 12 mesos)	100% (<€580) 0% (>€580) 0% (pròtesis)	Farmàcia: 50% (>€8 per recepta) Crònics 75%, 100% (>€4 per recepta)
França	100% (menys reemborsament)	100% (menys reemborsament)	70% dels serveis mèdics, 60% serveis paramèdics, 35% o 65% medicaments
Grècia	No	Fins al 25% del cost	No
Holanda	No 100% MG privat	No 100% medicaments (assegurats privats)	100% MG privat 100% medicaments (assegurats privats)
Luxemburg	100% visites domiciliàries	100% reemborsament pròtesis 80% reemborsament medicaments	80% primera visita domiciliària mensual 95% següents 100% emergències
Irlanda	Categoría I (36% de la població, corresponent a la de menor renda) –No Categoría II (restant 64% de la població)– 100%	Categoría I – No Categoría II – 100%	Categoría II – 37% població reasssegurats
Itàlia	No	Grup A: med. per malalties cròniques i severes (€ 1,55 monodosis o € 3,10) Grup B: med. d'importància terapèutica (50% cost) Grup C: resta de med. (100%) Grup H: dispensació en hospitals (0%)	No
Islàndia ¹	\$9,31 \$14,63 (domicili) \$21,19 (fora d'hora) \$4,99-9,89 menors de 18 anys	0% med. que salvin vides o crònics Categoría I : \$15,96+60% preu restant (màx personal 2400) Categoría II: \$15,96+80% preu restant (màx personal 3800) Pensionistes: preus reduïts	No
Noruega	No	Prescripcions blaves-36% Prescripcions blanques-100% Max \$65 a l'any	
Portugal ²	300 Escuts	(A) Substàncies vitals o crònics 0% (B) Med. essencials 30% (pensionistes-15%) (C) No prioritàries 60% (pensionistes 45%) (D) Valor terapèutic no demostrat 100%	Rendes baixes, embarassades, crònics, incapacitats físics o mentals, drogoaddictes, menors de 12 anys
Regne Unit	No	95 penics per recepta	No
Suècia	€ 11–15	0–€99 100% 100–187 50% 188–363 25% 364–473 10% >473 0%	Màx. despesa anual per persona €99 (no farmàcia) Màx farm. €198 anuals Nens en edat escolar 0% copagament

1. Tarifes any 2000.

2. Tarifes any 1998.

Font: elaboració pròpia a partir de *Health care Systems in Transition* (diversos, vegeu les referències bibliogràfiques).

El protagonisme de l'AP també es pot mesurar de manera indirecta pel percentatge de metges que es dediquen a l'assistència primària. En el cas espanyol, aquest percentatge és del 35%, mentre que la mitjana en els països desenvolupats se situa al voltant del 50%. La taula 5 ens permet observar les diferents densitats de metges genera-

listes per als principals sistemes sanitaris. Cal destacar, en relació amb l'accés, que un nombre més alt de metges generalistes per habitant no vol dir sempre més bon accés al sistema sanitari, ja que s'ha de tenir en compte la seva distribució geogràfica. Aquesta és una qüestió d'una importància especial en els casos de lliure elecció en

Taula 4. Elements característics de l'atenció primària als països europeus

	Població amb dret a cobertura	Lliure elecció	Gratuïtat	Pagament	Paper de filtre	Model organitzatiu prevalent
Alemanya	Assalariats, aturats, pensionistes, i voluntàriament	Sí ³	Sí	Per episodi	No	Professionals independents
Àustria	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí ³	No ¹	Contracte amb asseguradores/per acte	Sí	50% professionals independents, 50% en consultes externes
Bèlgica	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí	No ^{1 i 2}	Per acte o servei	No	Professionals independents
Dinamarca	Residents legals (excepte funcionaris de l'Estat i altres AP)	Sí ⁴	Sí	1/3 capitatiu 2/3 per acte	Sí	Professionals independents (pacients registrats)
Espanya	Residents legals	Sí ³	Sí	Model reformat: assalariats Model antic: càpita	Sí	Equips d'atenció primària
Finlàndia	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí ³	No ^{1 i 2}	Salari (carrera professional)	Sí	Centres de salut - Equips d'atenció primària
França	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí	No ^{1 i 2}	Per acte ⁶	No ⁶	Professionals independents/ 38% Equips d'AP
Grècia	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí	Sí	Rural: salari Urbà: per acte	No ⁷	Centres de salut
Holanda	Assalariats, aturats, pensionistes	Sí ³	Sí	Càpita (pacients en ZFW ⁹)/ Per acte (pacients assegurats voluntàriament)	Sí	Professionals independents
Luxemburg	Assalariats, aturats pensionistes	Sí	No ²	Per acte	No	Professionals independents
Irlanda	Residents	Sí ⁵	Sí		Sí	
Itàlia	Residents	Sí ³	Sí	Per càpita	Sí	Professionals assalariats (pacients registrats)
Islàndia	Residents	No ²	Sí ⁸	Salari	No	Centres de salut
Noruega	Residents	Sí	Sí	Contractes amb municipalitats	Sí	Equips d'atenció primària
Portugal	Residents	Sí	Sí	Salari	Sí	Centres de salut - Equips d'atenció primària
Regne Unit	Residents	Sí	Sí	Càpita + concessions + per actes específics	Sí	Fundacions d'atenció primària (<i>primary care trusts</i>)
Suècia	Residents	Sí	No ¹	Per acte (salaris negociats)	Sí ¹⁰	Equips d'atenció primària

1. Pagament amb subsidi per acte o episodi.

2. Reemborsament parcial de la despesa.

3. Limitada.

4. Dues opcions: grup 1 (no copagament) registrats amb un MG de la zona; grup 2 (copagament): lliure elecció.

5. Categoria I subjecta a les llistes del govern; categoria II completament lliure.

6. 1% dels pacients i 10% dels MG estan sota un sistema de «Metge de referència» amb pagaments capitatius i paper de filtre.

7. Formalment sí (1987), però la manca d'MG no permet.

8. Copagaments.

9. Assegurança obligatòria per a salaris inferiors a un determinat nivell (€30.700, any 2000) i beneficiaris de la seguretat social.

10. Accés directe a l'especialista és possible però les llistes d'espera són més llargues.

Font: elaboració pròpia a partir de *Health care Systems in Transition* (diversos, vegeu les referències bibliogràfiques).

què els metges es poden concentrar on la demanda relativa és més alta.

Les formes organitzatives de l'atenció primària determinen en molts casos el grau de protagonisme d'aquest nivell en el sistema. Així, per exemple, l'organització al voltant de fundacions (*primary care trusts*) en el sistema britànic permet un relleu de l'AP molt més important que en casos com l'alemany o el danès, en què, tradicionalment, ha estat feta per professionals, majoritàriament amb una pràctica aïllada i amb menys capacitat negociadora i d'influència (taula 4). Per no dir ja dels casos com l'espanyol, en què es tracta de personal per compte d'altri, amb un estatus quasi similar al del funcionariat.

L'atenció primària en la major part de països, especialment on actua com a reguladora de l'entrada al sistema, té un paper central en l'assignació dels recursos. Per aquest motiu, alguns països han optat per incrementar el grau de coresponsabilitat finançera d'aquest nivell assistencial. A Europa, el Regne Unit, Alemanya i Holanda, i a escala internacional els Estats Units (en les seves pràctiques asseguradores) i Nova Zelanda han introduït reformes que estableixen responsabilitats financeres explícites. Wilton i Smith (2002) avaluen els resultats d'aquestes reformes sobre les millores de l'eficiència, i hi troben una relació positiva: la introducció de coresponsabilitat finançera a l'AP sembla que promou l'eficiència i la reducció de costos, per bé que l'anàlisi no pot ser concloent, ja que altres reformes introduïdes en el mateix període en aquests països poden contaminar la relació observada.

Tot i els trets comuns detectats en aquests països, també hi ha algunes peculiaritats que val la pena comentar, que fan que cap dels països no s'adapti completament al model teòric. Les reformes iniciades l'any 1991 al Regne Unit amb la introducció dels GP Fundholders, que donen autonomia i responsabilitat finançera a l'AP, han tingut continuïtat amb l'establiment, l'any 1999, dels *primary care groups* i els *primary care trusts* (amb responsabilitat sobre poblacions de cent mil habitants, i pressupostos tan alts com 29 milions d'euros). Els *primary care trusts* són responsables dels déficits o els superàvits, amb un sostre màxim negociat amb cada *trust* segons la seva dimensió i la població a la qual donen cobertura, i amb possibilitat de reinversió en la pròpia organització.

En el cas alemany, l'any 1993 es va introduir un sistema de pressupost global de l'AP en un intent d'establir un esquema de pressupost *top-down* (de dalt a baix). El sistema estableix que l'increment mitjà de la despesa sanitària en l'AP no pot ser superior a l'increment mitjà dels ingressos dels assegurats als diversos fons sanitaris. Els tipus d'assistència i els recursos destinats es negocien entre els fons sanitaris i les associacions mèdiques professionals. Aquests fons són repartits entre els metges per mitjà d'un pagament per acte mèdic, tenint en compte que el preu dependrà del global de la factura de tots els metges del fons sanitari (re-

esglaonant, conseqüentment, les tarifes). Addicionalment, l'any 1993 es va fixar un primer pressupost màxim per a la despesa farmacèutica de l'AP, i qualsevol xifra per sobre d'aquesta reduirà el pressupost de l'any següent fins a un màxim preestablert, a partir del qual és la indústria qui ho ha d'assumir.

D'una manera similar, des de 1994, els fons de malaltia mutuals holandesos tenen la capacitat de negociar selectivament amb metges i farmacèutics per donar cobertura als seus assegurats, no ja necessàriament amb tots els metges de la zona geogràfica, com es feia en la regulació anterior. Tot i

Taula 5. Metges generalistes en actiu per mil habitants

	1990	2000
Àustria	1,1	1,3
Bèlgica ¹	1,5	1,4
Dinamarca	0,6	0,6
Finnlàndia	1,3	1,7
França	1,6	1,6
Alemanya	1,2	1,0
Irlanda	0,6	0,7
Irlanda	0,5	0,5
Itàlia ²		0,9
Luxemburg	0,8	0,8
Holanda	0,4	0,5
Noruega	0,7	0,8
Portugal	0,7	0,5
Suècia	0,5	0,6
Regne Unit	0,6	0,6

1. Dada per a 1998.

2. Dada per a 1999.

Font: OCDE Health data file 2002.

1998

Insalud - gestió directa	0,5
Andalusia	0,6
País Basc	0,5
Illes Canàries	0,5
Catalunya	0,6
Galícia	0,6
Navarra	0,7
País Valencià	0,6

Font: European Observatory on Health Care Systems 2000.

això, el Govern encara regula les tarifes de l'AP. Els metges generalistes actuals reben la remuneració bé sobre la base poblacional per càpita o bé per acte. El valor d'aquesta remuneració es determina dividint el pressupost global pel nombre de serveis proveïts en el període, com una forma més de *global budgeting* (o pressupost global).

En què s'assemblen aquests sistemes al model teòric? Principalment, en la definició d'un pressupost prospectiu (que no rebrà cap correcció substitutiva important ni cap ajustament *a posteriori*). Tots aquests països tenen variacions, però, en les dimensions de la cistella de serveis, i en la forma del càlcul del pressupost: al Regne Unit es fa per capitació ajustada al registre observat de despesa; a Alemanya, per nivells històrics de pressupost, i a Holanda, amb criteris de repartiment del pressupost vinculats a raons financeres de disponibilitat pressupostària.

Finalment, el tret principal comú és que tots els sistemes comparteixen l'assumpció de responsabilitats sobre dèficits pels ens fundacionals (*primary care trusts* al Regne Unit), pels professionals independents (Holanda) o per les associacions de professionals (Alemanya), i en menys mesura també sobre els superàvits (tan sols al Regne Unit).

Integració assistencial i longitudinalitat de l'assistència

Les formes organitzatives encara són més importants a l'hora d'influir en la longitudinalitat de l'assistència sanitària, i en els sistemes de remuneració dels professionals (taula 4). Els sistemes on es confronta l'AP amb l'AE, com en el cas britànic en el passat, la longitudinalitat només s'aconsegueix per la via de la regulació paral·lela, el professionalisme o les guies entre nivells assistencials. Tal com afirma Ortún (2003), el fet de centrar-se en els nivells porta a optimar el comportament en cada un d'aquests nivells, la qual cosa pot implicar beneficis redundants en altres nivells més cars; la derivació dels casos que no interessen i la retenció dels que interessen, encara que no sigui el nivell més adequat per a l'assistència (per motius clínics o de cost); la duplicació de proves, o la no-consideració de les adequacions d'altres nivells.

És a dir, hi ha un cert balanç entre la integració dels serveis sanitaris, que afavoreix la longitudinalitat, i la independència funcional de l'AP, que n'afavoreix el paper protagonista i de cribratge de la demanda. Només si, en els sistemes integrats, l'AP adquireix un paper protagonista en la pròpia organització, o si la gestió d'aquestes organitzacions té una visió integral del sistema (mitjançant mètodes de finançament que ho incentivin, per exemple de base poblacional o capitativa), aquesta pot dur a terme efectivament la tasca de filtre.

Els models Semashko prenen aconseguir la longitudinalitat de l'assistència, però des de l'especialitzada integrada en policlíniques, en detriment de l'assistència primària, que en molts casos no és prestada per personal degudament qualificat.

Els sistemes sanitaris similars a l'espanyol (tot i

que no sempre amb la mateixa empenta descentralitzadora) mantenen un sistema integrat funcionalment, tot i que la longitudinalitat sovint es trenca a causa de conflictes entre els professionals per raó de la manca d'incentius financers. En serveis territorials més descentralitzats de l'Estat, especialment en aquells on s'ha intentat introduir una separació de la compra i la provisió de serveis, la importància que s'ha donat els últims anys al paper de filtre de l'atenció primària pot haver minvat la desitjada comunicació entre AP i AE, amb clars conflictes com els relatius a la duplicació de proves.

La separació entre la compra i la provisió, sobretot quan s'ha centrat la capacitat de compra en l'atenció primària, com en el cas britànic, sembla que ha aconseguit situar l'assistència sanitària en el nivell adequat, i, en certa manera, doncs, que ha millorat la longitudinalitat de l'assistència a les atencions de salut. Això no obstant, la millora de la qualitat i la introducció de noves pautes en l'ús de recursos, aquesta longitudinalitat no s'ha produït però sempre de manera generalitzada (Wyke *et al.*, 2003).

La taula 4 ens mostra com, de fet, la longitudinalitat de l'assistència no resta garantida amb cap de les formes organitzatives vigents en els estats europeus. No obstant això, cal esperar que en els casos en què l'AP ha adquirit més protagonisme (Regne Unit, Itàlia, Noruega), aquesta sigui més elevada per una millor capacitat de negociació de l'AP amb l'AE. En els models integrats (Espanya, Portugal, Semashko), unes fòrmules de capitació global permetrien adequar millor l'activitat a cada nivell assistencial i incentivar un ús eficient dels recursos, però els obstacles que cal superar són més importants (desjerarquització com a fórmula prèvia a la coresponsabilització).

	Seguretat Social Europa continental (exc. Holanda)	Sistemes nacionals de salut
Continuïtat assistencial		
Autonomia funcional		
Risc financer		
Control i supervisió		
Integració assistencial		

Font: elaboració pròpria.

A tall de reflexió

En resum, buscar la millora del sistema sanitari, tant pel que fa als costos com a l'orientació de l'activitat, avui porta a afavorir una millor integració assistencial. Al marge que la integració de nivells produueixi previsiblement els estalvis potencials més grans per al nostre sistema sanitari, ja que evita duplicitats; filtra més bé la demanda; adequa les capacitats resolutives; millora l'especificitat de l'especialista –un cop fet el cribatge de l'atenció primària–; millora la cooperació en la gestió; planifica serveis, recursos logístics i plantilles, etc., el canvi d'òptica permet, en tot cas, refer el discurs econòmicosanitari basat en objectius de salut i no tan sols en qüestions relatives als mitjans financers.

La integració implica incentivar la millor resolució dels episodis clínics, centrar l'objectiu en els problemes de salut prevalents territorialment i recuperar la cooperació necessària entre els que es finançen a partir d'uns mateixos recursos públics. La integració assistencial no és jerarquització: és compartir, no imposar; és buscar una nova relació (o canal de comunicació) entre l'especialitzada i la primària, reforçant les habilitats gestores i la cultura de la negociació raonada en aquesta direcció, a partir de la resolució conjunta i no pas de la segmentació del dispositiu. Ni l'atenció especialitzada ha de poder fagocitar l'assistència primària, ni, avui, és realista postular una atenció primària que «compra» (supeditada) a l'especialitzada. La confrontació i l'artifici gestor –reflectit, en darrer terme, en un nou cost d'intermediació en el sistema–, no pot ser una línia d'avenç. La planificació no es pot perdre: des de la salut als serveis, passant per la cartera de drets i deures dels ciutadans i pacients, sense *free lunch* per a ningú, disparant, tots ells, amb la pòlvora del rei, és a dir amb el diner de tots. La integració és longitudinalitat, i pel que fa a la seva cobertura financera (la facturació dels proveïdors) cal destacar dues necessitats actuals bàsiques del nostre sistema. En primer lloc, més transparència quant a finançament i despesa. En aquest sentit, el clientelisme polític i la marginalitat són més fàcils en el cas de la compra miscel·lània d'activitat, per institucions, per programes i amb subvencions *ad hoc*, que no pas amb l'agregació capitativa, que fa que les xifres siguin més transparents i molt més vinculables al discurs de la planificació dels objectius de salut, que són, sens dubte, poblacionals. I en segon lloc, la compra de serveis de base poblacional, que ha de permetre la implicació social, dels interessos col·lectius –també en la forma de finançament–, i, a l'hora de complementar el finançament central, permet l'obertura d'un espai més gran de responsabilització de la població pel que fa a l'ús dels serveis sanitaris.

Referències bibliogràfiques

- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition*: (Itàlia, Àustria, Bèlgica, Bulgària, Noruega, República Txeca, Dinamarca, Finlàndia, Alemanya, Luxemburg, Portugal, Eslovènia, Suècia, Turquia, Regne Unit). Ed: European Observatory on Health Care Systems.
- WHO Highlights on Health Care in: (Grècia, Islàndia, Irlanda, Holanda). Ed: WHO press.
- GERVÁS, J. (2002). Hi ha un nucli de pacients que fan ús alhora dels serveis d'urgències i els serveis socials, que tenen múltiples problemes no resolts o no identificats. *Gestión Clínica y Sanitaria* 11 Vol 4, núm. 1: 22.
- JEPSON, G. M. H. (2001). How do primary health care systems compare across Western Europe? *The Pharmaceutical Journal*. Vol 267: 267-273. Agost 2001.
- Organización Médica Colegial (2003). Criterios básicos para el ejercicio médico en atención primaria. www.cgcom.es
- ORTÚN, V. (2003) Encaje organizativo de la gestión clínica. A: Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia ida y vuelta. Ortún, V. (ed.) Ed: Masson.
- RICO, A.; SALTMAN, R. (2002). ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Revista de Administración Sanitaria* (VI) 21: gener /març 2002.
- STARFIELD, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press.
- WILTON, P.; SMITH, R. D. (2002). Devolved budgetary responsibility in primary care. A cross-country assessment of the impact on efficiency. *European Journal of Health Economics* 2002 (3): 17-25.
- WYKE, S.; MAYS, N.; STREET, A.; BEVAN, G.; MCLEOD, H.; GOODWIN, N. (2003). Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Policy* 00 (2003) 1-17 En premsa.

Notes

1. L'OMS defineix l'atenció primària com a: «Assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologia pràctics, amb suport científic i socialment acceptable, que és de disposició universal en la comunitat i a un cost que la comunitat i el país poden mantenir en cada etapa del seu desenvolupament en l'esperit d'autoconfiança i determinació. Constitueix una part integral del sistema sanitari del país, del qual és una funció central i un objectiu principal, i del desenvolupament global social i econòmic. És el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema sanitari i porta la sanitat tan a prop com sigui possible d'on les persones viuen i treballen, i és el primer nivell del continu assistencial.»
2. En el cas d'Holanda (Països Baixos), el 100% de la població té cobertura per l'assegurança AWBZ, contra despeses excepcionalment altes, i el 29% de la població té assegurament privat substitutiu, i en conjunt el total de població coberta contra riscs no catastròfics arribaria al 100%, de manera pública o bé privada.
3. On les persones no cobertes no ho estan voluntàriament i són el percentatge de població més rica que assumeix individualment la despesa sanitària (9%).

Estat espanyol

L'any 2003 s'ha aplicat completament i definitivament el nou sistema de finançament de les comunitats autònomes

El nou sistema de finançament de les comunitats autònomes marca novament l'estructura dels pressupostos generals de l'Estat per a l'any 2003. El pressupost de l'any 2002 ja reflectia, tant en els ingressos com en les despeses, una part dels efectes derivats del nou sistema de finançament de les comunitats autònomes, però el pressupost del 2003 és el primer que, de manera definitiva, delimita la nova estructura del sector públic, un cop posat en funcionament el nou finançament autonòmic.

Aquest nou finançament autonòmic implica que bona part de les transferències o les despeses que rebien les comunitats autònomes per finançar la sanitat i altres serveis esdevenen una participació en els ingressos de l'Estat.

Es traspassen a totes les comunitats autònomes les competències en matèria de sanitat

Aquest nou pas que efectuen els pressupostos de l'any 2003 implica, pel que fa a la sanitat, entre altres coses, que el pressupost estatal destinat a la despesa sanitària del 2003 es redueixi en un 95%, ja que ara l'Estat només administra directament la sanitat en les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla. Avui, els serveis de salut de cada comunitat autònoma són els responsables d'administrar i gestionar els recursos destinats a l'atenció sanitària del conjunt dels ciutadans. Malgrat això, el sistema de finançament introduceix una sèrie de mecanismes per garantir l'equitat en la prestació de serveis sanitaris en el Sistema Nacional de Salut:

- En primer lloc, s'hi introduceix una clàusula de salvaguarda que obliga les comunitats autònomes a destinar a la despesa sanitària una quantitat mínima igual que la que reben com a transferència i incrementar-la, any rere any, d'acord amb l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat.
- En segon lloc, es crea un fons de cohesió sanitària, que pretén garantir la igualtat d'accés als serveis d'assistència sanitària pública en tot el territori espanyol i l'atenció a ciutadans desplaçats de la Unió Europea o d'altres països amb els quals l'Estat espanyol té convenis d'assistència sanitària recíproca.
- I finalment, es creen unes assignacions d'anivellament, que tenen com a funció garantir la prestació de dos serveis bàsics: la sanitat i l'educació.

S'aprova la Llei de l'Estat 16/2003, del 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut

La Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut té l'objectiu, segons exposa el preàmbul, de millorar l'atenció sanitària que reben els ciutadans i, així, intentar crear un sistema sense desigualtats, en el qual es preservin els principis d'accessibilitat, de temps i de seguretat.

Aquesta Llei, en definitiva, intenta garantir la modernització i l'evolució del Sistema Nacional de Salut, tot abordant els aspectes de les prestacions als ciutadans, la targeta sanitària individual i la col·laboració entre l'Estat i les comunitats autònomes en diversos aspectes, com ara les prestacions del Sistema Nacional de Salut, la farmàcia, els professionals sanitaris, la investigació, el sistema d'informació sanitària i la qualitat del sistema sanitari.

Així mateix, la Llei de cohesió i qualitat revisa la composició del Consell Interterritorial i en reforça el paper.

La Llei 21/2001, del 27 de desembre, que regula les mesures fiscals i administratives del nou sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú, crea el Fons de cohesió sanitària

Dins el conjunt de fons específics que crea aquesta Llei, hi ha el Fons de cohesió sanitària, la finalitat del qual és garantir la igualtat d'accés als serveis d'assistència sanitària públics en tot el territori espanyol, i l'atenció a ciutadans desplaçats procedents de països de la Unió Europea o de països amb els quals l'Estat espanyol hagi subscrit convenis d'assistència sanitària recíproca. Aquest Fons és gestionat pel Ministeri de Sanitat i Consum.

La Llei 21/2001 disposa que el Ministeri ha d'establir el procediment de compensació, amb càrec al Fons de cohesió sanitària, de les comunitats autònomes pel saldo net de l'assistència sanitària prestada a ciutadans desplaçats.

Posteriorment, el Decret 1247, del 3 de desembre del 2002, estableix els criteris i els procediments que possibiliten la gestió i la distribució del Fons.

Catalunya

S'aproven els acords de millora retributiva dels professionals sanitaris de la XHUP

La millora dels recursos de la sanitat arran del nou sistema de finançament de la sanitat ha afavorit l'increment del pressupost sanitari públic i, en conseqüència, ha permès satisfer les noves retribucions del col·lectiu mèdic dels centres de l'Institut Català de la Salut (ICS) i dels centres concertats que conformen la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP).

En efecte, el Parlament de Catalunya va aprovar, l'octubre del 2001, la resolució en què s'instava el Govern de la Generalitat a equiparar les condicions laborals dels professionals del sector concertat de la XHUP i de la xarxa d'atenció primària amb la resta del personal de la sanitat pública. Aquesta voluntat també es va concretar en la disposició addicional cinquanta-unena de la Llei de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2002. En conseqüència, el Govern va adoptar un acord, el 9 de juliol de 2002, mitjançant el qual fixava una aportació als centres concertats amb el CatSalut d'un total acumulat de més de 258 milions d'euros en el període 2002-2006, per promoure l'harmonització

ció de les condicions retributives dels professionals de la XHUP.

D'altra banda, el passat mes d'octubre de 2002 la taula sectorial de negociació de la sanitat va arribar a un acord, subscrit per l'Administració de la Generalitat i les organitzacions sindicals, sobre les condicions de treball del personal de les institucions sanitàries de l'ICS. Aquest acord, entre altres punts, comporta la implantació del nou model retributiu de l'ICS, que, a la vegada, introduceix una sèrie d'elements nous: la carrera professional, la valoració de l'assoliment dels objectius prefixats, el complement de docència, la polivalència i l'extensió del complement específic a diversos grups professionals. També s'hi revisen la conceptualització del complement d'atenció primària i la resta de mesures d'incentivació o promoció professional i de condicions de treball. Per aquest motiu, el Govern de la Generalitat preveu fer un important esforç econòmic els propers anys per tal d'incloure en el pressupost sanitari dels exercicis futurs la consignació pressupostària necessària per finançar aquest acord.

Ambdós acords retributius, el de la XHUP i el de l'ICS, representen un pas més en el procés de modernització de les institucions sanitàries a Catalunya, en un entorn de canvi continu i amb l'objectiu de desenvolupar el model sanitari públic a Catalunya, mitjançant la millora de les condicions de treball dels seus professionals.

El juny d'enguany s'han publicat les tarifes de la contractació de serveis sanitaris pel CatSalut per a l'any 2003

La política de contractació de serveis sanitaris de l'any 2003 s'emmarca en els objectius del CatSalut, és a dir, planificar les prioritats de l'atenció sanitària a partir de les necessitats de salut de la població, gestionar les prestacions de manera eficient, millorar la qualitat dels serveis als ciutadans i promoure la participació dels professionals en la consolidació del sistema sanitari català.

Així, s'han determinat, per a l'any 2003, els preus unitaris i la resta de valors pels quals s'estableixen les modalitats de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut. La contractació fa referència al preu unitari mitjà de l'alta hospitalària, la consulta externa, les urgències, la cirurgia menor ambulàtoria, l'hospital de dia i les tarifes de tècniques, els tractaments i els procediments específics.

Així mateix, s'han establert, per a l'any 2003, els valors de les unitats de pagament per a la contraprestació dels serveis que contracta el Servei Català de la Salut duts a terme pels centres sociosanitaris en el marc del programa «Vida als Anys», les tarifes corresponents als serveis d'hospitalització i rehabilitació d'atenció psiquiàtrica i salut mental, la tarifa màxima dels serveis de litotripsi, les tarifes màximes dels serveis d'assistència integrada de pacients susceptibles de malaltia al·lergològica i dels estudis d'hipersensibilitat als medicaments, les tarifes dels serveis de diàlisi, les tarifes màxi-

mes dels serveis de rehabilitació funcional ambulatoria i domiciliària i les tarifes màximes dels serveis de transport sanitari.

S'aprova la nova redacció dels Estatuts del Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya i el canvi de denominació de l'entitat

La IV Assemblea General de la Creu Roja Espanyola va aprovar fer la retirada ordenada i progressiva de l'activitat hospitalària, per la qual cosa, en aquest moment, s'ha considerat convenient canviar el nom del Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya i modificar-ne els estatuts per adaptar-los a una progressiva disminució de la participació de la Creu Roja.

Així, amb l'Acord del Govern de la Generalitat de Catalunya de 5 de novembre de 2002, es va aprovar la nova redacció dels Estatuts del Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya i el canvi de nom d'aquesta entitat, que, a partir d'ara, es diu Consorci Sanitari Integral.

Les regions sanitàries de Tarragona i Tortosa passen a denominar-se regió sanitària Terres de l'Ebre

D'acord amb la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, el Decret 114/1994, del 3 de maig, va establir que el Servei Català de la Salut s'ordena en demarcacions territorials denominades regions sanitàries.

Mantenint aquest postulat de la Llei, el Decret 79/2001, del 6 de març, ha creat la Delegació Territorial del Govern de la Generalitat a les Terres de l'Ebre, que abasta territorialment les comarques de les Terres de l'Ebre, amb la finalitat de garantir-hi una gestió coordinada i eficaç en les matèries que les afecten i que són competència de la Generalitat de Catalunya.

Així, pel que fa a l'estructura sanitària, s'han modificat els apartats del Decret de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut corresponents a les regions sanitàries de Tarragona i Tortosa. Aquesta zona ara rep el nom de regió sanitària de les Terres de l'Ebre. Des d'aquest moment, hi ha una nova distribució dels sectors sanitaris d'ambdues regions sanitàries:

La regió sanitària de Tarragona és integrada pels sectors sanitaris de l'Alt Camp, el Baix Penedès, la Conca de Barberà, el Tarragonès, el Baix Camp i el Priorat. La regió sanitària de les Terres de l'Ebre és integrada pels sectors sanitaris de la Ribera d'Ebre, la Terra Alta, el Baix Ebre i el Montsià.

Es revisa el catàleg de prestacions ortoprotètiques

L'article 3 del Decret 79/1998, del 17 de març, pels quals es dicten normes relatives a les prestacions ortoprotètiques, modificat pel Decret 128/2001, del 15 de maig, estableix que el catàleg de prestacions ortoprotètiques s'ha d'aprovar per resolució del conseller de Sanitat i Seguretat Social, a proposta del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut.

El contingut actual del catàleg, el va establir la Resolució SSS/2177/2003, del 24 de juliol, per la qual es va modificar el catàleg de prestacions ortoprotètiques, i va ser prorrogat per a l'any 2003 mitjançant la Resolució SSS/3748/2002, del 10 de desembre.

Per tot això, d'acord amb el que estableix l'article 3 esmentat i amb la proposta prèvia del Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, en la sessió de 24 d'abril de 2003, s'ha aprovat la revisió del catàleg de prestacions ortoprotètiques que regeix a Catalunya.

Es crea l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM)

La Llei 31/2002, del 30 de desembre, de mesures fiscals i administratives, crea l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, organisme autònom de caràcter administratiu, amb la finalitat de fer la inspecció, l'avaluació i el seguiment dels processos mèdics i sanitaris corresponents a les prestacions del sistema de la Seguretat Social en matèria d'incapacitats laborals, i també les evaluacions mèdiques dels treballadors amb possibles incapacitats per exercir determinades activitats o les funcions pròpies del seu lloc de treball.

Així mateix, l'ICAM dictamina sobre l'adequació de les actuacions sanitàries del sistema sanitari de cobertura pública a la bona pràctica professional, en el marc dels procediments de responsabilitat patrimonial.

Es crea el Consorci Sanitari de Mollet del Vallès

Amb la denominació Consorci Sanitari de Mollet del Vallès s'ha constituït un consorci en el qual participen el Servei Català de la Salut, l'Ajuntament de Mollet del Vallès i la fundació privada Hospital de Mollet del Vallès.

L'objectiu del Consorci és l'execució d'activitats hospitalàries, assistencials, preventives, rehabilitadores, docents i d'investigació, al servei, principalment, de la població resident al municipi de Mollet del Vallès, la comarca del Vallès Oriental i la seva àrea sanitària d'influència.

PUBLICACIONS FULLS ECONÒMICS DEL SISTEMA SANITARI

► Fulls Econòmics del Sistema Sanitari

- Revista



► Monografies

- 1 • La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
- 2 • La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública en el marc del Servei Català de la Salut: finançament i gestió
- 3 • El sector de la Sanitat com a sector de serveis
- 4 • El sector econòmic de la sanitat i Maastricht
- 5 • El repte actual de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya: la qualitat és cosa de tots



► Col·lecció "Els llibres de Fulls Econòmics"



- Institut Català de la Salut. Pressupost 1989. Avantprojecte
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1990
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1991
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1992
- Estudi del sistema de finançament autonòmic de la sanitat
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1993
- Estudi del valor afegit del sector de la sanitat i la seva relació amb altres branques d'activitat a Catalunya
- Creixement, ocupació i tecnologia en el sector hospitalari espanyol
- L'eficiència dels hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats
- Anàlisi de la producció i els costos en un hospital de malalts aguts
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1994
- Anàlisi econòmica de la sanitat
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1995
- Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1997
- El pressupost sanitari 1998
- El pressupost sanitari 1999
- El pressupost sanitari 2000
- La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades
- La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris
- El pressupost sanitari 2001
- El pressupost sanitari 2002
- El pressupost sanitari 2003



► Informes



- 1 • El Servei Català de la Salut i la nova organització de l'assistència sanitària pública a Catalunya
- 2 • La població, el consum de serveis i l'organització sanitària: opcions per a la millora en l'assignació dels recursos
- 3 • La Central de Balanços del Servei Català de la Salut
- 4 • La reordenació de la rehabilitació a Catalunya
- 5 • La transició dels serveis sanitaris públics universals als sistemes nacionals d'assegurança
- 6 • L'affectació d'impostos especials al finançament del sistema sanitari
- 7 • Relacions organitzatives en el Servei Català de la Salut
- 8 • La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1993-1997
- 9 • La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1997-1999

Aquestes publicacions les podeu trobar a les llibreries de la Generalitat:

- Rambla dels Estudis, 118 08002 Barcelona Telèfon 93 302 64 62
- Gran Via de Jaume I, 38 17001 Girona Telèfon 972 22 72 67
- Rambla d'Aragó, 43 25003 Lleida Telèfon 973 28 19 30
- Llibreria Blanquerna Serrano, 1 28001 Madrid Telèfon 91 431 00 22
- Plaça de Joan Payrà, 7 Perpinyà Telèfon 00 33 468 343 374



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

www.gencat.net/catsalut



La reforma de la atención primaria en Cataluña

Sumario

EDITORIAL	1
ENTORNO ECONÓMICO	
La reciente evolución de la economía catalana, por el Departamento de Economía y Finanzas	2
CUESTIÓN DE FONDO	
La reforma de la atención primaria de salud, por Joan Antoni Ponsà, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet y Concepció Violan	3
El modelo de atención primaria de Cataluña frente a una realidad cambiante. El Plan de mejora de la atención primaria, por Josep Fusté, Carme Lacasa, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Miquel Olivet, Joan Antoni Ponsà y Concepció Violan	5
PÁGINAS DE GESTIÓN	
Gestión de la calidad en la atención primaria. El modelo del Grupo Sagessa, por Lluís Nualart i Berbel	8
La gestión de la prescripción farmacéutica, por Núria Riera i Molist	9
La dirección clínica en la atención primaria, por Joan Gené Badia y Mercè Marzo Castillejo	12
Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios, por Joan Antoni Ponsà, Sílvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet, Concepció Violan, Joaquim Bañeres, Joan Ferrer, Carola Orrego y Rosa Suñol	14
Gestión de la compra de atención especializada, por Albert Ledesma Castelltort	17
La atención primaria de salud en el marco de los sistemas de pago capativo, por Rafael López, Concepció Violan, Josep Fusté, Ricard Ballbé y Francesc Brosa	19
COLABORACIÓN	
Análisis de los modelos organizativos europeos en el ámbito de la atención primaria, por Guillem López Casasnovas e Ivan Planas Miret	22
ACTUALIDAD	24

Esta separata contiene la traducción al castellano de todos los textos del documento original en lengua catalana. Para la consulta de gráficos, tablas, notas y referencias bibliográficas, el lector deberá utilizar el documento original.



**Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social**

EDITORIAL

La atención primaria de salud es el tema de análisis de este número 37 de *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. Este año ha finalizado el proceso de reforma de la atención primaria (RAP), iniciado en 1986, y el objetivo de la publicación que tienen en sus manos ha sido reunir un conjunto de artículos que, desde la pluralidad de los avances en todos los ámbitos de gestión de la atención primaria y desde la diversidad de proveedores que han participado, nos permitan reflexionar sobre las aportaciones de la RAP, sobre los aspectos a mejorar y sobre las exigencias de futuro.

Este número se ha estructurado en tres grandes apartados: la «Cuestión de fondo», las «Páginas de gestión» y la «Colaboración».

En el apartado «Cuestión de fondo» se incluyen dos artículos elaborados por profesionales de la División de Atención Primaria del CatSalut.

El primer artículo, «La reforma de la atención primaria de salud», revisa lo que ha sido el proceso de la RAP en Cataluña, una de las reformas de mayor envergadura realizadas en el sistema sanitario de Cataluña, y apunta las principales dificultades que se han ido encontrando en su aplicación (recursos económicos y disponibilidad de infraestructuras) y cuáles han sido y son las especificidades propias del modelo catalán (diversificación de la provisión y contrato de servicios). Se constata que el proceso de desarrollo de la RAP a lo largo de estos años ha comportado la progresiva implantación de un modelo de atención primaria de salud que ha permitido conferirle el papel de primer peldaño de acceso de la población a la asistencia sanitaria y transformarlo en el nivel asistencial que ha facilitado la integración equilibrada de la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad. Sin embargo, tal y como expresan los mismos autores, la finalización del proceso de implantación de la RAP no es ningún punto de llegada, sino que las nuevas exigencias nos obligan a hablar, paralelamente, del Plan de mejora de la atención primaria.

El segundo artículo, «El modelo de atención primaria de Cataluña frente a una realidad cambiante. El Plan de mejora de la atención primaria», apunta las líneas estratégicas necesarias para adecuar los servicios de atención primaria, un modelo que, en esencia, continúa siendo válido ante los nuevos retos. Este Plan de mejora ha sido elaborado con la participación de los principales estamentos que actúan en este ámbito (planificadores, gestores, profesionales) y se basa en tres grandes ejes, que tienen que guiar el proceso de mejora y adaptación de la atención primaria: el protagonismo y la capacidad de elección de los ciudadanos; la autonomía y la responsabilización de los profesionales, y la conceptualización de la aten-

ción primaria como vertebradora del sistema de salud.

Se establecen cinco líneas estratégicas: adecuar la respuesta de la atención primaria a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos/clientes; mejorar el valor y los resultados de la atención primaria; adecuar la relación con los proveedores con el fin de asegurar la respuesta a las necesidades y expectativas de los asegurados del CatSalut y garantizar la sostenibilidad del sistema; mejorar la satisfacción y la motivación de los profesionales de la atención primaria y potenciar su implicación, y hacer de la información un instrumento de calidad y otorgar a la evaluación un papel central, de acuerdo con el modelo de atención primaria. Para cada una de estas líneas estratégicas se apuntan las propuestas de actuación cuya operativización corresponde tanto al CatSalut como a las entidades proveedoras, mediante los planes operativos de actuación de cada institución y las actuaciones que se prioricen en los contratos para cada ejercicio.

En el apartado «Páginas de gestión» se incluyen seis artículos elaborados por diversas entidades proveedoras de atención primaria de salud en Cataluña, en los que se analizan experiencias concretas en los diversos ámbitos de la gestión.

El artículo «Gestión de la calidad en la atención primaria. El modelo del Grupo Sagessa» define el concepto de la calidad como un esfuerzo constante de aseguramiento y mejora, cuyo objetivo final son los clientes, sus necesidades y sus experiencias, abonado por el compromiso de los profesionales en una organización y un sistema de gestión eficaces y por la disponibilidad de los medios necesarios en el contexto que atribuya la planificación sanitaria. El proceso de mejora de la calidad iniciado por el Grupo Sagessa ha adoptado, como modelos de evaluación complementarios, el modelo europeo de calidad total (EFQM) y el modelo de acreditación de la Joint Commission, y la valoración que se realiza de todo este proceso es el que ha permitido implantar una nueva cultura de la calidad, según la cual la calidad ya no se percibe como una imposición de la dirección sino que pasa a ser una herramienta imprescindible en la toma de decisiones cotidianas de la organización.

El artículo «La gestión de la prescripción farmacéutica» del PAMEM expone la importancia de la gestión de la prescripción farmacéutica que implica racionalizar el uso de los recursos farmacéuticos, tanto desde el punto de vista sanitario como económico, es decir, incrementar la calidad y la seguridad de la prescripción, y la eficiencia de las intervenciones, lo que requiere necesariamente una actuación conjunta, coordinada y coherente de todos los agentes implicados, incluidos los propios usuarios, cuya responsabilización también debe conseguirse. No se trata de gastar mucho o poco, sino de gastarlo correctamente y a un coste sostenible. Entendiendo que la prescripción de me-

dicamentos es el resultado final de un proceso de decisión, el artículo apunta diferentes elementos a tener en cuenta en la gestión de la prescripción farmacéutica desde la perspectiva del proveedor: elementos de soporte a la prescripción (tecnologías de la información y comunicación; información; evidencia científica); elementos para la evaluación y la mejora de la utilización de medicamentos (indicadores; revisión de tratamientos farmacéuticos; educación sanitaria), y elementos de motivación profesional (formación, incentivos). El artículo también apunta, como elementos de futuro, la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación, que permiten superar barreras físicas y relacionales entre los profesionales sanitarios y la población, el establecimiento de la receta electrónica, la progresiva asunción de las guías de práctica clínica y de la historia clínica informatizada para las enfermedades crónicas más prevalentes, los programas de gestión de patologías (*disease management*) en el abordaje de enfermedades crónicas, y los programas de gestión de salud (*health management*).

El artículo «La dirección clínica en la atención primaria», elaborado por la División de Atención Primaria del ICS, presenta la experiencia y los primeros resultados conseguidos después de prácticamente cuatro años de implantación de la dirección clínica. La conclusión fundamental es que la dirección clínica, a diferencia de las estrategias basadas en la productividad y la contención de costes, aporta un lenguaje comprensible, tanto para los profesionales, como para los gestores y ciudadanos. Por lo tanto, es una técnica basada en la evidencia, la gestión del conocimiento y la calidad total, adecuada para modernizar organizaciones sanitarias públicas y complejas como el ICS; es bien aceptada por los profesionales y los resultados son satisfactorios para los usuarios. El artículo repasa los principales instrumentos de la dirección clínica del ICS: el contrato, el nuevo organigrama del ámbito de la primaria del ICS, un modelo retributivo basado en los objetivos y la carrera profesional, la informatización y el despliegue de instrumentos que tienen que permitir acercar las evidencias a los profesionales (recomendaciones de prescripción de pruebas diagnósticas, guías de práctica clínica, comité de evaluación de nuevos medicamentos). Finalmente, este artículo objetiva resultados concretos de esta experiencia en el ámbito de la satisfacción de los usuarios, la atención preventiva y curativa en la consulta, la atención domiciliaria, los productos intermedios y la prescripción farmacéutica.

El artículo «Evaluación de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios» explica el objetivo y los principales resultados del estudio encargado por el CatSalut a la Fundación Avedis Donabedian. El objetivo del estudio ha sido obtener los resultados de un conjunto de indicadores sobre ocho dimensiones de la atención primaria (accesibilidad, práctica clínica y efec-

tividad, continuidad y coordinación, eficiencia, atención comunitaria, estructura, actividad asistencial y satisfacción de los profesionales), destinados a evaluar la atención primaria y la diversificación de la provisión de servicios, y auditar los datos que han proporcionado las entidades proveedoras en el proceso de seguimiento de la evaluación de los contratos de EAP del año 2001. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la situación de los servicios de atención primaria es buena, en términos generales. En cuanto a la diversificación de la provisión se observa que todas las entidades proveedoras pueden sacar provecho de la experiencia de las demás y, al mismo tiempo, también pueden proporcionar elementos de mejora al resto. Desde un punto de vista general, el análisis de los resultados del estudio tiene que permitir dar prioridad, en los contratos, en el marco del Plan de mejora de la atención primaria, a los aspectos de los servicios que se ha demostrado que son mejorables.

El artículo «Gestión de la compra de atención especializada», elaborado por el Equipo de Asistencia Primaria Vic, SL, explica la experiencia del acuerdo entre el CatSalut y el EBA Equipo de Asistencia Primaria Vic, SL de gestión de una parte del presupuesto de la atención especializada que presta servicio a los ciudadanos adscritos a la ABS Vic 2. El acuerdo nació a partir de la hipótesis de que para mantener una relación eficiente con diferentes niveles asistenciales era preciso establecer una relación contractual con entidades, con una contraprestación económica, y que hacia falta que la atención primaria asumiera más competencias y que la atención especializada participara activamente en este proceso de cambio en la organización asistencial. El artículo explica el impacto que tiene la gestión de un presupuesto de gestión de la atención especializada sobre el grado de resolución de la atención primaria, la relación entre niveles asistenciales, la accesibilidad y la calidad de las derivaciones, y el impacto que puede tener la compra de servicios de base capitativa en experiencias de gestión de este tipo.

El artículo «La atención primaria de salud en el marco de los sistemas de pago capitativo» abre una nueva perspectiva del sistema de pago de la atención primaria en el marco de la asignación de un presupuesto por capítulo al conjunto de proveedores que operan en un territorio. El artículo repasa la evolución del sistema de pago de los equipos de atención primaria, analiza cuáles tendrían que ser las características básicas de un sistema capitativo de pago de la atención primaria y el encaje de la atención primaria en las experiencias de compra integral de servicios de base poblacional. El modelo de compra capitativa pretende superar los problemas que genera la actual compra, fraccionada por líneas de servicios, y evolucionar hacia la compra integral de servicios de salud. En el marco de la compra capitativa, el conjunto de proveedores del territorio debe estudiar cuál

es el dispositivo asistencial más pertinente para atender a cada paciente o a cada aspecto de la atención en términos de resolución y coste de oportunidad y estimular la atención compartida entre niveles. Este marco es una oportunidad para potenciar el papel de la atención primaria.

Finalmente, en el apartado «Colaboración», se incluye un artículo elaborado por el Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, «Análisis de los modelos organizativos europeos en el ámbito de la atención primaria». En primer lugar, este texto concreta la definición de atención primaria que utiliza como base (Starfield) y que identifica las principales características de la atención primaria con la puerta de entrada al sistema; la asunción de una responsabilidad longitudinal sobre los pacientes, independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad, y la integralidad de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud. Sobre la base de este concepto, el artículo analiza la situación de la atención primaria en Europa desde estas tres vertientes: filtro, longitudinalidad y universalidad, y diferencia los tres modelos de atención primaria europeos: los de los países con sistemas nacionales de salud, los de los países con Seguridad Social y los de los países con modelo Semashko (ex soviéticos). El artículo también incluye cuadros comparativos muy interesantes referentes a la atención primaria en los países europeos sobre aspectos como el grado de participación financiera de los usuarios vinculados a la atención primaria, así como elementos característicos de la atención primaria de los diversos países, en lo que concierne a aspectos como la población con derecho a cobertura, la libre elección, la gratuidad, el pago, el papel de filtro y el modelo organizativo prevalente.

Este número de *Fults Econòmics* es especialmente relevante. En primer lugar, porque –como decíamos– aborda uno de los procesos de reforma más estratégicos de nuestro sistema sanitario y recoge la integralidad de los diversos ámbitos de gestión de la atención primaria, con la participación y la colaboración de la diversidad de entidades proveedoras de atención primaria en Cataluña. En segundo lugar, porque la calidad conceptual y estructural de los artículos merece una especial relevancia, aspecto a advertir a los lectores y agradecer a los profesionales que han colaborado, ya que nos permite observar la evolución y la madurez de las experiencias de gestión en este nivel de la atención sanitaria. Y finalmente, porque todos los artículos aportan no sólo experiencias y propuestas que nos permitirán garantizar el proceso de mejora de la atención primaria en Cataluña, desde el punto de vista de la integralidad de la atención y la gestión de los servicios, de la participación de los profesionales y de la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos. •

ENTORNO ECONÓMICO

La reciente evolución de la economía catalana

La economía catalana presenta un ritmo de crecimiento bastante estable, que en el segundo trimestre se sitúa en un 2,2%. La nota predominante en el contexto internacional es la debilidad económica, especialmente acusada en la Unión Europea y, dentro de ésta, en Alemania, lo que explica la debilidad de la demanda exterior experimentada por la economía catalana. El aspecto más relevante de la actual coyuntura es la mejora de la inversión en bienes de equipo.

La economía catalana, en la primera mitad del 2003, ha seguido una pauta de evolución similar a la de los dos últimos ejercicios. En el segundo trimestre, el primer avance de datos sitúa la evolución del PIB en términos de valores corregidos de efectos estacionales y de calendario en un 2,2%, tasa ligeramente superior a la obtenida en el primer trimestre, de un 2,1%.

El comportamiento de la economía catalana en esta primera mitad del año se inscribe en un contexto internacional de debilidad económica que, a pesar de la superación de las principales incertidumbres en torno al conflicto bélico de Irak y de las sucesivas reducciones del coste del dinero, tanto en Estados Unidos como en la zona del euro, no se acaba de elevar. Esta debilidad económica se acusa especialmente en la Unión Europea y, dentro de ésta, en Alemania. Ello explica la debilidad de la demanda exterior en Cataluña y dibuja en estos momentos un panorama poco propicio para la continuidad de la mejora relativa experimentada durante los meses de marzo y abril, sobre todo si se considera que, además de la debilidad del mercado de la Unión Europea, la apreciación del euro frena el acceso a otros mercados.

El aspecto que toma mayor relevancia en este contexto incierto de la economía es la reanudación de la inversión en bienes de equipo detectada por los resultados macroeconómicos trimestrales del Instituto de Estadística de Cataluña, reanudación que se inició en el último trimestre del 2002 y que se ha afianzado durante el primer trimestre de este año, a pesar del clima internacional adverso de este periodo. Esta tendencia de mejora de la inversión está avalada también por los resultados de la encuesta de inversión en las empresas industriales que elabora la Dirección General de Industria del Departamento de Trabajo, Industria, Comercio y Turismo. En efecto, la última encuesta de inversión industrial de primavera permite realizar unas previsiones de inversión para el 2003 que recuperan valores positivos en términos corrientes, después de la reducción iniciada a finales del 2001, que se agudizó a principios del 2002, para ir enderezándose –aunque manteniendo valores negativos– en el transcurso del año.

La actividad industrial presenta una mejora relativa de la segunda mitad del año pasado a ahora, con una dinámica que sigue de cerca la de la demanda exterior del sector. El clima industrial, en el mes de junio, todavía muestra la incertidumbre como característica dominante, según las opiniones empresariales del sector.

El sector de la construcción continúa manteniendo un fuerte ritmo de actividad. El elevado volumen de obra pública en construcción y un nuevo incremento del número de viviendas iniciadas durante el primer trimestre avalan esta fortaleza, que, por otra parte, también queda patente en el importante incremento del número de afiliados a la Seguridad Social en este sector.

En cuanto al sector de servicios, los resultados del segundo trimestre muestran una ligera mejora, derivada del reforzamiento del consumo privado y del sector turístico, tal como detectan, entre otros, los datos del número de afiliados a la Seguridad Social en las actividades relacionadas con el comercio, los servicios personales, la hostelería y los servicios turísticos en general.

Finalmente, las previsiones de este momento en lo referente al sector agrario son de una reducción de la producción final agraria de un 2,3%, según estima el Departamento de Agricultura, Ganadería y Pesca. Esta reducción se debe, básicamente, a la caída de la producción final agrícola, que, si se confirman los pronósticos, será de un 6% en relación con la campaña anterior y afectará a las producciones agrícolas de manera generalizada, excepto en el caso de la fruta fresca, para la que se espera una recuperación de los niveles más normalizados, después de los malos resultados del año pasado. En el subsector ganadero se prevé una ligera reducción de un 0,1%, con un descenso más acusado de la producción de animales, que se compensará, en parte, por el incremento de los productos de origen animal (leche y huevos).

Desde la vertiente de la demanda, los datos del Instituto de Estadística –que abarcan hasta el primer trimestre de este año– manifiestan un incremento de la demanda interna, la cual, desde el último trimestre del 2002, supera el crecimiento del PIB. La mayor aportación de la demanda interna es compensada por una contribución negativa del sector exterior, que en el segundo trimestre es de -0,6 puntos y que es producto, por una parte, de una aportación negativa de 0,7 puntos de los intercambios con el extranjero (que reciben el impacto de la debilidad de las exportaciones y, sobre todo, del peso de la factura energética y del incremento de las importaciones en general) y, por la otra, de una aportación positiva de 0,1 puntos de los intercambios comerciales de bienes y servicios con el resto del Estado.

El incremento que experimenta la demanda interna proviene del aumento del gasto en consumo privado de los hogares, que avanza hasta un 2,2% sobre un crecimiento de un 1,8% en el último trimestre del año anterior, y de la mejora de la formación bruta de capital,

que tiene como componente impulsor a la inversión en bienes de equipo, que es uno de los factores más positivos de la actual coyuntura. Finalmente, el gasto en consumo de las administraciones públicas se mantiene con un crecimiento de un 4,1%.

En consonancia con la mejora relativa de la actividad económica que detectan los indicadores de la economía, la dinámica empresarial mantiene también una moderada trayectoria de recuperación, que se manifiesta en el ritmo de actividad, la ampliación de las plantillas y los beneficios.

En el ámbito laboral, la marcha de la economía se concreta en un incremento de la ocupación que, según la evolución del número de afiliados a la Seguridad Social, es de un 2,8% hasta el mes de mayo. Los sectores que generan mayor ocupación son los de la construcción y servicios, que incrementan el número de afiliados en un 4,7% y un 4,2%, respectivamente. La industria, por el contrario, continúa perdiendo ocupación en una tasa de un 1,2%.

La evolución de la inflación, después de los elevados crecimientos experimentados del pasado año, se ha ido moderando hasta llegar a un crecimiento estabilizado en un 3,1% en los meses de mayo y junio. Las tensiones se han suavizado en la mayoría de sus componentes y la inflación subyacente presenta también una evolución más favorable. El principal factor determinante de esta tendencia descendente ha sido la evolución más favorable de los precios de los carburantes, derivada tanto de la menor presión del precio del petróleo como de la apreciación del euro frente al dólar, con el efecto de abaratamiento que ello representa para el consumo energético. •

**Dirección General de Programación Económica
Departamento de Economía y Finanzas**

Artículo elaborado en fecha 4 de septiembre de 2003

CUESTIÓN DE FONDO

La reforma de la atención primaria de salud

Este artículo revisa lo que ha sido el proceso de reforma de la atención primaria de salud en Cataluña y hace un balance sumario, ya que finaliza en el 2003. Después de una pequeña reseña histórica sobre sus orígenes y objetivos iniciales, realiza una valoración de sus principales características, remarcando especialmente el análisis de las dificultades de orden diverso que ha ido encontrando, en cuanto a los recursos económicos o a la disponibilidad de infraestructuras, entre otros asuntos, y en las especificidades propias del modelo catalán, como la diversificación de la provisión o el contrato de servicios.

Pequeño apunte histórico

La entrada en funcionamiento, en el año 1986, de los primeros equipos de atención primaria (EAP) en Cataluña significó el inicio

efectivo en nuestro país del proceso de reforma de la atención primaria de salud (RAP). Hay que recordar los precedentes constituidos por las primeras aportaciones de cambios conceptuales y organizativos realizadas por los centros adscritos a la antigua Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Barcelona: Just Oliveres (Hospitalet de Llobregat) y Cornellà (Cornellà de Llobregat), y también la experiencia protagonizada por cuatro centros piloto: Canteres (Barcelona), Ciutat Badia (Badia del Vallès), La Mina (Sant Adrià de Besòs) y Vila-roja (Girona)^[1, 2, 3, 4]. Esta reforma nació con el propósito de superar el modelo asistencial del momento, caracterizado esencialmente por el predominio casi absoluto de la atención curativa a demanda de la población usuaria, por el trabajo individual de los profesionales asistenciales y por la falta de orientación de la oferta asistencial hacia la atención al cliente.

El proceso de desarrollo de la RAP a lo largo de estos años ha comportado la progresiva implantación de un nuevo modelo, que propiciase que la atención primaria de salud pudiera desarrollar su papel como primer peldaño de acceso de la población a la asistencia sanitaria y transformarse, de este modo, en un nivel asistencial cualitativamente diferente, con el fin de integrar de forma equilibrada la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad.

Los instrumentos estructurales básicos para la planificación de esta reforma han sido la delimitación de un marco territorial, que ha permitido una sectorización operativa de la red asistencial, mediante la creación de las áreas básicas de salud (ABS), y la implantación progresiva de los EAP. Las ABS son las unidades territoriales elementales para la prestación de la asistencia primaria de acceso directo de la población y la delimitación de estas unidades se determina atendiendo a factores geográficos, demográficos, sociales y epidemiológicos homogéneos. Los EAP se definen como conjuntos pluridisciplinarios de profesionales sanitarios y no sanitarios, responsables de la atención primaria de salud de la población que tienen asignada (actualmente, la población residente en la zona que comprende la ABS). Los EAP están integrados por ocho categorías profesionales: médicos de familia, pediatras, odontólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y personal no sanitario de apoyo (auxiliares administrativos y celadores)^[5].

Los objetivos iniciales

Asumiendo el hecho de que la atención a la salud es un proceso muy complejo, en el que el objeto último de sus diversas actuaciones es la persona en su delicada calidad de ser humano y en su dimensión de ciudadano, parecía evidente la necesidad de que la RAP introdujera cambios en los contenidos de los servicios, con la finalidad de adecuarlos a una visión integral de la salud y a la consideración de la misma como un derecho básico de los ciudadanos.

En este sentido, las mejoras que perseguía la implantación de los EAP se centraban, por una parte, en importantes aspectos organizativos como, por ejemplo, una dedicación horaria más amplia de los profesionales y el establecimiento de condiciones de trabajo que facilitaran el trabajo en equipo, y, por la otra, en la definición de las funciones asignadas a los miembros de los EAP y los ámbitos funcionales a los que se referían (atención directa y salud de la comunidad) explicitaban claramente los cambios cualitativos y conceptuales en cuanto a los contenidos del trabajo de estos profesionales: además de la atención curativa, se asignó a los EAP la ejecución de programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, la atención rehabilitadora, la participación en programas de docencia y formación, la elaboración y ejecución de programas de investigación, la realización de estudios clínicos y epidemiológicos, la elaboración del diagnóstico de salud, la autoevaluación y la documentación y la información sanitarias, añadiendo también el componente de trabajo social propio de este nivel de atención^[5, 6].

Aunque se ha logrado la parte más sustancial de estas mejoras y aunque la RAP ha comportado un cambio importante en la orientación de los servicios de atención primaria y una mejora notable de la calidad de la atención sanitaria que recibe la población en este nivel asistencial, hay que admitir que la dilatación en el tiempo del proceso y determinadas dificultades de orden diverso surgidas a lo largo del mismo han hecho que algunos aspectos conceptualmente relevantes de la RAP no se hayan desarrollado tanto como sería deseable, como es el caso de la salud de la comunidad y de la investigación en atención primaria^[7]. Además, a lo largo de estos años, las expectativas de los ciudadanos en relación con la atención a la salud han evolucionado mucho, en el sentido de plantear un grado más alto de exigencia, de acuerdo con los nuevos patrones culturales de utilización de los servicios.

Las dificultades del proceso

A pesar de que determinadas previsiones iniciales situaban la finalización de la RAP en 1996^[8], ha sido necesario prorrogar sucesivamente los plazos, atendiendo a las dificultades y las resistencias a las que se ha enfrentado este proceso de cambio (tabla 1, página 9 del documento original en lengua catalana)^[9].

La principal dificultad se ha relacionado con el importante incremento del gasto a corto plazo que ha comportado la implantación de la RAE. Aunque es imprescindible rehuir de una valoración simplista y analizar este incremento desde una perspectiva global y a medio plazo, con lo que se ponen de manifiesto los elementos de eficiencia que una atención primaria de salud de calidad aporta al sistema, claro está que ha hecho falta utilizar unos recursos económicos muy importantes. Estos recursos han sido destinados fundamentalmente, por una parte, a un incremen-

to drástico de los recursos humanos (de manera muy especial, del personal de enfermería y del personal administrativo, pero también de pediatras, odontólogos y asistentes sociales) y, por la otra, a la construcción y equipamiento de nuevos centros de atención primaria y consultorios locales o a la remodelación de los centros asistenciales ya existentes. Las limitaciones derivadas de un marco político-económico restrictivo desde el punto de vista de la financiación de la sanidad catalana y de la contención del gasto público (gráfico 1, página 10 del documento original en lengua catalana)^[10] y de una estructura funcional del presupuesto sanitario decentrada hacia la atención especializada y con un peso creciente del gasto farmacéutico (gráficos 2^[11-22] y 3 página 10 del documento original en lengua catalana^[23-28]) han moderado el ritmo deseable de incremento, en términos absolutos y relativos, de las dotaciones presupuestarias correspondientes (tabla 2, página 10 del documento original en lengua catalana)^[11-22].

También, y en lo que concierne a la construcción de nuevos centros, se ha añadido una dificultad adicional en determinados municipios de carácter urbano, donde la escasez de suelo disponible para equipamientos ha retrasado la disponibilidad de muchas infraestructuras sanitarias necesarias para la entrada en funcionamiento de los equipos de atención primaria.

Finalmente, y a pesar del apoyo sobradamente mayoritario que el estamento asistencial ha otorgado a la RAP, el hecho de plantear desde la Administración el carácter voluntario de su integración en los EAP del personal con plaza en régimen de propiedad (médicos y practicantes titulares de la sanidad local, personal sanitario del Instituto Catalán de la Salud) ha comportado el retraso de la puesta en funcionamiento de un número importante de EAP^[5, 29], y también un cierto incremento de su coste de funcionamiento.

El modelo catalán

Paralelamente al desarrollo de la RAP y siguiendo la tendencia de diversas reformas de los sistemas sanitarios europeos de mejora de la eficiencia del sistema sanitario y la calidad de los servicios, preservando la equidad en la prestación^[30], el modelo sanitario público catalán se ha orientado explícitamente desde hace algunos años hacia el reconocimiento y la formalización de una determinada distribución de funciones entre las diversas instancias que conforman el sistema sanitario. De una manera esquemática, esta orientación permite identificar los siguientes niveles: legislativo y ejecutivo (Parlamento y Gobierno), financiador y planificador (Departamento de Sanidad y Seguridad Social), comprador de servicios (Servicio Catalán de la Salud), proveedores de servicios (Instituto Catalán de la Salud y otras entidades proveedoras), asistencial (profesionales) y ciudadanos (usuarios)^[31].

El elemento más característico de esta distribución de funciones, posibilitada desde el

punto de vista normativo por la promulgación, en 1990, de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC)^[7, 32], ha sido la separación entre la financiación, la planificación y la compra de servicios, por una parte, y la provisión por la otra; este hecho ha dado lugar al inicio del proceso de diversificación de la provisión de los servicios de atención primaria, con la permeabilidad consiguiente en nuevas fórmulas de gestión, incluida la posibilidad de gestión directa por los mismos profesionales, facilitando mayor dinamismo en la búsqueda de soluciones específicas y flexibles para los problemas complejos que tiene que abordar la gestión sanitaria. El nacimiento de este proceso de diversificación, además de ser una consecuencia, fácilmente previsible, de la mencionada distribución de funciones, respondía también a diversos condicionantes y propósitos que no entran por ellos mismos en contradicción con la apuesta por la sanidad pública, en contra de lo que se ha postulado desde algunos ámbitos de opinión y algunos medios de comunicación.

En primer lugar, cualquier reforma que se pusiera en marcha tenía que tener en cuenta la estructura productiva del sector de servicios sanitarios en Cataluña, que, cuando se inició la RAP, no partía de cero sino que, tal como hace patente el modelo tradicional de provisión de servicios de atención especializada en lo que concierne a los hospitales concertados, ya incluía un amplio abanico de entidades proveedoras de servicios sanitarios de diversa naturaleza jurídica (pública, privada y mixta), pero que proveían servicios integrados en la red hospitalaria de utilización pública (XHUP)^[33]. En el nivel asistencial de atención primaria previo a la RAP y durante los primeros años de su implantación, menos en el caso concreto de las mutualidades laborales con una amplia implantación en Cataluña, existía, sin embargo, un único proveedor de servicios, de carácter público, el ICS, que proporcionaba cobertura asistencial al conjunto de la población mediante su personal propio (personal estatutario) o, en el ámbito rural, a través de los profesionales titulares de la sanidad local (médicos y practicantes de APD).

En segundo lugar, el modelo de gestión representado por el ICS comportaba algunas dificultades importantes que era preciso superar, relacionadas básicamente con su escasa flexibilidad en la gestión de los recursos humanos y económicos y con unas dimensiones gigantescas de la organización que le añadían complejidad estructural y funcional a su gestión, en una perspectiva, además, de gran crecimiento a corto y medio plazo; en este sentido, la introducción de nuevas fórmulas de gestión en el ámbito de los servicios de atención primaria podía actuar como un estímulo para la transformación del ICS en una auténtica empresa pública de servicios, o en un conjunto de empresas públicas de servicios, con una estructura organizativa y unas herramientas de gestión adecuadas que facilitaran la mejora continuada de la calidad en la prestación de los servicios y la eficiencia en la gestión de los recursos.

Esta transformación del ICS tenía que dar respuesta también a la necesidad de que hubiera una entidad proveedora de servicios de atención primaria que dependiera directamente de la Administración sanitaria, mayoritaria, potente y con grados de excelencia en la prestación de servicios, que actuara como referente y como garantía de la preeminencia del sector público en este ámbito.

Finalmente, aunque con la misma importancia, la desaparición de un tipo de provisión de los servicios de atención primaria de carácter monopolístico y la introducción de determinados mecanismos de competitividad, en un entorno de mercado regulado, proporcionaba al modelo elementos objetivos favorecedores de actitudes eficientes, dinámicas y proactivas que disminuían el riesgo de un cierto inmovilismo o una cierta pasividad.

A la hora de clarificar los equívocos y las confusiones producidos en los últimos tiempos en relación con la mal nombrada «privatización de la sanidad», hace falta tener en cuenta la diferencia existente entre la financiación de los servicios, por una parte, y la provisión y la gestión de éstos, por la otra. Aquello que define esencialmente el carácter público de los servicios es su financiación, es decir, en nuestro caso, el hecho de que los ciudadanos paguen exclusivamente los servicios indirectamente mediante sus impuestos; la titularidad de la gestión del servicio no modifica este hecho ni la cartera de servicios a los que tienen derecho los asegurados, y tampoco incrementa el coste del servicio desde el punto de vista del gasto público. Diversificar la provisión significa que la Administración pública cede, únicamente, la gestión de los servicios sanitarios a diversas entidades proveedoras, de naturaleza jurídica también diversa, no privada forzosamente. De hecho, actualmente, sólo una minoría de EAP de provisión alternativa al ICS está gestionada por entidades proveedoras privadas o mixtas; la mayor parte está gestionada por entidades proveedoras constituidas por entidades públicas, por consorcios públicos (con participación, o no, de fundaciones privadas sin ánimo de lucro) o por sociedades con una forma jurídica privada (SA, SL), pero que dependen de entidades con capital público al cien por cien (tabla 3, página 11 del documento original en lengua catalana)^[9].

Hay que reconocer que existen algunas posiciones políticas y algunas corrientes de opinión que defienden la posibilidad de un seguro sanitario privado alternativo o la financiación mixta, pública y privada, de los servicios sanitarios (situación, esta última, que ya se produce de hecho en el caso de la prescripción farmacéutica). Sin embargo, es erróneo y simplista afirmar que, detrás de las posiciones favorables a la diversificación de la provisión de los servicios de atención primaria se esconden forzosamente estas tendencias y el propósito no confesado de facilitar la «privatización de la sanidad».

El modelo de financiación de la sanidad y la condición pública o no pública de los servicios sanitarios no dependerán de si el ICS es

o no el único proveedor de servicios de atención primaria, sino del encargo que los ciudadanos hagan a las fuerzas políticas para que gobiernen los asuntos públicos.

El contrato de servicios

En este contexto, surgió la figura del contrato de servicios de atención primaria, que daba respuesta a la necesidad de disponer de un instrumento que articulara la relación entre el Servicio Catalán de la Salud, como comprador de los servicios sanitarios, y las entidades proveedoras de estos servicios^[29,30,31,34]. La contratación de los servicios de atención primaria de EAP se inició en el año 1992 con el convenio firmado con la entidad proveedora Grupo Sagessa, vinculada a diversos ayuntamientos y consejos comarciales de las regiones sanitarias de Tarragona y las Tierras del Ebro, en relación con los servicios de atención primaria del área básica de salud de Vandellòs y Hospitalet de l'Infant. A partir de este primer convenio, el proceso de contratación se extendió progresivamente al conjunto de servicios de EAP con la firma de nuevos contratos y convenios a lo largo de los años siguientes y con la firma, en el año 1993, del protocolo de colaboración mutua entre el Servicio Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de la Salud.

Por una parte, mediante el contrato, se ha posibilitado incidir en los procesos de planificación sanitaria de carácter directivo y fijar en el conjunto de sus cláusulas los objetivos asistenciales que permitan, por ejemplo, definir la manera cómo tienen que prestarse los servicios, operativizar los objetivos del Plan de salud o explicitar tácitamente, a través suyo, el reconocimiento de la cartera de servicios de atención primaria y garantizar su cumplimiento^[29,30,31,34]. Por otra parte, a lo largo de estos años, el Servicio Catalán de la Salud, en el ejercicio de sus funciones de compra de servicios sanitarios, ha tenido la responsabilidad de valorar el cumplimiento de los contratos por parte de las entidades proveedoras, es decir, de evaluar si las características de los servicios sanitarios prestados se adecuaban a los objetivos contractuales y, en consecuencia, a los criterios de planificación sanitaria adoptados^[30,31,34]. En este contexto, la evaluación de los contratos ha colaborado, además, de manera decisiva a una progresión cualitativa muy importante en relación con la información disponible sobre los servicios sanitarios de atención primaria; tradicionalmente, esta información se refería básicamente a los aspectos más cuantitativos de la actividad asistencial, cuyos datos se reunían de manera automática en los centros; la introducción del contrato de servicios de atención primaria ha hecho evidente la necesidad de disponer de información sobre otros aspectos de los servicios, relacionados con los contenidos asistenciales y los resultados en términos de salud y satisfacción de los usuarios^[35].

Sin embargo, la virtualidad que caracteriza todavía en muchos aspectos al desarrollo del proceso de contratación de los servicios de

EAP ha ayudado a hacer que la evaluación de los contratos haya tenido una trascendencia relativa y unas repercusiones insuficientes en relación con la situación de los servicios y con la actuación de las entidades proveedoras. En este sentido, la ausencia de una auténtica relación contractual con el ICS y la falta de instauración de suficientes mecanismos de competitividad y de incentivación entre las diversas entidades proveedoras (incremento de la oferta de servicios, aumento de la parte variable en el pago, implantación de la libre elección de médico, y por lo tanto, de entidad proveedora por el usuario, etc.) han restado impacto en el proceso de evaluación de los contratos. Parece bastante claro que, en un contexto en el que, con la intención de huir de la burocratización y la rigidez organizativa, se pretende disminuir el peso de los elementos normativos sobre la estructura y el proceso asistenciales en beneficio del control de los resultados y de la satisfacción de los usuarios, es imprescindible que una evaluación de calidad ocupe un papel central y decisivo^[29]. Pese a todo, hay que valorar muy positivamente algunos avances importantes en determinados aspectos de los servicios de EAP que han mejorado progresivamente gracias, entre otros factores, a la evaluación de los contratos y a la consiguiente introducción de prioridades en la contratación de servicios (Programa de atención domiciliaria, ATDOM; Programa de seguimiento del niño sano; implantación de registros de actividad asistencial; coberturas de vacunación; actividades preventivas, etc.)^[23-28, 36-40].

La finalización del proceso de implantación de EAP y el futuro

Después de diecisiete años desde la entrada en funcionamiento de los primeros EAP (en diciembre de 1986, en los municipios de Sabadell y Terrassa) la RAP se ha extendido finalmente en todo el territorio de Cataluña y los 345 EAP que hay actualmente proporcionan cobertura asistencial al conjunto de la población catalana. La situación actual del proceso de diversificación de la provisión de los servicios de atención primaria comporta que el ICS continúe siendo la entidad proveedora ampliamente mayoritaria en este nivel asistencial, con la gestión de un total de 269 EAP (78%), y que se haya cedido la gestión de los 76 EAP restantes (22%) a un conjunto de 37 entidades proveedoras, de naturaleza jurídica diversa: mediante un convenio (entidades de carácter público) para 43 EAP (12,5%) y mediante un concurso (entidades con algún tipo de participación de capital privado) para 33 EAP (9,6%); dentro de este último grupo, las entidades de base asociativa (EBA) gestionan en la actualidad 13 EAP (3,8%) (tablas 3, 4 y 5, páginas 11, 12 y 13, respectivamente, del documento original en lengua catalana)^[9].

A pesar de los importantes avances que ha comportado la RAP, la finalización del proceso de implantación de EAP no es ningún punto de llegada. En efecto, la asunción de

las nuevas orientaciones globalizadoras del concepto de salud y el proceso continuado de cambios culturales, sociales, tecnológicos y científicos en nuestra sociedad hacen que los diversos colectivos que, de una manera u otra, están implicados en la atención de la salud de la población tengan que utilizar continuamente nuevos esfuerzos de progresión y mejora, especialmente meritorios si se tienen en cuenta las limitaciones, de carácter básicamente económico, antes mencionadas.

En un contexto donde las bases conceptuales y organizativas del modelo catalán de atención primaria continúan siendo apropiadas para responder a estos cambios y atender a las nuevas demandas de la población, la operativización, en los años venideros, del Plan de mejora de la atención primaria tendrá que dar respuestas satisfactorias a las necesidades de adaptación y mejora de nuestros servicios de atención primaria. Pero eso ya será otra historia... •

Joan Antoni Ponsà, Silvia Cutillas, Àngels Elias, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet y Concepció Violan

División de Atención Primaria. Área Sanitaria.

Servicio Catalán de la Salud

El modelo de atención primaria de Cataluña frente a una realidad cambiante.

El Plan de mejora de la atención primaria

Con el fin de continuar avanzando en la adecuación de los servicios de atención primaria a los nuevos retos que plantea la realidad cambiante, el CatSalut ha elaborado el Plan de mejora de la atención primaria, con la participación de los principales estamentos que actúan en este ámbito (planificadores, gestores, profesionales). Manteniendo los valores principales del modelo de atención primaria de Cataluña y teniendo en cuenta el contexto del conjunto del modelo sanitario y las exigencias de nuestra sociedad, sus líneas estratégicas se refieren a la adecuación a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos/clientes, la mejora del valor y los resultados de la atención primaria, la adecuación de la relación entre los proveedores y el CatSalut, la satisfacción y la motivación de los profesionales y el desarrollo de los sistemas de información y evaluación.

La reforma de la atención primaria de salud es, probablemente, la reforma de mayor envergadura efectuada en el sistema sanitario de Cataluña en los últimos años. Las mejoras conseguidas con este cambio de modelo, tanto en los aspectos funcionales como organizativos, han sido notables, ya desde un principio^[1]. Se ha pasado de un modelo centrado casi exclusivamente en la atención curativa de las enfermedades a un modelo más integral, que quiere dar respuesta a las necesidades de la población, y dar importancia también a los aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y orientación en la asistencia social.

En todo el territorio catalán se ha producido una renovación intensa de las infraestructuras sanitarias con la construcción y la modernización de centros de atención primaria –CAP– y consultorios locales. El trabajo de los profesionales de la atención primaria ha cambiado radicalmente: se ha adaptado su dedicación horaria y se ha substituido el trabajo individualizado y bastante burocratizado por el trabajo en equipo, que ha comportado un trabajo de mayor calidad y equilibrado entre los diferentes profesionales –especialistas en medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y personal no sanitario de apoyo– que integran el equipo de atención primaria (EAP), con un importante incremento del número de profesionales. En los aspectos más vinculados a la práctica clínica, cabe destacar que se ha implantado totalmente la historia clínica en la atención primaria y se han producido avances importantes en el seguimiento de los enfermos con patología crónica, el despliegue de las actividades preventivas^[2], la atención domiciliaria^[3], la adopción de protocolos y pautas comunes de actuación y la mejora cualitativa de la prescripción farmacéutica^[4,5], por citar algunos ejemplos. Aunque más difícil de valorar, algunos estudios también muestran el impacto positivo de la reforma de la atención primaria en lo concerniente a los resultados, en términos de salud, eficiencia y satisfacción de la población^[6,7]. Además, hay que reconocer el importante peso que tiene la atención primaria en la consecución de los objetivos del Plan de salud de Cataluña^[8] y el papel de los profesionales de la atención primaria como los agentes más activos en su operativización^[9].

Una vez que la reforma de la atención primaria es un hecho indiscutible, y transcurrido un periodo de consolidación lo suficientemente importante, es un momento oportuno para plantearse cuáles son los retos de futuro, teniendo en cuenta todo lo alcanzado y lo que debe mejorar o reorientarse^[10-15]. En este sentido, finalizado el proceso de implantación de los equipos de atención primaria, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) ha elaborado el Plan de mejora de la atención primaria, con el propósito de continuar avanzando en la adecuación de los servicios de atención primaria a los nuevos retos que presenta la realidad.

Como inicio de este proceso, en abril de 2002 se constituyó una comisión de expertos en atención primaria de salud, con el objetivo de recoger su opinión sobre las cuestiones principales a considerar en el Plan de mejora y definir los ámbitos de trabajo para la elaboración del citado Plan. A continuación, y con el fin de identificar las propuestas de mejora, se constituyeron seis grupos de trabajo, con la participación de profesionales asistenciales y de gestión y planificación.

Los referentes principales del Plan de mejora son el propio modelo de atención primaria de salud de Cataluña, la identificación de ámbi-

tos de mejora y las propuestas realizadas por la comisión de expertos y grupos de trabajo mencionados y los resultados de la evaluación de la reforma de la atención primaria, que son objeto de un artículo específico en este mismo número. Por otra parte, en el momento de diseñar la adaptación del modelo de hoy a las exigencias del mañana, hay que tener en cuenta los cambios externos para identificar las amenazas y las oportunidades para la atención primaria que comportan los cambios en el modelo social (población cada vez más informada, más cultura sanitaria, cambio en la estructura familiar, patrón de utilización regido por la inmediatez como valor irrenunciable), la demografía (envejecimiento y explosión de la inmigración), el patrón epidemiológico, la evolución de la tecnología, el contexto económico y las tendencias en la organización general de los servicios de salud (figura 1, página 17 del documento original en lengua catalana).

El modelo continúa siendo válido en esencia, sólo tiene que adaptarse a las nuevas realidades

Las bases conceptuales y organizativas del modelo catalán de atención primaria continúan siendo adecuadas para afrontar los cambios que se van produciendo y para atender las demandas de la población.

La atención primaria tiene unas características que favorecen la confianza y la seguridad de los ciudadanos. La accesibilidad, globalidad, longitudinalidad e integralidad definen a la atención primaria y la diferencian del resto de servicios al proporcionar una atención centrada en la población y en la persona (más que en la enfermedad), al no seleccionar a los pacientes según la enfermedad y al coordinar e integrar la atención de salud prestada en otros lugares por otros profesionales. Por otra parte, las capacidades resolutiva, de contención y de situar la demanda en el nivel adecuado de atención son potencialmente elevadas con un coste bajo en relación con el de la atención especializada.

En el planteamiento general del Plan se han considerado tres grandes ejes que deben guiar el proceso de mejora y adaptación de la atención primaria en Cataluña.

Protagonismo y capacidad de elección de los ciudadanos

Conseguir que los ciudadanos sean los referentes centrales de los servicios quiere decir otorgarles protagonismo en las decisiones que les afectan, tanto en las relacionadas con su salud como en las que tienen que ver con el servicio que reciben; facilitar información relevante; tener en cuenta sus expectativas, y hacer efectiva su capacidad de elección.

Autonomía y responsabilización de los profesionales

Con el fin de potenciar la incorporación de los criterios de eficacia, efectividad y eficiencia que deben guiar la gestión clínica, hay que favorecer la autonomía de los profesio-

nales en la organización de los servicios y adoptar criterios de práctica clínica basados en la evidencia, estableciendo mecanismos de corresponsabilización en relación con las repercusiones de las decisiones clínicas.

La atención primaria como vertebradora del sistema de salud

La atención primaria, por sus características de globalidad y longitudinalidad, puede tener un papel clave como foco organizador o eje articulador del sistema de salud. Hay bases teóricas y evidencia empírica que ponen de manifiesto que una atención primaria fuerte, con un papel reconocido en la coordinación de la atención entre niveles y entre servicios, aporta eficiencia al conjunto del sistema de salud. Avanzar en esta línea comporta, además de reconocer este papel de la atención primaria y la función de agente de los médicos, establecer objetivos y pautas de actuación comunes entre servicios; también requiere una asignación de recursos entre servicios equilibrada y ajustada a la capacidad de resolución, y también la disminución de los posibles incentivos a la absorción de la asistencia por la atención especializada.

Eso implica una nueva visión de la atención primaria en el entorno de un sistema de salud en red, donde la atención primaria es el elemento central. Su misión se sitúa mejor en el contexto de los procesos asistenciales horizontales y verticales a los que se vincula, no simplemente a un posicionamiento estructural vinculado a su nivel asistencial. En función de los cambios demográficos y epidemiológicos, las relaciones de la atención primaria de salud con los dispositivos de salud mental y de atención a la dependencia tienen que ser particularmente intensas, y han de configurar el nivel básico de la atención primaria del futuro.

Líneas estratégicas para la adaptación de la atención primaria a la realidad cambiante

Con el fin de adaptar la atención primaria a esta nueva realidad, el Plan de mejora plantea una serie de líneas estratégicas (figura 2, página 18 del documento original en lengua catalana). Por una parte, se establecen tres líneas estratégicas de mejora de la calidad:

- Adecuar la respuesta de la atención primaria a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos/clientes.
 - Mejorar el valor y los resultados de la atención primaria.
 - Adecuar la relación con los proveedores para asegurar la respuesta a las necesidades y expectativas de los asegurados del CatSalut y garantizar su sostenibilidad.
- Por otra parte, se incluyen también dos líneas estratégicas complementarias que se consideran de gran importancia a la hora de hacer efectivos los cambios necesarios en el proceso de mejora de la atención primaria:
- Mejorar la satisfacción y la motivación de los profesionales de la atención primaria y potenciar su implicación.
 - Hacer de la información un instrumento de calidad y otorgar a la evaluación un papel central, de acuerdo con el modelo de atención primaria.
- Las propuestas de actuación que se relacionan con las mencionadas líneas estratégicas se centran fundamentalmente en el papel de los EAP. En cuanto a los servicios de soporte a la atención primaria (PADES, atención a la salud sexual y reproductiva, rehabilitación, etc.) y, en general, a los servicios con los que la atención primaria tiene que conformar, cada vez más, una relación más estrecha –principalmente con los dispositivos de salud mental y los de atención a la dependencia– se tendrá que acabar de definir y adaptar las líneas estratégicas de acuerdo con los criterios de planificación que se establezcan para las otras líneas de servicios (salud mental, atención sociosanitaria y atención especializada), de manera que se avance de forma coherente hacia una visión más amplia de la atención primaria.
- ### **Adecuar la respuesta de la atención primaria a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos/clientes**
- Esta primera línea estratégica del Plan de mejora se orienta a otorgar mayor relevancia a la existencia de necesidades diferentes entre la población con el fin de adaptar mejor los servicios. También incluye propuestas de mejora de la accesibilidad y reconoce la libre elección como demanda emergente en nuestra actual sociedad a la que hay que dar respuesta. Por otra parte, se refiere a la responsabilidad del CatSalut como garante de la equidad, que determina la cartera de servicios y vela por su cumplimiento, sin olvidar que unos servicios de calidad requieren, también, adecuar permanentemente sus infraestructuras y equipamientos. Asimismo, pone de relieve la importancia de la información, autorresponsabilización y participación de los ciudadanos, junto con la potenciación del papel de agente de los profesionales de la atención primaria. Las principales líneas de actuación que configuran esta línea estratégica son las siguientes:
- Aumentar la accesibilidad de los centros y dar preferencia a la atención a la demanda (cita en < 24 h, horario 8 - 21 h, atención pediátrica a partir de las 17 h, teléfono, Internet).
 - Regular la libre elección de médico de cabecera, EAP y especialista.
 - Explicitar la cartera de servicios (responsabilidad CatSalut, homogeneización, información a la población asignada, marketing social).
 - Reforzar el papel de agente del profesional de atención primaria.
 - Gestión completa en el EAP de los trámites de derivación a la atención especializada y pruebas complementarias.
 - Prestaciones públicas con estándares de excelencia (infraestructuras, confort, calidad de la atención).

Mejorar el valor y los resultados de la atención primaria

La aportación de la atención primaria, tanto en lo que concierne a restituir la salud en función de sus posibilidades como a la mejora del patrón epidemiológico de la población, es muy importante. En esta línea estratégica, se plantean actuaciones para favorecer esta aportación, coherentes con los objetivos de salud que marca el Plan de salud y la evidencia científica, y en el contexto de relación con los otros niveles asistenciales. Las principales líneas de actuación son las siguientes:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica (guías de práctica clínica, revisión de programas según evidencia científica).
- Aumentar la capacidad de resolución (ampliar la cartera, traspaso de competencias, urgencias, residencias geriátricas, odontología, salud pública).
- Coordinarse con otros niveles asistenciales (atención especializada, sociosanitaria-PADES, salud mental, servicios sociales, salud laboral).
- Reordenar la atención continuada, domiciliaria y comunitaria.
- Aumentar la responsabilización en las prestaciones (farmacia, IT).

Adecuar la relación con los proveedores con el fin de asegurar una respuesta a las necesidades y expectativas de los asegurados del CatSalut y garantizar su sostenibilidad

La relación del CatSalut con las entidades proveedoras de servicios se establece fundamentalmente mediante el sistema de compra de servicios que se materializa en el contrato. Junto con las obligaciones de las partes y el sistema de pago, el contrato tiene que reflejar aquello que se espera del proveedor con respecto al cumplimiento de los objetivos de salud, los resultados esperados en la atención a los problemas de salud y la satisfacción del usuario en la respuesta a sus expectativas. Asimismo, la evaluación tiene un papel central en el proceso de contratación. Los resultados de la evaluación son los que permiten ejercer la responsabilidad de control del CatSalut para valorar la consecución de los objetivos e instaurar una dinámica de mejora continua. En esta línea estratégica se plantean las actuaciones para mejorar el sistema de compra de servicios en la atención primaria, potenciando la diversificación y la autonomía de gestión. Por otra parte, en el marco de la experiencia de compra de servicios sobre la base poblacional, con una asignación capitativa territorial, se remarcán los aspectos que pueden representar una oportunidad de mejora para la atención primaria. Entre las líneas de actuación, destacan las siguientes:

- Consolidación y mejora del contrato de servicios (EAP como unidad de contratación, aumento de la parte variable).
- Redefinición del sistema de pago, hacia un sistema de base capitativa.

- Reorientación de la compra de servicios de enfermería (atención domiciliaria, comunitaria, actividades preventivas).
- Potenciación de la diversificación e impulso de la creación de entidades de base asociativa, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de los modelos de gestión.

Mejorar la satisfacción y la motivación de los profesionales de la atención primaria y potenciar su implicación

El modelo sanitario catalán se basa en la separación de funciones de seguro y provisión de servicios. Sin embargo, hay que reconocer que entre la aseguradora pública y los proveedores se establece una relación muy interdependiente, marcada por la existencia de un monopsonio de compra y por la complejidad que puede representar la sustitución del proveedor. Por todo ello, y contando con que la compañía aseguradora respeta el modelo organizativo y de gestión de cada proveedor, es razonable proponer una serie de reflexiones que tienden a estimular a los citados proveedores a poner en marcha, en sus centros, políticas activas de gestión de personas que tienden a mejorar la satisfacción, motivación e implicación de sus profesionales en el cumplimiento de los objetivos contractuales, de las que se inferirá una mejor respuesta a las necesidades y demandas de los clientes del CatSalut. Las líneas principales de actuación son las siguientes:

- Reconocimiento ligado a la buena praxis (sistemas de incentivación basados en el mérito, la carrera profesional).
- Facilitación de la gestión clínica con las tecnologías de la información (informatización de los puestos de trabajo).
- Formación continuada.
- Investigación aplicada, con redes de cooperación.
- Gestión de recursos humanos (asignación adicional en los puestos de trabajo más deficitarios, redistribución de cargas de trabajo, flexibilización de la jornada).

Hacer de la información un instrumento de calidad y otorgar a la evaluación un papel central de acuerdo con el modelo de atención primaria

El desarrollo del modelo de atención primaria ha hecho perentoria la necesidad de disponer de información cualitativa sobre aspectos de los servicios relacionados con los contenidos asistenciales y los resultados en términos de salud y satisfacción de los usuarios.

La tendencia actual en lo concerniente a los sistemas de información de la atención primaria dibuja un panorama, a corto plazo, en el que los ámbitos de planificación, compra y provisión de servicios dispondrán de unos sistemas potentes e internamente coherentes, pero muy específicos en relación con las necesidades propias de cada ámbito. Hay que adoptar una estrategia de evaluación y de información con una perspectiva global,

que tenga en cuenta los principales intereses y necesidades de los diferentes niveles de la organización sanitaria, y también sus posibilidades reales de trabajo y coordinación, y mejorar la calidad de la información mediante el consenso y la exhaustividad en la especificación de los indicadores, con el fin de mejorar su validez y comparabilidad. Así pues, en la organización sanitaria hay que disponer de sistemas de información compatibles que den respuesta a las necesidades compartidas. En los contratos con las entidades proveedoras se priorizarán los objetivos relacionados con el desarrollo de los registros informatizados, especialmente la historia clínica.

En todo este proceso se hace necesario, bajo la responsabilidad del CatSalut y del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, establecer estándares de información y comunicación entre proveedores y unificar los sistemas de codificación a utilizar.

Como actuaciones principales que resumen las propuestas en esta línea estratégica, destacan las siguientes:

- Informatización de registros (HCAP) y establecimiento de sistemas de información compatibles.
- Definición y despliegue del Conjunto mínimo básico de datos de la atención primaria.
- Evaluación sistemática de los contenidos sanitarios de los contratos y auditorías externas.
- Aumento del impacto de la evaluación (reprogramación en función de resultados, difusión de los resultados).
- Acreditación de EAP previa a la contratación.

Hacer operativas las líneas estratégicas

Las propuestas incluidas en el Plan de mejora se formulan en relación a las líneas estratégicas, líneas que tienen que orientar la transformación de los servicios de atención primaria para adaptarlos a la realidad cambiante. La operativización de estas líneas estratégicas corresponde tanto al CatSalut como a sus entidades proveedoras, de manera que las propuestas de actuación concretas para cada año conformarán los planes operativos de actuación de cada institución, tomando como marco de referencia el Plan de mejora de la atención primaria en Cataluña.

En el marco presupuestario anual, al contrato y consignación económica correspondiente se le tendrán que incorporar las actuaciones prioritarias para cada ejercicio, con el propósito de hacer realidad la adaptación del modelo de atención primaria a los requerimientos de la nueva sociedad.

Con el fin de hacer operativas las actuaciones que se enmarcan en el Plan de mejora de la atención primaria (figura 3, página 20 del documento original en lengua catalana) se tendrán que utilizar todos los instrumentos que permiten hacerlas efectivas (contrato, planes directores, políticas de atención al cliente, criterios de práctica clínica, desplie-

que normativo) e integrar los cambios en los subsistemas en los que se basa la organización de la atención primaria de Cataluña (compra de servicios, organización y gestión, información y evaluación). •

Josep Fusté, Carme Lacasa, Silvia Cutillas, Angels Elías, Miquel Olivet, Joan Antoni Ponsa y Concepció Violan
División de Atención Primaria. Área Sanitaria. Servicio Catalán de la Salud

PÁGINAS DE GESTIÓN

Gestión de la calidad en la atención primaria.

El modelo del Grupo Sagessa

La calidad es un elemento de esfuerzo constante de aseguramiento de la atención y de la mejora continua que debe formar parte del sistema de gestión de un equipo de atención primaria.

Desde nuestra experiencia, la satisfacción de nuestros usuarios/clientes, de los profesionales y la obtención de buenos indicadores de funcionamiento (asistenciales/salud y no asistenciales), se pueden conseguir mediante la incorporación de modelos de gestión de la calidad total complementarios como son el modelo EFQM y la Joint Commission.

Antecedentes

En 1990 se aprobó la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), que introdujo la separación entre las funciones de compra y provisión de servicios, y también la consagración del modelo mixto de gestión. Como consecuencia, se establecieron las bases de un tipo de mercado controlado y se instauró la competencia entre los diversos proveedores para la adjudicación y la compra de servicios.

A partir de aquí, el Grupo Sagessa (Gestión de Servicios Sanitarios, SA), dedicado hasta entonces a la gestión de centros hospitalarios de enfermos agudos y sociosanitarios, optó a la concesión de la primera área básica de salud (ABS) que el Servicio Catalán de la Salud ofreció en esta nueva modalidad de gestión.

El Área Básica de Salud Vandellòs - l'Hospitalet empezó a funcionar en diciembre de 1991 y fue la primera ABS del Servicio Catalán de la Salud no gestionada por el Instituto Catalán de la Salud y la primera en todo el Estado con este tipo de gestión.

Desde entonces, y además de diversos centros de enfermos agudos y sociosanitarios, el Grupo Sagessa ha incorporado cuatro nuevas áreas básicas de salud en su gestión.

El Grupo Sagessa concibe la calidad como esfuerzo constante de seguro y mejora, cuyos objetivos finales son los clientes y sus necesidades y experiencias, y que se basa en el compromiso de los profesionales en una organización que tiene un sistema de gestión eficaz y en la disponibilidad de los

medios necesarios en el contexto que le atañe la planificación sanitaria.

Modelo de atención asistencial. Etapa inicial

Si interpretamos el concepto de *calidad* entendida como *calidad total*, que incluye la participación y satisfacción de todos los profesionales, la política de calidad y el plan de calidad tendrían que incorporar estos objetivos con una relevancia especial, y plantearse, al mismo tiempo, un cambio cultural entre nuestros clientes internos que facilitase dar respuesta a los nuevos retos y a las nuevas formas de trabajo que estos retos llevan implícitas.

Con el objetivo de implicar a todos los profesionales de la atención primaria, hemos incorporado, en los incentivos económicos, la participación activa en las diversas acciones de mejora de la calidad.

A partir de un primer análisis DAFO (debilidades, amenazas, fuerzas y oportunidades), en 1993, y con la definición de la misión, la visión y los valores de los centros, el Grupo Sagessa puso en marcha un primer Plan de calidad, basado en la formación de equipos de mejora, la formación de los profesionales en la mejora continua de la calidad –y, específicamente, aquéllos que tendrían que integrar el núcleo de apoyo en cada centro– y el planteamiento de unos objetivos de perfeccionamiento evaluados periódicamente.

Esta primera etapa permitió que el conjunto de profesionales de la atención primaria adoptara la idea de *calidad* como componente básico de la gestión de los centros e incorporara las herramientas proporcionadas por el modelo en su práctica diaria.

El modelo basado en el EFQM y el modelo de acreditación Joint Commission: dos modelos complementarios

A pesar de todo ello, pronto se hechó en falta un componente básico para la mejora: los referentes. Efectivamente, evaluar presupone contrastar una realidad con un referente que hace de modelo, que sea homologado y de prestigio demostrado y que sea admitido como tal. En esta línea, en el mundo sanitario, se plantearon dos grandes modelos de evaluación: el modelo europeo de la calidad total (EFQM) y el modelo de acreditación de la Joint Commission. De entrada, se dejaron a un lado los modelos ISO al considerar que no eran los más indicados para la evaluación global de la atención primaria, a pesar de las experiencias existentes de evaluaciones con el modelo ISO.

El modelo EFQM se basa en las premisas de que la satisfacción de los clientes, la satisfacción de los profesionales y el impacto en la sociedad se alcanzan mediante el liderazgo en política y estrategia, la gestión de personal, de los recursos y los procesos que llevan, finalmente, a la excelencia de los resultados empresariales. La evaluación de estos nueve criterios así definidos (liderazgo, gestión de personal, política y estrategia, recursos, procesos, satisfacción del personal, sa-

tisfacción de los clientes, impacto social y resultados), con una adecuada ponderación, permite obtener una puntuación que da una imagen indicativa de la situación con respecto al modelo de excelencia. Sin embargo, independientemente de la puntuación obtenida, el análisis de los nueve criterios –con todos los subcriterios– permite obtener la lista de puntos fuertes y débiles de nuestros centros para establecer una estrategia de mejora progresiva y sistemática.

En 1998 se realizó una primera autoevaluación, con el apoyo externo de una empresa consultora y con la participación de los profesionales de los centros, que permitió realizar una aproximación a la situación de nuestra atención primaria y puso de manifiesto un abanico de posibilidades de mejora que haría falta convertir en proyectos.

Aunque el modelo EFQM constituye la herramienta principal en este proceso de evaluación, la marcada vertiente asistencial que nuestra actividad comporta nos obliga a buscar otros modelos que nos permitan definir el “cómo” hacer, en la práctica cotidiana, para acercarnos a la situación de excelencia deseada. En este punto, el modelo Joint Commission proporciona un conjunto de estándares que permiten evaluar todos y cada uno de los aspectos asistenciales de los centros. Inicialmente diseñado como un modelo americano para la acreditación de hospitales, Joint Commission pronto extendió sus actuaciones a los otros niveles asistenciales y al resto del mundo. Mediante un proceso de evaluación externa, además del proceso de acreditación propiamente dicho, se compara la realidad de los centros auditados con los estándares propuestos permitiendo la obtención de un listado de puntos fuertes y débiles para poner en marcha propuestas de mejora.

Ambos modelos son, pues, complementarios y así nos los planteamos en nuestra organización.

En el ABS de Vandellòs - l'Hospitalet se ha realizado ya una primera experiencia en la combinación de ambos modelos con resultados altamente satisfactorios. En 1998, junto con el resto de centros del Grupo Sagessa, los profesionales de la ABS participaron en el proceso de autoevaluación con el modelo EFQM. El pequeño tamaño del centro y la existencia de estructuras compartidas con el resto de centros, aconsejaron no evaluar los nueve criterios de forma individual y hacerlo conjuntamente con el resto de centros en el caso del liderazgo, la gestión del personal, la política y estrategia, los recursos, el impacto social y los resultados, analizando de forma individual los criterios relativos a los procesos y la satisfacción del personal y del cliente. Independientemente de la puntuación obtenida (que podemos considerarla como claramente satisfactoria) este ejercicio de autoevaluación puso de manifiesto una serie de deficiencias en todos y cada uno de los criterios que, convenientemente analizadas, comportaron la puesta en marcha de nuevas estrategias de mejora. Paralelamente, aquel

mismo año, se llevaba a cabo un primer *assessment* o auditoría externa a cargo de un auditor de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, quien, mediante la comprobación directa de un conjunto de estándares agrupados en once funciones principales, emitió un informe de puntos fuertes y débiles detectados, con una serie de consejos y recomendaciones para su corrección. Los resultados de estas dos evaluaciones fueron fácilmente superpuestos en aquellos aspectos que hacen referencia al liderazgo, política de personal, gestión de los recursos, procesos y gestión de la información, aportando el modelo Joint Commission valiosas recomendaciones con respecto al proceso asistencial, las estructuras físicas, la ética de la organización y la educación.

Todas las deficiencias detectadas fueron tratadas mediante la creación de equipos de mejora en los que participaron la totalidad del personal del centro y que implicaron a la dirección de la organización.

Finalmente, en noviembre de 2001 se repitió la auditoría externa a cargo de la Joint Commission con el resultado de la acreditación del centro, convirtiéndose así la ABS de Vandellós - l'Hospitalet en el primer centro de asistencia primaria que recibía esta acreditación a nivel estatal.

¿Qué ha aportado todo este proceso a nuestra atención primaria? De entrada, una nueva cultura de la calidad que deja de percibirse como una imposición de la dirección y pasa a ser una herramienta imprescindible en el manejo de las situaciones cotidianas. La normalización de los registros, la creación de circuitos, la definición de derechos y deberes, el reconocimiento y evaluación de la competencia profesional, la orientación al cliente, la preocupación por la satisfacción del cliente y profesionales, la mejora de estructuras físicas o la creación de hábitos de actuación sistematizados, son algunos de los beneficios inmediatos de estas experiencias. Además, la asimilación de los estándares y criterios les han convertido en referentes a la hora de emprender nuevas acciones o buscar soluciones a nuevos problemas.

Además, toda la experiencia acumulada en este centro ha servido para generar un modelo aplicable a la totalidad de la atención primaria del Grupo Sagessa, independientemente del ritmo que puedan tener las evaluaciones externas.

Por otra parte, y una vez consolidado el modelo EFQM como base de la política de calidad del Grupo, en estos momentos estamos realizando una nueva autoevaluación con la perspectiva que da la experiencia y el mayor conocimiento del modelo. En el caso de la atención primaria, este replanteamiento pasa por una redefinición de los procesos básicos de nuestros centros con un mapeo, situación en la que nos encontramos en estos momentos. Este nuevo esfuerzo viene apoyado, en paralelo, con la aplicación de los diferentes estándares de la Joint Commission en el resto de áreas básicas de salud del Grupo, la solicitud, por parte de otro centro, de la

acreditación, y la reacreditación periódica de los centros ya acreditados.

En definitiva, la aplicación del modelo EFQM como base de la gestión de la calidad total complementado, especialmente en el área asistencial por el modelo de acreditación de la Joint Commission, constituyen un potente instrumento para la mejora continua de la calidad en la atención primaria de salud y permiten el planteamiento de una visión de los centros en clave de excelencia.

Resultados

Este sistema de gestión nos ha permitido obtener buenos resultados de satisfacción tanto de nuestros usuarios/pacientes como de nuestros profesionales, según se desprende de las encuestas de satisfacción y de clima respectivamente. También se han obtenido buenos resultados de salud de la población atendida, si analizamos el grado de control de la patología crónica (evaluación del contrato anual con el CatSalut) y una menor tasa estandarizada, estadísticamente significativa, de ingreso hospitalario por 1.000 habitantes, en comparación con la media de la región sanitaria de Tarragona (RST).

Recientemente, al analizar los Ambulatory Sensitive Conditions, tenemos una menor tasa de hospitalización por 10.000 habitantes, estadísticamente significativa, en comparación con la RST, tanto a nivel global, como en determinadas patologías: la insuficiencia cardiaca, el accidente vascular cerebral, la cardiopatía isquémica, etc.

A nivel de consumo de recursos, el gasto de farmacia por habitante y año también es inferior a la media de la región sanitaria de Tarragona. Y por último, en el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus, que es de referencia para las cinco ABS que gestionamos, no aumentan sus urgencias a la vez que se ha incrementado el número de demandas de atención continuada en nuestras ABS. •

Lluís Nualart i Berbel
Director general del Grupo Sagessa

La gestión de la prescripción farmacéutica

En el sistema sanitario, cuando se habla de medicamentos, generalmente se centra el debate en el aspecto económico, y específicamente en su coste. Obviamente, éste es uno de los problemas más relevantes en nuestro entorno; sin embargo no es el único. Por una parte, la efectividad de las intervenciones está relacionada con la selección y el uso correctos de los recursos farmacológicos; sin embargo, por la otra, no tenemos que olvidar que el uso de los medicamentos puede tener efectos negativos para la salud de la población.

Gestionar la prescripción farmacéutica quiere decir, en términos generales, racionalizar el uso de los recursos farmacológicos, es decir, incrementar la calidad y la seguridad de la prescripción, y también la eficiencia de las intervenciones, aspecto que re-

quiere necesariamente una actuación conjunta, coordinada y coherente de todos los agentes implicados, incluyendo al propio usuario, y a su corresponsabilización.

Introducción

La prescripción de medicamentos es una de las decisiones asistenciales más importantes, ya que este recurso es uno de los elementos principales disponibles para el abordaje de las intervenciones médicas preventivas, curativas o paliativas que se llevan a cabo en nuestra comunidad.

Según estudios globales de uso de los medicamentos, el porcentaje de población que está expuesta a ellos es cada vez más alto, fruto del envejecimiento de la población, de la mejor capacidad en la detección de patologías, de la instauración de tratamientos más integrales e intervencionistas y de la importancia que ha alcanzado la prevención frente al tratamiento de las enfermedades. Como resultado tenemos que la complejidad de los tratamientos farmacológicos y de la población a tratar aumenta. Según datos facilitados por el CatSalut, durante el 2002 el número medio de recetas por habitante fue de 14,7; aunque este valor se sitúa en 7,3 en la población menor de sesenta y cinco años, aumenta hasta alcanzar las 45,2 recetas anuales en el caso de personas mayores de sesenta y cuatro años. Por otra parte, según el recuento de medicamentos por habitante, el porcentaje de población catalana que, en el mes de abril de 2003, tomaba más de cinco medicamentos era del 4,92% y el que tomaba más de diez medicamentos era del 0,74%; pero en la población mayor a los sesenta y cuatro años, se alcanzaban unos valores preocupantes, ya que el 20,06% de las personas tomaban más de cinco medicamentos y el 3,34% tomaban más de diez.

Una exposición más elevada de la población a la terapia farmacológica comporta, como mínimo, dos aspectos relevantes a tener en cuenta: el impacto sobre la salud de la población expuesta y el impacto sobre el uso de recursos sanitarios.

Con respecto al impacto del uso de los medicamentos en la salud de la población, cada vez somos más conscientes de que los medicamentos no comportan siempre efectos positivos y que muchas veces son causa de problemas de salud. Al aumentar la población que está expuesta a ellos, la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRM) o reacciones adversas a medicamentos (EAM) es cada vez más alta; la mayoría de estos problemas son prevenibles y se agrupan bajo el concepto de errores de medicación (EM); los problemas derivados del uso de medicamentos que no pueden prevenirse son conocidos como reacciones adversas a los medicamentos (RAM).

En el ámbito hospitalario, la detección, la prevención y la resolución de los PRM es relativamente más fácil que en la atención primaria (AP). El hospital, a pesar de la complejidad de los pacientes y de las pautas farma-

cológicas, es un entorno más restringido y controlable. Contrariamente, en la AP es evidente que la dificultad se incrementa y, por lo tanto, únicamente la colaboración multidisciplinaria y la sensibilización y la implicación de los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, farmacéuticos de AP y farmacéuticos comunitarios) son factores clave en la minimización de su impacto, reducen la frecuencia e incrementan la resolución y la notificación de las RAM.

Estudios, llevados a cabo mayoritariamente en Estados Unidos, otorgan a esta «cara negativa» de los medicamentos mucha importancia por el impacto significativo que tienen en la salud de la población, por las consecuencias clínicas de los pacientes y los costes elevados que generan. Según cálculos recientes, se estima que los PRM son responsables de siete mil muertes anuales y que provocan uno de cada diez ingresos hospitalarios.

En lo que concierne a la utilización de recursos sanitarios, el impacto económico de la medicación con receta derivada de la toma de decisión clínica en la AP representa el 56% de su presupuesto; igualmente desde un punto de vista global (primaria y especializada), la medicación es el 32% del presupuesto sanitario y el 11% del presupuesto de la Generalidad de Cataluña. El crecimiento interanual del gasto farmacéutico en la AP en Cataluña y en España es constante. Mientras que el porcentaje de crecimiento en Cataluña fue del 5,64% en el 2001, aumentó hasta el 9,54% en el 2002, y para lo que va de año (enero-mayo de 2003) se ha incrementado al 10,50% respecto al mismo periodo del año anterior. En el Estado español estos incrementos porcentuales son similares: corresponden, respectivamente al 7,90%, 9,89% y 10,14%. Este incremento es fruto, mayoritariamente, de la exposición más elevada de la población a los medicamentos y de la incorporación constante en el mercado español de nuevas moléculas, que aunque son, en la mayoría de los casos, más caras que las alternativas ya existentes, son escasamente innovadoras (aportan únicamente ventajas farmacocinéticas o de administración), razones que no tienen el suficiente peso para justificar el notable incremento de los precios respecto a los medicamentos ya existentes.

Según evaluaciones procedentes de la Dirección General de Farmacia y de la Agencia Española del Medicamento del Ministerio de Sanidad y Consumo, de las diecinueve nuevas moléculas que se introdujeron en el mercado español, en el 2002, únicamente una se cataloga como «mejora terapéutica importante» y otra, como «mejora terapéutica modesta»; las diecisiete restantes o bien aportan una «pequeña o nula mejora terapéutica» o bien no se ha podido llegar a una conclusión definitiva, a causa de «la bibliografía escasa y a la poca experiencia de uso».

Ante este panorama, la gestión de la prescripción farmacéutica quiere decir asegurar la aplicación de los medicamentos de manera razonable o racional, teniendo en cuenta

su doble dimensión: la económica y la sanitaria, de manera que se asegure la calidad y la seguridad de la prescripción de medicamentos, se minimice el impacto de los PRM y se incremente la efectividad de los tratamientos y la eficiencia de las intervenciones. No se trata de gastar mucho o poco, sino de gastarlo correctamente y con un coste sostenible. El sistema sanitario público sigue un modelo poco eficiente desde el punto de vista del asegurador, porque quien decide no paga ni consume, quien consume no decide ni paga y quien paga no consume ni decide. Las mejores fórmulas, con el fin de asegurar el uso racional de los recursos sanitarios, pasan por incorporar el concepto de gestor a todos los agentes que intervienen en el sistema sanitario, es decir, los médicos, el personal de enfermería, los farmacéuticos de AP, los farmacéuticos comunitarios y los usuarios, porque el proceso de la prescripción no puede considerarse como el registro aislado de una especialidad farmacéutica en una receta, sino que debe analizarse desde un punto de vista más global y, por lo tanto, es un proceso complejo, multifactorial y multidisciplinario.

Cómo gestionar la prescripción farmacéutica desde la perspectiva del proveedor

La prescripción de medicamentos es el resultado final de un proceso de decisión, y por lo tanto refleja actitudes y esperanzas de los prescriptores, que están determinadas, a su vez, por los conocimientos, las habilidades y la experiencia de los médicos, y por el entorno en el que se efectúa esta prescripción.

Una propuesta para el abordaje de la gestión sería clasificar e identificar los diversos factores, agentes y circunstancias que intervienen directa o indirectamente en la prescripción farmacéutica. Estos grupos tienen mayor o menor peso y, combinados de manera equilibrada y adaptada a las características del entorno de trabajo, permiten obtener una racionalización de los recursos sanitarios y, por lo tanto, de la prescripción farmacéutica, y favorecen la calidad, la seguridad y la eficiencia, que son las finalidades básicas de la gestión.

Elementos de apoyo a la prescripción

Los elementos de apoyo a la prescripción tienen como objetivo facilitar la toma de decisiones clínicas y, por lo tanto, de minimizar la incertidumbre del proceso y disminuir la variabilidad interprofesional. Aportan información relevante para el clínico y permiten la recuperación de datos que permitirán evaluar la actividad y obtener resultados en lo que concierne a la salud.

Tecnologías de la información y comunicación

La incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el sistema sanitario permite, entre otras cosas, facilitar la actividad diaria, aproximar e incrementar el conocimiento de los profesionales sanitarios o darles apoyo en la toma de decisiones (*professional empowerment*). Las TIC

nos ofrecen algo que es indiscutible: permiten mejorar la calidad del proceso, entendiendo este concepto como el incremento en la seguridad y la disminución en el número de errores (básicamente errores humanos). Por lo tanto, y aunque en un primer momento la incorporación de las TIC y sus aplicaciones informáticas puede representar un coste adicional para el sistema, a corto o a medio plazo este coste queda compensado por la disminución del gasto global.

Un sistema de información (SI), para poder ser considerado como un instrumento válido y esencial de apoyo en la prescripción de medicamentos, debe cumplir los requisitos mínimos siguientes:

- La versatilidad desde el punto de vista tecnológico, que permita la incorporación de nuevas tecnologías.
- La funcionalidad para la mejora continua de prestaciones, que facilite la introducción de nuevos conceptos.
- La operatividad para la adaptación diaria a las necesidades.
- La seguridad, que garantice la protección de datos y la confidencialidad de los usuarios y, al mismo tiempo, impida el acceso y la modificación de datos de personas no autorizadas durante el proceso de almacenaje o migración de los datos, y que disponga de medidas para detectar, controlar y contabilizar estos procesos.

La incorporación de la informática en la práctica clínica diaria favorece el desarrollo de aplicaciones que permiten disponer de un gran número de datos y facilita su tratamiento, con el fin de obtener resultados en salud. La incorporación progresiva de la historia clínica informatizada permitirá incrementar la calidad de la prescripción y la seguridad del uso de los medicamentos, ante interacciones farmacéuticas, duplicidades terapéuticas y otros factores que pueden comportar un riesgo para el usuario y un coste innecesario para el sistema sanitario, y también permitirá mejorar la eficiencia del proceso en la recuperación de información de valor clínico asistencial. Aunque un número elevado de SI ya dispone de la prescripción farmacéutica informatizada, con todas las ventajas que se derivan, todavía no permiten la recuperación total de información de valor clínico asistencial.

Ahora bien, la incorporación de las TIC provoca cambios substanciales en la manera de trabajar de los profesionales, es decir, permite reducir el tiempo de dedicación a tareas más burocráticas e invertirlo en actividades de apoyo y mejora de la calidad del sistema, y permite también potenciar la dedicación de los profesionales a los usuarios. La complementariedad de los diversos profesionales del equipo de atención primaria (EAP) es esencial para poder aprovechar las posibilidades que nos ofrecen las nuevas tecnologías.

Información

La información es otro elemento de apoyo en el proceso de la prescripción farmacéutica. Globalmente, hay dos tipos de información,

según a quien vaya dirigida: a los profesionales sanitarios o a los pacientes.

En el caso de que la información vaya dirigida a los profesionales sanitarios, su contenido, de naturaleza científica, tiene que permitir ampliar y reforzar sus conocimientos. Es importante disponer de información valorada y crítica sobre la enorme cantidad de novedades terapéuticas que se incorporan diariamente al mercado español; esta información tiene que ser consensuada y debe buscar la implicación de los profesionales de medicina familiar y comunitaria (médicos de familia). También es aconsejable la implicación de los médicos de otras especialidades como consultores, con el fin de minimizar el impacto de la prescripción inducida y favorecer la coordinación entre los niveles asistenciales. En este punto, destaca el impacto que tiene la industria farmacéutica en la introducción de las novedades terapéuticas entre el colectivo médico y en el establecimiento de una relación emotiva (*face to face*), en muchos casos necesaria y valorada positivamente según una parte del colectivo médico. El asesor en medicamentos (habitualmente el farmacéutico de AP) puede tener un papel importante: si actúa de filtro, disminuye este impacto de la prescripción inducida y, al mismo tiempo, colabora con la aportación de información científica de calidad.

Aparte de las novedades terapéuticas, y dentro de la información científica, la revisión del uso de un grupo determinado de medicamentos o bien la revisión de una enfermedad más o menos frecuente de nuestra población, que facilita algoritmos de tratamientos, farmacológicos o no farmacológicos, mejora la calidad de la prescripción de medicamentos, evita la utilización de moléculas de eficacia dudosa (efecto placebo) y tiene un impacto económico lo suficientemente importante en la mayor parte de los casos.

Por otra parte, una herramienta de mejora de la calidad de la práctica médica es la integración a la SI de los datos derivados de la asistencia sanitaria, como la prescripción de los médicos o el consumo de medicamentos de los pacientes (*feed-back*). Diversos estudios muestran que los mecanismos basados en el retorno de la información de las prescripciones a aquéllos quienes las han realizado puede favorecer la mejora de la práctica clínica y sensibilizar al colectivo médico del gasto que genera su prescripción y, además, permite realizar propuestas de mejora. Igualmente, y en esta línea de sensibilización, sería favorable devolver al usuario el coste de sus tratamientos, incrementar, en muchos casos, la adherencia al tratamiento y evitar, en muchos otros, hacer un uso innecesario.

En cuanto a la información dirigida propiamente a los usuarios, tiene que estar elaborada para todos los profesionales del EAP, y las actividades tienen que complementarse. La unidad de enfermería, junto con el farmacéutico o farmacéutica, constituye un punto clave en el envío de información beneficiosa. El objetivo es ofrecer a los pacientes herramientas útiles para que les faciliten el trata-

miento de sus problemas de salud (*patient empowerment*) y convertirlos en parte activa en lo referente a su propia enfermedad; es decir, que el usuario asuma su parte de responsabilidad (mirar el apartado de educación sanitaria).

Evidencia científica

Las guías de práctica clínica (GPC) se definen como "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones para una atención sanitaria apropiada en unas circunstancias clínicas concretas". Se trata, por lo tanto, de herramientas que permiten minimizar la variabilidad entre los diversos profesionales y combinan evidencias y valoran —o tendrían que valorar— el balance entre beneficio o perjuicio. Para asegurar un óptimo seguimiento de estas GPC resulta muy interesante su informatización e implicación, tal y como sucede con informes de evaluación de novedades terapéuticas de los diferentes profesionales del EAP.

Ante la selección de diferentes especialidades, puede ser conveniente elaborar formularios o bien guías farmacoterapéuticas, es decir, recomendar unos fármacos más que otros. Evidentemente, esta selección debe realizarse en función de la evidencia científica y paralelamente a las recomendaciones propuestas por los protocolos y las GPC. Igualmente, es frecuente encontrar un mismo fármaco comercializado con el nombre de diferentes especialidades. La elaboración de plantillas que seleccionen, para un mismo principio activo, las especialidades farmacéuticas con un coste más bajo que las otras (especialidades farmacéuticas genéricas) nos permite mantener la misma calidad y minimizar sus costes.

Elementos para la evaluación y la mejora del uso de medicamentos

Como todo proceso de gestión, el círculo tiene que cerrarse con la evaluación de todo lo realizado y con la retroalimentación dinámica del sistema con el fin de mejorar continuamente la calidad y los resultados.

Indicadores

La incorporación de una serie de indicadores permite conocer y evaluar la situación de la prescripción y establecer mecanismos y circuitos de mejora.

Hoy en día existen muchos indicadores, que pueden agruparse en dos tipos: los indicadores descriptivos, que se limitan a aportar una información, sin hacer una valoración, y que, a su vez, pueden ser cuantitativos o cualitativos. El otro tipo son los indicadores de calidad, que implican el establecimiento de estándares de calidad. En este último tipo, y cada vez con mayor frecuencia, los indicadores adquieren un sentido más clínico y no meramente descriptivo y permiten, por lo tanto, correlacionar la enfermedad con el tratamiento farmacológico aplicado. Así, tienen que permitir, por ejemplo, determinar de forma más o menos global y según los objetivos prefijados, cómo y con qué son tratados los

usuarios hipertensos de nuestra sociedad. Evidentemente, los programas de gestión de patologías (consultar el apartado de la visión de futuro) pueden facilitarnos esta información de forma relativamente fácil, y junto con los indicadores, podemos asegurar que la población recibe la terapia farmacológica más idónea.

Revisión de los tratamientos farmacológicos

La prescripción de medicamentos tiene que basarse en actividades donde participen profesionales diversos, que favorezcan el mantenimiento de la calidad. La revisión sistemática de la medicación de pacientes con enfermedades crónicas, y también la identificación de usuarios polimedicados, es una actividad básica y necesaria, porque asegura que cada fármaco continúa siendo necesario, que todavía es eficaz y que la dosis y la forma farmacéutica son las más adecuadas. Otras actividades que favorecen el uso correcto de los medicamentos son su revisión en la consulta médica o bien en el domicilio. Estas actividades facilitan el proceso de determinación de la medicación que toma cada paciente, identifican a los medicamentos sobrantes y pueden ayudar a prevenir futuros problemas. La revisión de la medicación domiciliaria ofrece la oportunidad de revisar toda la medicación que el o la paciente dispone en su casa, identifica áreas de inefficiencia de medicamentos y permite hacer recomendaciones sobre los medicamentos que tendría o no que tomar.

Educación sanitaria

Finalmente, otra actividad cada vez más necesaria, tanto para el sistema sanitario como para la población, es la educación sanitaria de los usuarios, entendida como la transmisión de información, tanto oral como escrita, con el fin de reforzar el conocimiento que tienen, de incrementar la adherencia al tratamiento o de detectar y prevenir posibles PRM. La educación sanitaria referente a patologías concretas como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en las que se requiere una familiarización y entrenamiento de los pacientes antes del uso de los dispositivos de inhalación, asegura que se haga un uso correcto, mejora la calidad de vida de este grupo de población y disminuye los costes globales del sistema sanitario, ya que hace disminuir el número de ingresos hospitalarios por reagudizaciones, y, al mismo tiempo, disminuye la frecuencia del uso de la medicación de rescate. Igualmente, la educación y la sensibilización de la población en cuanto al uso y al consumo de antibióticos favorece su uso racional y, por lo tanto, evita problemas de resistencias bacterianas, relacionadas directamente con la prescripción inadecuada, la dispensación sin receta y el uso indiscriminado que pueden hacer los pacientes.

La educación sanitaria también puede beneficiar a otros grupos de usuarios, que, a causa de su vulnerabilidad social y/o médica, presentan mayor complejidad, son susceptibles de más hospitalizaciones y efectos adversos y que tienden a sufrir más combinaciones de

problemas de salud. El seguimiento sanitario (gestión de casos) de este grupo de pacientes permite ofrecerles una alternativa asistencial más eficiente.

Elementos de motivación profesional

Los elementos de motivación profesional comportan un reconocimiento operativo de la importancia de los profesionales en los procesos asistenciales y, por lo tanto, de la trascendencia de conseguir la corresponsabilización de todos los profesionales en la obtención de los objetivos y los resultados que se marca la organización.

Formación

Una manera de motivar a los profesionales es por medio de la formación individual, que beneficia a su carrera profesional y que, por lo tanto, repercute en la prescripción farmacéutica y en la calidad de la asistencia sanitaria.

Ahora bien, a este respecto, y en el ámbito de cada organización, sería preciso formularse una serie de preguntas, y reflexionar. Estas preguntas son:

- ¿Por qué hace falta la formación?
- ¿Quién tiene que formarse?
- ¿Cuál es el momento más idóneo para formarse?
- Y ¿sobre qué nos hemos de formar?

La calidad de la respuesta a estas preguntas repercute inevitablemente en la calidad de la atención sanitaria que ofrece un centro de salud. El equipo directivo es el más adecuado para asumir este abanico de preguntas, ya que, entre otras actividades, es el responsable de la gestión del conocimiento de sus profesionales. Este equipo es el responsable de motivar al EAP y de velar por la calidad de la asistencia sanitaria que ofrece a la población.

Por otra parte, la industria financia prácticamente toda la formación continuada; es también ésta quien decide cuándo, con qué, para qué y sobre qué tienen que formarse los profesionales.

Lo que es evidente es que, independientemente de quien financie la formación continuada, el equipo directivo la tendría que liderar, basándose en los déficits de conocimiento evidenciado por medio del análisis de resultados y del SI.

Incentivos

Actualmente hay un cierto consenso en la conveniencia de motivar a los profesionales, con la incorporación de una política de incentivos económicos, o de otro tipo, en función de los resultados de cada uno, que permita alcanzar más fácilmente los objetivos priorizados por el sistema sanitario, y concretamente en la prescripción farmacéutica. Una de las prioridades a alcanzar es la prescripción de especialidades más eficientes, que mantenga los mismos resultados y evite el uso de especialidades más caras.

Se han realizado diversas aproximaciones para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la prescripción farmacéutica. Un ejem-

plo es el Estándar de calidad de prescripción de fármacos, elaborado en el entorno del Instituto Catalán de la Salud, que es adquirido por el conjunto de un equipo de atención primaria. El cumplimiento de este estándar condiciona la asignación de un incentivo de tipo económico. La selección de medicamentos se hizo respondiendo a los criterios de eficacia, seguridad, experiencia de uso, disponibilidad de especialidades farmacéuticas genéricas y comodidad de posología.

La visión de futuro

En la actualidad, la atención sanitaria debe destinarse cada vez más a los usuarios, y tiene que ofrecerles participación, como un agente más y con capacidad de modificación de la prescripción de medicamentos. Con las nuevas tecnologías y una mejor accesibilidad a la información médica, básicamente por medio de Internet, los ciudadanos adquieren protagonismo y rompen la clásica relación médico-paciente, caracterizada por una asimetría informativa. Por lo tanto, frente a un ciudadano o ciudadana informado, el médico a menudo tiene que justificar sus decisiones y consensuar su tratamiento. Este cambio de visión está favorecido por la incorporación de las TIC en el sistema sanitario, ya que permite a los profesionales dedicar más tiempo a cada paciente y mejorar la salud de la población desde la consulta, y, al mismo tiempo, evitar que estas TIC se conviertan en una barrera física y relacional entre los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos, administrativos) y la población.

Por otra parte, la seguridad, calidad y eficiencia de la prescripción de medicamentos son pilares básicos e indispensables de nuestro sistema sanitario, y debemos incorporarlos. Es previsible que la implantación de la receta electrónica (RE) repercuta favorablemente en este sentido, y lo enriquezca tanto en lo referente a los usuarios, como a los proveedores, financieros y planificadores. Además, la asunción progresiva de GPC y de la historia clínica informatizada, en el caso de las enfermedades crónicas más prevalentes, para uso de los profesionales sanitarios, complementadas con la información a los pacientes y el seguimiento que hacen de las recomendaciones, hace prever un nuevo espacio de actuación y de análisis de la prestación de los servicios sanitarios.

Los programas de gestión de patologías o *disease management*, en el abordaje de enfermedades crónicas, abren un camino importante hacia el establecimiento de indicadores de evaluación de la eficiencia que permitan hacer un análisis documentado del verdadero impacto de una prescripción farmacéutica correcta, basada en el conocimiento científico. El análisis integrado de la actividad y del gasto por patología, en un sistema integrado de salud (seguramente gracias a un sistema de financiación caputivo), que favorece la transversalidad y la coordinación de los diferentes niveles asistenciales, tendrá que permitir ponderar de verdad la oportunidad de considerar pertinente el aumento o el des-

censo del gasto farmacéutico, conjuntamente con la evolución del resto del gasto de la oferta sanitaria (la hospitalaria y la de la atención primaria) en el contexto de los resultados de salud (*health outcomes*) obtenidos.

Finalmente, la futura evolución previsible hacia programas de gestión de salud o *Health Management* así como el avance de la "biogenética" y su influencia en la elaboración de guías de prevención individualizadas y la prescripción farmacéutica "a la carta" según características individuales y probabilidades de desarrollar una determinada enfermedad o bien retrasar o parar su progresión, pueden acabar de orientar las actuaciones preventivas más eficientes. •

Núria Riera

Jefe del Servicio de Farmacia

PAMEM. Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal

La dirección clínica en la atención primaria

La dirección clínica persigue aumentar la efectividad y la eficiencia de los servicios de atención primaria, mejorando sus procesos asistenciales y de apoyo. Utiliza técnicas propias de la medicina basada en la evidencia, la gestión del conocimiento y la calidad total. Se basa en las tecnologías de la información y la comunicación. Este artículo presenta la experiencia y los primeros resultados conseguidos después de aplicarla durante casi cuatro años en la División de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS). La dirección clínica aporta un lenguaje que es comprensible y bien aceptado, tanto por los usuarios como por los profesionales y gestores. Los buenos resultados conseguidos muestran que es adecuada para modernizar organizaciones públicas y complejas como el ICS. La informatización, la transparencia y el rigor metodológico son imprescindibles para conseguir su implantación.

Introducción

Las reformas de los servicios de salud de la década de los noventa perseguían aumentar la productividad. En aquel periodo, el entorno sanitario se enriqueció con la incorporación de instrumentos de la gestión empresarial. En la actualidad, el objetivo de las instituciones sanitarias ha variado. Buscan realizar correctamente las intervenciones que son adecuadas. Entienden que los servicios de salud sólo tienen que llevar a cabo las actuaciones que son avaladas por la evidencia científica, y que no tiene sentido aumentar las actividades que no tienen un impacto en la salud de los ciudadanos. Consideran que la atención sanitaria tiene que estar sometida a una evaluación y revisión continuas para introducir mejoras en los procesos asistenciales. La optimización del uso de los recursos debe surgir como consecuencia de la promoción de la excelencia clínica.

Esta nueva política se ha de implantar utilizando los instrumentos propios de la medicina basada en la evidencia, de la gestión de

calidad total y de la gestión del conocimiento. Introduce una perspectiva más sanitaria en la gestión de la organización y sitúa al ciudadano en el eje central del sistema.

El National Health Service (NHS) británico denomina a esta estrategia *clinical governance* (dirección clínica)^[1,2]. La define como el marco bajo el que las organizaciones del Sistema Nacional de Salud inglesa se responsabilizan de mejorar, de forma continuada, la calidad de sus servicios y de garantizar unos estándares de atención óptimos, y también de la creación de un entorno que haga resurgir la excelencia de la práctica clínica. Pero el concepto *clinical governance* va más allá de esta definición y se empieza a difundir por todas partes.

Influída por esta tendencia, la División de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud inició, en el 2000, un proyecto que denominó como dirección clínica^[3]. Es una política corporativa que, tanto en los hospitales como en la atención primaria, quiere promover la mejora de los procesos asistenciales, la optimización del uso de recursos y el favorecimiento de la cooperación entre proveedores en un entorno de descentralización de las decisiones de gestión clínica^[4,5].

Este artículo describe brevemente los casi cuatro años de experiencia de implantación de la dirección clínica en la División de Atención Primaria del ICS y sus primeros resultados.

Los instrumentos de la dirección clínica del ICS

El contrato

La dirección clínica es un proyecto de todos los profesionales de la atención primaria del ICS. Las áreas básicas de salud (ABS) que integran los diversos servicios de atención primaria (SAP) son las protagonistas. El director y la adjunta de enfermería firman un contrato con la estructura de dirección, según el cual se comprometen a cumplir unos objetivos asistenciales sobre el presupuesto, el desarrollo de grupos de mejora, las actividades de formación continua, la evaluación de actividad, la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida laboral. Los procesos asistenciales son la esencia de la dirección clínica.

En este contrato se señalan los objetivos asistenciales, que hacen referencia a la receptividad, las coberturas de vacunas, el cribaje de las patologías más prevalentes, la atención domiciliaria y el control de patologías crónicas, los indicadores cuantitativos y cualitativos de prescripción de farmacia, las derivaciones (grado de resolución y número de hospitalizaciones susceptibles de ser reducidas por los profesionales de atención primaria), las indicaciones de incapacidad laboral transitoria y el uso de las pruebas complementarias de laboratorio y radiología. Todos estos objetivos tienen en cuenta las necesidades asistenciales y las prioridades determinadas por el Plan de salud de Cataluña y el contrato con el CatSalut.

El director del equipo de atención primaria (EAP) asume el presupuesto de los productos intermedios (radiología, laboratorio), tiras reactivas y farmacia, y el presupuesto de personal.

El proyecto de dirección clínica se inició en el año 2000; en el 2001 se firmaron 104 contratos, y en el 2002, 156. Actualmente todos los EAP están incluidos en este proyecto.

El nuevo organigrama

Para facilitar la orientación clínica de la gestión, en el 2001 se cambió el organigrama del Instituto Catalán de la Salud. Las antiguas subdivisiones y direcciones de atención primaria (DAP) dieron paso a los ámbitos y a los SAP. Los ámbitos asumen la gestión económica y de personal más clásica, mientras que los SAP toman las decisiones de gestión asistencial. Asimismo, se ha reducido el número de estructuras de gestión y se ha descentralizado la toma de decisiones clínicas. En el nuevo organigrama también se ha creado la Unidad de Farmacia, que establece las políticas destinadas a mejorar la calidad de la prescripción.

El perfil profesional de los directores de los SAP también ha variado. En el 2000 eran pocos los directores de las antiguas 36 DAP que provenían de la asistencia. Actualmente, los 30 directores de los nuevos SAP proceden mayoritariamente del campo asistencial y han asumido responsabilidades de gestión asistencial.

Un modelo retributivo basado en los objetivos y la carrera profesional

Para mejorar el cumplimiento de los objetivos individuales y de desarrollo profesional, durante el 2002 se ha modificado el modelo de retribución. Desaparece la linealidad y se adopta un modelo que retribuye atendiendo a las preguntas siguientes: «¿qué soy?», «¿qué hago?», y «¿cómo lo hago?». Quiere ser un instrumento de gestión que reconozca el esfuerzo y favorezca el desarrollo profesional dentro de la organización. Este instrumento incluye productividad variable y capitación, para los facultativos, y carrera profesional, para los facultativos y el personal de enfermería.

A partir de los objetivos que tiene el ICS como institución, se fijan en cascada unos hitos específicos para cada nivel de la organización hasta llegar a los EAP y a los profesionales asistenciales. Los profesionales perciben una parte variable en relación con el grado de consecución de estos objetivos individuales y de grupo. El nuevo modelo de carrera profesional establece cinco niveles a los que se accede acreditando el grado de desarrollo profesional de la actividad, la formación, la docencia, la investigación y el compromiso con la organización.

La informatización

La dirección clínica se basa fundamentalmente en la gestión de información, tanto de la derivada de la investigación biomédica como de la producida por la actividad propia

asistencial. La implantación de la estación clínica de trabajo es especialmente importante, tanto en la atención individual como en el proceso de monitorización y mejora de los propios resultados. El Plan de sistemas de información tiene que permitir la vinculación entre la información clínica, la información sobre la actividad y la información económica.

Actualmente se ha implantado una red de banda ancha que conecta a todos los centros de atención primaria y dota a los profesionales de una estación clínica de trabajo, que denominamos como estación clínica de atención primaria (ECAP). Hoy por hoy casi la mitad de las consultas están informatizadas y el número de usuarios de la ECAP en la atención primaria es aproximadamente de 3.500 (1.500 usuarios concurrentes en cada turno de trabajo).

Mediante la ECAP se dispone de la información clínica de los pacientes en la red de centros de atención primaria y hospitalaria y ello permite contar con toda la información necesaria para ofrecerles una buena atención clínica. Además, facilita que todos los procesos asistenciales estén monitoreados y permite que las evaluaciones se realicen de manera sistemática, utilizando las mismas bases de datos. Esta automatización de los registros clínicos es imprescindible para evaluar los servicios y generar el conocimiento que nos permita mejorarlo. Este sistema permite, progresivamente, que los profesionales conozcan sus propios resultados en relación con los de los compañeros de su entorno.

Instrumentos para mejorar la práctica clínica

La dirección clínica dispone de diferentes instrumentos para acercar las evidencias a los profesionales asistenciales. Se han elaborado o creado:

- Recomendaciones de prescripción de pruebas diagnósticas, marcadas por estándares de calidad, como las intervenciones llevadas a cabo sobre las prescripciones de resonancia magnética y tomografía axial computada (TAC).
- Guías de práctica clínica (GPC) para el abordaje de los principales problemas de salud, elaboradas por destacados profesionales de la institución, mediante una revisión sistemática de las evidencias científicas.
- Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CANM)^[6], con la misión de evaluar si es pertinente incorporar los nuevos medicamentos a los hábitos de prescripción de los médicos de atención primaria del ICS. Lo hace comparando los nuevos medicamentos con la mejor alternativa terapéutica existente.

Estos instrumentos son la base de la formación continuada de los EAP y permiten, a partir de la retroacción (feed-back) de la información, de las intervenciones cara a cara o de las actividades formativas en los centros, mejorar la calidad de la práctica clínica.

Resultados

La introducción de la dirección clínica como herramienta de gestión de los servicios de atención primaria ha sido un proceso complejo y lento. La experiencia de estos últimos cuatro años nos permite disponer de una serie de impresiones positivas sobre los beneficios estables conseguidos, tanto para los pacientes como para la propia organización, y también de algunos resultados objetivos que presentamos a continuación.

La satisfacción de los usuarios

Dos encuestas telefónicas a 3.000 usuarios llevadas a cabo los años 2000 y 2002, y otra encuesta realizada en los diferentes EAP de Cataluña a 55.000 usuarios muestran que la satisfacción es alta. En el 2000, el 73% de las personas encuestadas contestaba que recomendaría su centro y en el 2002 lo decían el 79,5%. No obstante, se han detectado una serie de deficiencias que se centran en la atención telefónica, la puntualidad y la coordinación entre niveles asistenciales. Para corregir algunos de estos problemas se han iniciado una serie de acciones:

- Call center (centros de atención telefónica). Sin incrementar la plantilla se han puesto en marcha nueve centros de atención telefónica que cubren aproximadamente a una población de 1.300.000 habitantes. Estos centros de atención telefónica reciben, como media mensual, 240.000 llamadas y, de éstas, el 85% son atendidas en un tiempo de espera inferior a medio minuto. Globalmente, son responsables del 45% de todas las visitas programadas de su territorio.
- Ampliación de los horarios de atención a los usuarios. El 25% del personal de los EAP ofrece horarios de mañana y tarde. El 51% de los pediatras presta asistencia después de las cinco de la tarde (hora de salida de la escuela). La atención continuada se ha establecido en 154 puntos y en invierno se incorporan cinco nuevos.
- Libre elección de médico de familia y pediatra de los EAP. Esta acción se inició como prueba piloto en el mes de junio de 2002 en una población de 400.000 habitantes. Los resultados, de mayo de 2003, muestran que 5.450 usuarios del ICS se han beneficiado de esta iniciativa. Las personas que han solicitado este cambio son, mayoritariamente, jóvenes que quieren tener a su médico cerca del puesto de trabajo.
- Acceso al servicio de programación de visitas y cambio de médico por Internet. Desde el 15 de febrero de 2002 hasta el 31 de marzo de 2003, 123.000 usuarios han consultado la página web. Durante estos meses, 50.524 usuarios se han programado una visita y 2.913 han escogido un médico o lo han cambiado.

La atención preventiva y curativa en la consulta

La tradición de hacer auditorías de muestras de historias clínicas y, actualmente, de los

registros mecanizados en los que los profesionales pueden observar su práctica en relación con la de compañeros de su entorno ha favorecido la mejora continua de los procesos asistenciales. La reciente Encuesta de salud de Cataluña^[7], realizada en el 2002, ha mostrado que la prevalencia de ciudadanos sometidos a un cribaje básico, vacunados y que han recibido consejo preventivo se ha duplicado en relación con la Encuesta del 2003. Por ejemplo, al 45,2% de los ciudadanos se les controla periódicamente el colesterol y al 49,3%, la tensión arterial, comparados con el 17,9% y el 24,4%, respectivamente, del año 1994.

La atención domiciliaria

La dirección clínica ha ayudado a aclarar las competencias de los diversos colectivos profesionales que componen los equipos de atención primaria. Las evaluaciones de la actividad de los profesionales de enfermería han mostrado que una parte del tiempo que invertían en la atención a las patologías crónicas no quedaba compensado por un mejor control de los pacientes. Por otra parte, la enfermería necesitaba encontrar un terreno en el que pudiera desarrollar los contenidos específicos de su profesión. El rendimiento de estos profesionales aumentaba cuando disminuía su dedicación a los pacientes crónicos y destinaba más energías a una actividad comunitaria y a visitas domiciliarias. De forma paralela, la necesidad de hacer evaluaciones multidimensionales de estos pacientes ofrecía una oportunidad adecuada para introducir los diagnósticos y los planes de cuidados de enfermería. Los resultados son espectaculares, actualmente 45.000 pacientes se benefician de la estrategia de otorgar el liderazgo a la enfermería en la atención domiciliaria y se han conseguido evitar más de mil institucionalizaciones y deterioros funcionales cada año.

Productos intermedios

Un estudio descriptivo realizado para conocer el número y los motivos de las peticiones de resonancias magnéticas y TAC evidenció la demanda creciente de estas pruebas en el periodo 2000-2002. Una vez acabado este estudio se diseñaron estrategias diversas, como la difusión de los resultados entre los profesionales; su discusión, efectuando entrevistas personalmente con los máximos prescriptores, y la elaboración de una guía de recomendaciones sobre la utilización de estas pruebas. Como resultado, el primer trimestre de este año 2003 se ha frenado el crecimiento de la demanda de resonancias magnéticas y TAC.

Prescripción

Las intervenciones llevadas a cabo en lo que concierne a la prescripción de farmacia también han permitido conseguir un cambio progresivo del perfil de uso de los medicamentos y reducir su consumo. El cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas del estándar de calidad ha pasado del 23,5%, en el

año 2000, al 29,2%, en el 2001, y al 36,1%, en el 2002. El número de médicos que siguen las recomendaciones de la institución crece de manera espectacular.

Resultados comparativos con otros proveedores

Los datos de un estudio reciente realizado por la Fundación Avedis Donabedian sobre la reforma de la atención primaria y la diversificación de proveedores^[8], encargado por el CatSalut, muestra que los EAP del ICS presentan unos indicadores asistenciales comparables con los del resto de proveedores y en algunos aspectos, como es la atención domiciliaria, superiores. Los resultados de gestión económica y de personal son también similares en cuanto a la estructura a los del resto de los proveedores públicos que no son el ICS. Los costes de la atención clínica de prescripciones, derivaciones y productos intermedios son menores en el ICS que en el resto de proveedores públicos.

Conclusiones

La dirección clínica, a diferencia de las estrategias basadas en la productividad y la contención de los costes, aporta un lenguaje comprensible, tanto para los profesionales, como para los gestores y ciudadanos. La dirección clínica es una técnica adecuada para modernizar organizaciones sanitarias públicas y complejas como el ICS, es bien aceptada por los profesionales y sus resultados son satisfactorios para los usuarios. La informatización, la transparencia y el rigor metodológico de la gestión de las evidencias científicas y de la información clínica son imprescindibles para conseguir su implantación. La mejora de la actividad profesional únicamente puede alcanzarse con una combinación de las actuaciones que incluya medidas organizativas, formativas y de relación entre todos los profesionales. •

Joan Gené Badia y Mercè Marzo Castillejo
División de Atención Primaria
Instituto Catalán de la Salud

Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios

El estudio Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios ha permitido la obtención de un conjunto de indicadores sobre ocho dimensiones de la atención primaria (accesibilidad, práctica clínica y efectividad, continuidad y coordinación, eficiencia, atención comunitaria, estructura, actividad asistencial y satisfacción de los profesionales), y también auditar los datos proporcionados por las entidades proveedoras en el proceso de seguimiento de la evaluación de los contratos de equipos de atención primaria (EAP) de 2001. La valoración de sus resultados ha permitido identificar áreas de mejora y ha puesto de manifiesto que los diversos grupos de provisión proporcionan

ventajas en determinados ámbitos de la atención y presentan aspectos mejorables en otros.

1. Introducción

La situación del proceso de desarrollo de la reforma de la atención primaria (RAP), especialmente en relación con la finalización del proceso de implantación de equipos de atención primaria (EAP) y con la consolidación de la diversificación de la provisión de los servicios, ha planteado la conveniencia de profundizar en la evaluación de los servicios de atención primaria y, particularmente, en la valoración de los diferentes modelos de provisión implantados.

Es en este contexto donde debe situarse el estudio Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios, elaborado por la Fundación Avedis Donabedian, entidad adjudicataria del concurso público convocado a este efecto por el Servicio Catalán de la Salud. Sus objetivos consisten en obtener los resultados de un conjunto de indicadores destinados a evaluar la atención primaria y la diversificación de la provisión de servicios y auditar los datos que han proporcionado las entidades proveedoras en el proceso de seguimiento de la evaluación de los contratos de EAP del año 2001.

La elaboración de este estudio se enmarca, complementándolas, en las actividades de evaluación sistemática de los servicios de atención primaria que realiza el Servicio Catalán de la Salud, situadas desde hace tiempo en el ámbito de la evaluación de los contenidos sanitarios de los contratos de EAP, dado que este organismo, en el ejercicio de sus funciones como comprador de servicios sanitarios, tiene la responsabilidad de valorar su cumplimiento por parte de las entidades proveedoras. Hasta el año 2001, esta evaluación se realizó anualmente a dos niveles:

- Evaluación individualizada de cada contrato, de los objetivos y de las cláusulas específicas para cada EAP, realizada por las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud.
- Seguimiento global de la evaluación de los contenidos sanitarios de los contratos en relación con determinados aspectos priorizados, efectuado por la División de Atención Primaria del Servicio Catalán de la Salud, con la colaboración de las regiones sanitarias.

Respecto a este seguimiento, la División de Atención Primaria ha definido anualmente, desde el año 1993^[1-11], un conjunto de indicadores de evaluación destinados también a elaborar información de carácter diverso (informes a demanda, memorias de actividad, actualización de bases de datos, etc.). Sin embargo, hay que constatar las principales limitaciones que ha sufrido este proceso:

- Los datos utilizados para la evaluación de los contratos de los EAP, es decir, para la valoración de la actuación de las entida-

des proveedoras, han sido suministrados por las mismas entidades proveedoras y no se ha establecido un procedimiento formal y sistemático de validación de estos datos.

- La falta o la insuficiencia de informatización de los EAP ha dificultado, cualitativa y cuantitativamente, la disponibilidad de datos y, también, sus requerimientos, con la voluntad de no cargar a los EAP con tareas administrativas en detrimento de su función básicamente asistencial.
- No se ha dispuesto de los recursos necesarios para aplicar sistemáticamente metodologías cualitativas de evaluación y, por lo tanto, no se han podido formular ni evaluar adecuadamente diversos objetivos de gran interés para la compra de servicios y la calidad asistencial.

La realización de este estudio ha permitido mejorar el grado de información disponible sobre los servicios de atención primaria, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo; ha proporcionado elementos para evaluar su accesibilidad, calidad y eficiencia, y también para valorar las aportaciones que la diversificación de la provisión ha aportado al modelo de atención primaria. Al mismo tiempo, ha constituido un buen ejemplo de mecanismo para validar la calidad de los datos que suministran las entidades proveedoras en los procesos ordinarios de evaluación.

En cuanto a la valoración de la diversificación de la provisión, el planteamiento del estudio ha llevado a orientarlo hacia el ámbito de la evaluación, en el sentido de obtener información sobre los resultados que, en la práctica, estaban proporcionando efectivamente los diferentes grupos de provisión definidos, para, a partir de este punto, poder introducir las mejoras «exportables» entre unos y otros. No se ha pretendido, pues, darle un carácter experimental o de investigación; es decir, no se pretendía demostrar cuál es el mejor modelo de provisión posible.

2. Metodología

El trabajo de evaluación se ha centrado en ocho dimensiones de la calidad de la atención primaria: accesibilidad, práctica clínica y efectividad, continuidad y coordinación, eficiencia, atención comunitaria, estructura, actividad asistencial y satisfacción de los profesionales. Se han descrito, dentro de cada dimensión, diversas áreas relevantes para las que se ha formulado una serie de indicadores que permiten valorar aspectos organizativos, clínicos y de gestión de los EAP. Tanto las dimensiones como los indicadores han sido escogidos en función de la relevancia, factibilidad y simplicidad de la técnica de evaluación y el grado de consenso.

Para la selección de los indicadores, el grupo de estudio ha tenido en cuenta los indicadores de seguimiento de la evaluación de los contratos de EAP de los años 2001 y 2002^[9, 10], el documento sobre indicadores básicos de atención primaria del proyecto MPAR-5^[12],

el informe técnico de la Agencia de Tecnología e Investigación Médicas, Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria^[13], y otras referencias bibliográficas generales.

La población de estudio la constituyen los EAP puestos en funcionamiento antes del 1 de enero de 2001 y los datos de la evaluación hacen referencia al año 2001. Se ha realizado un muestreo aleatorio de 50 EAP: 34 gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), 5 gestionados por entidades de base asociativa (EBA) y 11 gestionados por otras entidades proveedoras.

Para la obtención de los datos necesarios para elaborar los indicadores y para la auditoría de los datos suministrados por las entidades proveedoras, se han tenido en cuenta las fuentes de información siguientes: historias clínicas (revisión de 15.360), llamadas telefónicas (2.764 llamadas), registros de actividad, de vacunas, de atención domiciliaria, de derivaciones, etc., observación directa de elementos estructurales, entrevistas con los directores de los EAP y los responsables de las unidades de atención al usuario y datos del mismo Servicio Catalán de la Salud.

Para realizar la evaluación, se han seleccionado 15 médicos evaluadores, que han visitado a los 50 EAP y han revisado las fuentes de datos mencionadas anteriormente, con una duración por EAP de entre tres y cuatro días. Los evaluadores han seguido previamente un proceso de formación y se ha efectuado una prueba piloto para mejorar los elementos de la visita que no funcionaban adecuadamente.

3. Resultados

Se relacionan a continuación los resultados más destacados de este estudio en referencia a sus dos objetivos principales. Se presentan los valores globales para el conjunto de la muestra, y también el valor para cada uno de los tres grupos de provisión, en los casos en que se han observado diferencias con significación estadística (diferencias observadas en la muestra extrapolables al conjunto de EAP) y relevancia desde el punto de vista cuantitativo.

Accesibilidad

En el 40% de los EAP, la media de días de espera para obtener hora con el médico de familia asignado es inferior a un día; en el 28%, de entre uno y dos días, y en el 32%, de más de dos días. El porcentaje de EAP donde se da un espacio diario reservado a la consulta espontánea sin haber pedido hora con el médico asignado, médico de familia y pediatra, el mismo día que se solicita es, respectivamente, del 95% y del 88,8%; en el 73,7% de los EAP estudiados, hay consulta espontánea de pediatría a partir de las cinco de la tarde en el centro de atención primaria (CAP).

En relación con la accesibilidad telefónica, los valores de los dos indicadores obtenidos (número de llamadas y tiempo necesario pa-

ra conseguir comunicación) varían en función del día de la semana y de la hora considerada; sin embargo, en general, son más altos los primeros días de la semana y a primera hora de la mañana, con una punta los lunes de 9 h a 10.30 h, donde hay una media de 7,64 llamadas y un total de 56,84 segundos también por término medio para establecer comunicación. El conjunto de indicadores obtenidos, para los cinco días de la semana y para tres tramos horarios, adopta valores inferiores (de 9 h a 10.30 h: 4,25 llamadas y 49,87 segundos; de 13.30 h a 15.30 h: 4,12 llamadas y 19,55 segundos; de 15.30 h a 16.30 h: 3,03 llamadas y 16,53 segundos). Por otra parte, en el 88,8% de los EAP, los usuarios tienen la posibilidad de contactar telefónicamente con el médico que tienen asignado, al menos, en un horario específico establecido a este efecto. La atención telefónica de las unidades de atención a los usuarios es, en términos generales, muy correcta desde el punto de vista de la amabilidad del profesional, con porcentajes muy altos de saludo (100% de los EAP), de identificación del centro (87,5%) y de resolución de una consulta relativa al cambio de médico dentro del EAP (94%); sin embargo inferiores en cuanto al trato de *Usted* (74,7%).

El 74% de los EAP tiene una guía de servicios a disposición de los usuarios, pero sólo el 28% de estas guías cumplen los criterios mínimos definidos en cuanto a contenidos, con un 23,5% para los EAP del ICS, un 20% para las EBA y un 45,5% para los otros proveedores.

En cuanto a la disponibilidad horaria de los profesionales, el porcentaje de médicos generales que hacen horario flexible representa el 32,2% en los EAP evaluados; hay diferencias entre grupos de provisión: en el caso del ICS es del 25,8%; en las EBA, del 75,6%, y en los otros proveedores, del 64,7%. El porcentaje de médicos generales que realizan horario partido representa el 1,5% en la muestra general y también se detectan diferencias entre grupos de provisión: en el caso del ICS es del 0,4%; en las EBA, del 24,4%, y en los otros proveedores, del 5,6%. El porcentaje de pediatras que efectúan horario exclusivo de mañana, representa el 40,4% en el conjunto de la muestra, con las siguientes diferencias para grupos de provisión: 46,2% en el ICS, 0% en las EBA y 11,2% en los otros proveedores.

Práctica clínica y efectividad

En la muestra global, se detecta una prevalencia de hipertensión arterial del 24,3% y los hipertensos con buen control (cifras inferiores a 140/90) constituyen el 43,7%. En el caso de los diabéticos, aparece una prevalencia del 8,5% y el grado de buen control (con última hemoglobina glicada < 7%) es del 38,7% (figura 1, página 35 del documento original en lengua catalana).

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de síndrome febril de origen vírico con tratamiento antibiótico es del 30,7% en el conjunto de la muestra; en este caso, se detectan diferencias entre los grupos de provisión de-

finidos: en el ICS es del 31,4%; en las EBA, del 11,3% y en los otros proveedores, del 29,1%. El porcentaje de pacientes con gastroenteritis tratados con antibióticos es del 18,5% en la muestra global, también con diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de provisión: en el caso del ICS es del 16,7%; en las EBA, del 6,3%, y en los otros proveedores, del 30,7% (figuras 1 y 2, página 35 del documento original en lengua catalana). El porcentaje de utilización de especialidades genéricas en la muestra general es del 8,03%.

En relación con las coberturas de vacunas, hay que considerar por separado la edad pediátrica del resto de grupos de edad. En el primer caso, la cobertura es del 85,3% en la población adscrita y registrada (figura 3, página 35 del documento original en lengua catalana), con niveles similares para grupos de provisión: ICS, 84,7%; EBA, 84,8, y otros proveedores, 89,3%. En cuanto a vacunaciones de adultos, se han observado las siguientes coberturas: vacunación antitetánica en la población mayor de catorce años adscrita y registrada, 64,9% (ICS, 63,4%; EBA, 50,1%, y otros proveedores, 76,1%); vacunación antigripal en la población adscrita mayor de sesenta y cuatro años, 55,7% (ICS, 54,6%; EBA, 59,2%, y otros proveedores, 61,7%) y vacunación antineumocócica en la población adscrita mayor de sesenta y cuatro años, 41,5% (ICS, 39,3%; EBA, 52,5%, y otros proveedores, 52,9%).

El porcentaje de población, hasta los catorce años, adscrita a la ABS incluida en el Programa de seguimiento del niño sano es del 83,8%, con diferencias estadísticamente significativas entre grupos de provisión: un 86,2% para el ICS, un 83,9% para las EBA y un 69,9% para los otros proveedores.

Los porcentajes de población mayores de sesenta y cuatro años y de setenta y cuatro años adscrita a la ABS atendida en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) son, respectivamente, del 8% (ICS, 7,8%; EBA, 7,9%, y otros proveedores, 8,5%) y del 13,6% (ICS, 13,5%; EBA, 11,6%, y otros proveedores, 15,4%). El porcentaje de pacientes atendidos en el programa ATDOM con llagas por presión es del 7% con las siguientes diferencias entre grupos de provisión: ICS, 6,3%; EBA, 3,5%, y otros proveedores, 11,3%.

El porcentaje de visitas médicas con solicitud de interconsulta en la atención especializada es del 10%; se encuentran diferencias por grupos de provisión: ICS, 10,4%; EBA, 7,8%, y otros proveedores, 9,7%. El porcentaje de visitas médicas con solicitud de análisis clínicos es del 11,2%, con las siguientes diferencias entre grupos de provisión: ICS, 11,8%; EBA, 12%, y otros proveedores, 9,5%. El porcentaje de visitas médicas con solicitud de radiología es del 4,1%, también con diferencias entre grupos de provisión: ICS, 3,8%; EBA, 5,2%, y otros proveedores, 4,5%.

Continuidad y coordinación

El grado de implantación de los protocolos de coordinación con los servicios de atención

de salud mental es del 80,2% de EAP, mientras que el grado de implantación de los protocolos de coordinación con la atención especializada es del 47,1%. En ambos casos se valora la existencia de un documento escrito donde se pueden protocolizar las relaciones del EAP con los otros niveles asistenciales.

Los datos obtenidos en relación con las listas de espera para la primera visita en la consulta externa de atención especializada (primer espacio disponible en la agenda de programación) son los siguientes: cardiología, 25,2 días; dermatología, 51,2 días; digestivo, 23,4 días; oftalmología, 50,8 días, y traumatología, 27,7 días.

Eficiencia

El coste por habitante y año en concepto de personal y bienes y servicios es de 99,2 € y el importe líquido de la prescripción farmacéutica por habitante y año es de 162,5 €. El ajuste en el presupuesto de farmacia asignando presenta una desviación positiva del 2,2%. El valor del primer indicador es similar en el ICS (99,9 €) y en los otros proveedores (98,5 €) ante las EBA, en que es inferior (95,4 €); en concepto de prescripción farmacéutica (importe líquido), es superior en los otros proveedores (170,1 €) ante el ICS (162,5 €) y las EBA (149 €); el ajuste en el presupuesto de farmacia que el Servicio Catalán de la Salud asigna a cada EAP (% de desviación con respecto al presupuesto) es mejor en el caso de las EBA (-5,1%) y en el de los otros proveedores (-1,9%) que en el del ICS (3%).

El número de solicitudes por 100 habitantes y año es de 13,6 para las pruebas de diagnóstico por la imagen, de 37,5 para las de laboratorio, de 6,1 para las otras pruebas complementarias (figura 4, página 37 del documento original en lengua catalana) y de 33,4 para las solicitudes de interconsulta en la atención especializada (figura 5, página 37 del documento original en lengua catalana). En relación con el consumo de pruebas complementarias, las diferencias entre grupos de provisión no son cuantitativamente demasiado relevantes; en el caso de las solicitudes de interconsulta por 100 habitantes y año, son las siguientes: ICS, 33,1; EBA, 21,9, otros proveedores, 39,5.

Atención comunitaria

Los dos indicadores obtenidos al respecto presentan los valores siguientes en el conjunto de la muestra: implantación del programa de salud escolar en el 72% de los EAP y media anual de 5,8 actividades de salud comunitaria por EAP.

Estructura

Las ratios de los profesionales de los EAP en relación con la población empadronada (figura 6, página 37 del documento original en lengua catalana) presentan los valores medios siguientes: 1 médico de familia por cada 1.599 habitantes mayores de catorce años, 1 pediatra por cada 1.102 habitantes meno-

res de quince años, 1 odontólogo por cada 1.718 habitantes, 1 enfermero por cada 1.618 habitantes, 1 trabajador social por cada 22.905 habitantes y 1 auxiliar administrativo por cada 2.330 habitantes. Las diferencias entre grupos de provisión se centran en las ratios de enfermeros (ICS, 1/1549; EBA, 1/2903; otros proveedores, 1/1530) y de auxiliares administrativos (ICS, 1/2534; EBA, 1/2318; otros proveedores, 1/1829).

En lo referente a diversos equipamientos de los CAP, se constata: disponibilidad de electrocardiógrafo (100% de los EAP), de agua caliente en las consultas (85,7%), de teléfono en las consultas (85,6%), de equipo de cirugía menor (80%), de maletín de paro cardio-respiratorio con desfibrilador (66%), de espirómetro (64%) y de ordenador en las consultas (53,2%). Se aprecian diferencias entre grupos de provisión en cuanto a la disponibilidad de teléfono en las consultas (ICS, 78,7%; EBA, 100%; otros proveedores, 95,6%) y de ordenador en las consultas (ICS, 38,5%; EBA, 100%, otros proveedores, 68,7%).

Actividad asistencial

El número de visitas por habitante y año es de 6,8 con las diferencias siguientes entre grupos de provisión: ICS, 6,8; EBA, 5,3, y otros proveedores, 7,5. El número de visitas de medicina de familia por profesional y día es de 28,5; en el caso de los pediatras es de 24, y en el de enfermería, de 15.

En el programa ATDOM, el número de visitas por enfermero y día es de 0,7, con diferencias entre grupos de provisión (ICS, 0,7; EBA, 1,3, y otros proveedores, 0,5); el número de visitas de médico de familia por persona incorporada al programa es de 3,2, con las diferencias siguientes entre grupos de provisión: ICS, 3,9; EBA, 2,3, y otros proveedores, 2,2%. El número de visitas de enfermería por persona incorporada al programa ATDOM es de 7,1 en el conjunto de la muestra, con las diferencias siguientes entre grupos de provisión: ICS, 8,0; EBA, 5,5, y otros proveedores, 5,6.

Satisfacción de los profesionales

Para poder valorar esta dimensión se ha utilizado el cuestionario de Calidad de vida profesional (QVP), validado estadísticamente. A través de los directores de los EAP, se han repartido 1.936 cuestionarios a todos los profesionales de los 50 EAP, y se ha obtenido una tasa de respuesta del 62% en el conjunto de EAP. En cuanto a la proporción de respuestas en los diferentes grupos de provisión, se encuentran las siguientes diferencias estadísticamente significativas: ICS, 60,4%; EBA, 70,3, y otros proveedores, 63,9%. De los profesionales que han contestado, el 96% tiene menos de cincuenta y seis años; son más jóvenes en las EBA y en los otros proveedores: los menores de cuarenta y cinco años representan el 83% en las EBA, el 80,5% en los otros proveedores y el 57,8% en el ICS.

La encuesta utilizada permite conocer el grado de calidad de vida percibida por los profesionales

en relación con el equilibrio entre las demandas y las cargas de trabajo, por una parte, y los recursos para afrontarlas, por la otra.

Del conjunto de indicadores sobre factores relacionados con las demandas (puntuaciones del 1 al 10), destacan como factores con resultado negativo la vivencia de los profesionales en cuanto a la cantidad de trabajo (8,44), la capacitación necesaria para el trabajo (7,95), la carga de responsabilidad (7,47) y la falta de tiempo (7,32); en cambio, los resultados son buenos para los siguientes factores de demanda: conflictos con otras personas del trabajo (3,16), incomodidad física en el trabajo (4,48), consecuencias negativas del trabajo para la propia salud (4,64) y falta de tiempo para la vida personal (4,73).

Respecto a los indicadores sobre factores relacionados con los recursos, destacan positivamente el apoyo que proporcionan los compañeros (7,07) y todos los indicadores sobre la motivación intrínseca de los profesionales (puntuación global de 7,8), especialmente la capacitación para el trabajo (8,4), el apoyo familiar (8,38) y la creencia de que su trabajo es importante para la vida de otras personas (8,03); en sentido contrario, tienen una valoración negativa las posibilidades de promoción (3,58), la actitud de la empresa en relación con la mejora de la calidad de vida del puesto de trabajo (4,18), la satisfacción con el sueldo (4,43), el reconocimiento del propio esfuerzo (4,75) y la información sobre los resultados del propio trabajo (4,96).

En cuanto a las diferencias entre grupos de provisión, son globalmente discretas (indicadores de demanda: ICS, 6,31; EBA, 5,91; otros proveedores, 6,07; indicadores de recursos: ICS, 6,11; EBA, 6,96; otros proveedores, 6,59), sin embargo son relevantes en relación con algunos aspectos específicos sobre los recursos, como es el caso de la satisfacción con el sueldo (ICS, 4,17; EBA, 6,05; otros proveedores, 4,56) o la percepción de la voluntad de la empresa por mejorar la calidad de vida del puesto de trabajo (ICS, 3,83; EBA, 5,83; otros proveedores, 4,62).

Auditoría de datos del seguimiento de la evaluación de los contratos de EAP de 2001

Con el fin de comparar el grado de concordancia de los datos suministrados por las entidades proveedoras en el proceso de evaluación de los contratos de EAP, se han auditado veintisiete variables que forman parte del seguimiento de esta evaluación. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de variables objeto de auditación, sin que estas diferencias sigan un patrón determinado que permita interpretar o concretar factores causales.

En relación con el grado de divergencia encontrado, se han observado las diferencias siguientes entre los datos proporcionados por las entidades proveedoras y las obtenidas por la auditoría: para dos variables, dife-

rencia del 100%; para cinco variables, diferencias entre el 20% y el 35%; para seis variables, diferencias entre el 10% y el 20%; para cinco variables, diferencias entre el 5% y el 10%, y para nueve variables, diferencias inferiores al 5%. Asimismo, el número de EAP sobre los que se ha obtenido información válida para cada una de las veintisiete variables es globalmente superior (80%) en la auditoría.

Conclusiones

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que la situación de los servicios de atención primaria es buena, en términos generales, aunque se identifican claramente puntos de mejora en todas las áreas valoradas.

En cuanto a la diversificación de la provisión, objetivan que los diversos grupos de provisión proporcionan ventajas en determinados ámbitos de la atención y presentan aspectos mejorables en otros, sin que haya ninguno que sea insatisfactorio o inmejorable. Es decir, todas las entidades proveedoras pueden sacar provecho de la experiencia de las demás y, al mismo tiempo, pueden proporcionar también elementos de mejora al resto. Para buena parte de los indicadores obtenidos, no se observan en la muestra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de provisión definidos. En los casos donde sí que se encuentran, las hay relevantes, que acostumbran a estar relacionadas con rasgos característicos del tipo de provisión: de manera particular, los aspectos de los servicios que tienen mayor relación con el hecho de que haya una auténtica relación contractual con la entidad proveedora y con la flexibilidad en la gestión de los recursos humanos y económicos (ajuste en el presupuesto de farmacia, accesibilidad horaria de los profesionales, determinadas dotaciones de equipamientos) presentan mejores resultados en las EBA y en el grupo de otros proveedores.

Desde un punto de vista general, la valoración de estos resultados tiene que permitir, por una parte, priorizar en los contratos los aspectos de los servicios que se han mostrado mejorables o sobre los que se han observado carencias, incorporándolos a los objetivos básicos de los contratos (comunes al conjunto de EAP). Por otra parte, habrá que poner a disposición de las entidades proveedoras y de las regiones sanitarias los resultados de este estudio para que identifiquen las áreas de mejora relacionadas con el modelo de provisión, y también los instrumentos necesarios para posibilitar los cambios deseables y facilitar la colaboración entre proveedores.

Asimismo, hay que constatar que la gran mayoría de propuestas y líneas de mejora que se derivan de la valoración de los resultados de este estudio se recogen en el Plan de mejora de la atención primaria, cuyas características definitorias se presentan en otro artículo de este mismo número.

También será necesario que el Servicio Catalán de la Salud continúe realizando sus acti-

vidades sistemáticas de evaluación de los servicios de atención primaria, y que las intensifique y profundice, incorporando nuevos indicadores y metodologías cualitativas. Sería igualmente aconsejable complementarlas periódicamente con la elaboración de estudios con una orientación similar a la de éste, pero que analizasen un tiempo de evolución más largo, un mayor número de casos en cuanto a los modelos de provisión de introducción más reciente, particularmente las EBA, y una agrupación más homogénea a la hora de definir los grupos de provisión alternativa al ICS.

En lo que concierne al segundo gran objetivo de este estudio, la auditoría de datos, se ha constatado la existencia de un cierto grado de discordancia, que para algunas variables es importante, entre los datos proporcionados por las entidades proveedoras y los datos obtenidos en la auditoría, tanto en lo que respecta al valor de estas variables como a la cantidad de datos obtenidos. Sin embargo, es importante subrayar el hecho de que las discordancias observadas afectan a todos los grupos de provisión y a todos los tipos de variables de manera parecida, sin que haya un patrón determinado. Por esta razón, parece más pertinente atribuir las diferencias a las dificultades que, en general, experimenta nuestro sistema sanitario en relación con el conjunto de sistemas de información (informatización insuficiente, existencia y calidad de registros, especificaciones de datos, coordinación, etc.) y con el reconocimiento insuficiente (en cuanto a tiempo y prioridad) de las tareas relacionadas con la información y la evaluación.

Los resultados obtenidos mediante esta auditoría aconsejan repetir anualmente el ejercicio de validar los datos que suministran las entidades proveedoras en el proceso de evaluación de los contratos de EAP, para profundizar en el análisis de las diferencias observadas y realizar su seguimiento, y porque la posible inclusión de cualquier EAP en la muestra constituye un mecanismo incentivador de la calidad de los datos que aquéllas proporcionan. •

Joan Antoni Ponsà, Silvia Cutillas, Àngels Elías, Josep Fusté, Carme Lacasa, Miquel Olivet, Concepció Violan
División de Atención Primaria. Área Sanitaria. Servicio Catalán de la Salud

Joaquim Bañeres, Joan Ferrer, Carola Orrego, Rosa Suñol
Fundación Avedis Donabedian

Gestión de la compra de atención especializada

Este artículo trata del impacto que tiene la gestión de un presupuesto de gestión de la atención especializada en el grado de resolución de la atención primaria, de la relación entre los diversos niveles asistenciales, de la accesibilidad de los usuarios y de la calidad de las derivaciones. Este sistema de gestión es un buen instrumento para alcanzar los objetivos descritos, no es el único;

sin embargo hay que tener claro el fondo de la cuestión, y es que la organización de nuestro sistema sanitario presenta muchos aspectos que son mejorables. Resolver estos aspectos en el ámbito de la relación entre los niveles asistenciales puede dar como resultado un sistema sanitario mucho más eficiente y satisfactorio para todos, sólo se necesita estar lo suficientemente abiertos a los cambios que deben permitir que las cosas mejoren.

Introducción

En el proceso de creación e implantación del modelo de entidades de base asociativa en Cataluña, también conocido como autogestión, se planteó desde un buen principio (1986) la conveniencia de que la entidad que realizará la provisión del servicio de atención primaria gestionara un presupuesto específico para la compra de radiología y análisis clínicos. Con ello se pretendía facilitar el uso de estos procedimientos y, de manera simultánea, racionalizar su consumo. También se veía factible mejorar los costes con la competencia que se generara entre los agentes del sistema sanitario público. Al cabo de dos años, el CatSalut decidió traspasar el riesgo de gestión del resto de pruebas complementarias y del material para el control de la glucemia de los diabéticos a todos los proveedores del sistema sanitario. Esta experiencia permitió fijar una asignación de recursos a cada entidad que, normalmente, se ha cerrado sin déficits relevantes. En el ejercicio siguiente, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) decidió implicar en la gestión de su presupuesto de farmacia a gran parte de las entidades que gestionaban la atención primaria fuera del ámbito del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Con estas herramientas en manos de las entidades que gestionan la atención primaria se disponía de gran parte de los elementos que facilitan una adecuada respuesta asistencial en el marco de los equipos de atención primaria. En aquel momento, en el año 1998, se planteaba, y se plantea todavía, un problema en la relación entre la atención primaria y la atención especializada. Cada uno de los niveles actuaba, y actúa, según sus propios intereses, sin considerar demasiado los del otro, y, a menudo, poniendo los de los pacientes en un segundo término. Para intentar resolver esta situación, la región sanitaria Centro del CatSalut y el EBA Equipo de Asistencia Primaria Vic, SL llegaron a un acuerdo para gestionar una parte del presupuesto de la atención especializada que daba servicio a los ciudadanos adscritos al ABS Vic 2.

Hipótesis de trabajo

El acuerdo nació a partir de la hipótesis de que, para mantener una relación eficiente entre niveles, era preciso establecer una relación contractual entre entidades con contraprestación económica. También había acuerdo en el hecho de considerar que muchos de los procesos de atención que se realizaban no se abordaban desde el dispositivo más

eficiente, y para resolver esta cuestión era necesario que la atención primaria asumiera más competencias y que la atención especializada participase activamente en este proceso de cambio en la organización asistencial.

Descripción del proceso

En primer lugar, se analizaron los datos de derivación de la atención especializada correspondientes al año 1997, realizadas desde el ABS Vic 2, en el Hospital General de Vic, en la Clínica de Vic (Quinta de Salud la Alianza) y en el CAP Osona. Fue considerado el total de derivaciones por especialidad y los diagnósticos que las generaron, clasificados según la Clasificación Internacional de atención primaria (CIAP) con el fin de valorar el volumen de derivaciones de cada especialidad, y si era pertinente esta derivación en función del diagnóstico. Las especialidades, ordenadas de mayor a menor según el número de derivaciones, eran las siguientes: oftalmología, traumatología, dermatología, otorrinolaringología, urología, atención a la mujer, cirugía general, cirugía vascular, aparato digestivo, etc. Una vez conocida la actividad, se realizó una investigación de datos para cuantificar el coste, por habitante y año, de la atención especializada (consulta externa y pruebas complementarias) de las seis primeras especialidades por número de derivaciones, que ellas solas ya explicaban más del 70% del total. Se encontró un estudio, realizado desde el mismo CatSalut, según el cual, teniendo en cuenta los precios de 1998, el coste en euros por habitante de cada una de estas especialidades era: oftalmología, 1,43; traumatología, 1,65; dermatología, 1,50; otorrinolaringología, 1,01; urología, 2,15, y atención a la mujer, 5,30. Con estos parámetros se pactó que iríamos asumiendo la gestión del presupuesto de la atención especializada de dos especialidades cada año, siguiendo el orden de más a menos derivaciones. Con el fin de validar este criterio, se cruzaron el número de derivaciones con los motivos de derivación y se analizó si el número de derivaciones asumibles desde nuestra ABS, con la garantía de una atención de calidad equiparable, eran proporcionales al volumen total de cada una de ellas. Los resultados nos demostraron que la relación entre el número de derivaciones y procesos que podían resolverse en la atención primaria tenían una relación directa y, por lo tanto, se tomaron las especialidades por el mismo orden y de dos en dos.

Los objetivos que se perseguían al gestionar este presupuesto eran los siguientes: aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria, hacer más eficiente al sistema sanitario público, mejorar la calidad de la atención especializada que reciben nuestros pacientes, hacer más accesibles los servicios y las prestaciones y aumentar la satisfacción de los ciudadanos respecto a esta prestación.

Para gestionar el presupuesto de cada especialidad, se consideraron los aspectos siguientes: capacidad de nuestro servicio de abordar los problemas de salud que hasta

aquel momento se derivaban a la atención especializada y que ahora queríamos atender nosotros, problemas de accesibilidad, aspectos de intercambio de información para asegurar la continuidad asistencial, pacto terapéutico y costes de todo el proceso.

En aquel momento, en la comarca de Osona había tres centros que prestaban atención especializada pública, en muchos casos atendiendo las mismas especialidades; por lo tanto había un marco de competencia regulada que creemos que es imprescindible para mejorar la eficiencia de la relación entre niveles asistenciales. En la actualidad, este campo de competencia regulada se ha reducido mucho y, por lo tanto, también se han reducido las posibilidades de mejora del servicio.

La dinámica de cada una de las especialidades ha sido muy parecida y creemos que es útil para alcanzar el objetivo de asumir mayor número de competencias desde la atención primaria.

El caso de la oftalmología

Para hacerlo más comprensible, explicaré el proceso seguido en la especialidad de oftalmología, la más utilizada y la que tenía, al menos en nuestro centro, más derivaciones no adecuadas. En los motivos de derivación de esta especialidad aparecen dos grupos de problemas. En primer lugar, los de refracción por un déficit visual y los de las enfermedades oculares. Dentro de este último grupo, las enfermedades pueden separarse en las que necesitan una valoración y/o un seguimiento por parte del oftalmólogo o oftalmóloga, las que se pueden resolver en nuestro centro y las actividades de prevención referentes a algunas patologías concretas, como la observación del fondo del ojo en la diabetes *mellitus* o la hipertensión arterial. La actuación habitual de nuestro centro era derivar al oftalmólogo o oftalmóloga la mayoría de casos de todos los grupos, excepto algunos casos banales de conjuntivitis. Contactamos con el Hospital General de Vic y con la Clínica de Vic con el fin de llegar a un acuerdo para poder establecer un nuevo marco de relación en esta especialidad, por motivos que ahora no vienen al caso. El acuerdo se cerró con la Clínica de Vic. Para el asesoramiento externo de las dos partes se buscó el apoyo del Servicio de Oftalmología del Hospital de Sant Pau. Profesionales de las tres instituciones protocolizaron las actuaciones para cada episodio de consulta, describieron las necesidades de formación entre los profesionales de la atención primaria, evidenciaron las necesidades de los recursos materiales necesarios para alcanzar esta nueva dinámica de trabajo, normalizaron las derivaciones referentes a información y preparación de los pacientes para acudir a la visita del oftalmólogo o oftalmóloga, evaluaron los costes y planificaron las actuaciones pertinentes para dar respuesta a cada uno de estos aspectos.

Al final del proceso, y una vez realizadas todas estas actuaciones, se constató un cambio sustancial en las derivaciones de oftalmología. En estos momentos, todos los mé-

dicos del centro somos capaces de cribar los casos y derivar a refracción los déficits visuales sin otra patología oftalmológica, de derivar al oftalmólogo o oftalmóloga las patologías que se han pactado, en menos de quince días y con el fondo del ojo dilatado y de dar respuesta en menos de veinticuatro horas a los casos urgentes; tenemos la posibilidad de realizar todos los fondos de ojo de pacientes diabéticos sin problemas de accesibilidad, con el retorno de información garantizado.

Conclusiones

El mismo proceso se ha seguido con las otras especialidades y los resultados han sido parecidos. En este momento, pensamos que los recursos asignados han servido básicamente para resolver más problemas de salud en nuestro centro, para mejorar la accesibilidad de los usuarios y la relación del centro con los centros de atención especializada, todo ello con un coste no superior al que generaba la atención especializada de nuestro centro antes de establecer toda esta nueva dinámica.

Ahora nos encontramos en un nuevo marco, la compra de servicios sobre una base capitativa, que quiere empezar la misma dinámica de trabajo por procesos, pero intercambiando los recursos de los mismos proveedores de servicios. En todo caso, para llevar a cabo estos cambios en la organización de los servicios, es necesario que se mantenga un marco de competencia regulada entre diversas entidades y también romper las barreras entre niveles de asistencia para permitir adoptar soluciones más eficientes en la organización de la atención en cada proceso y momento. Por ello, las entidades y las instituciones tienen que ser mucho más flexibles, adaptables y sensibles a los cambios en cuanto a la financiación y a sus resultados en temas de calidad asistencial. •

Albert Ledesma Castellort
Médico de familia y director del Equipo de
Asistencia Primaria Vic, SL
ABS Vic 2

La atención primaria de salud en el marco de los sistemas de pago capitativo

El sistema de pago en la atención primaria tendrá que evolucionar hacia un modelo de base capitativa, introduciendo factores de ajuste según las diferencias en las necesidades sanitarias de la población, fundamentalmente sobre la base de edad y sexo, mientras que no se le puedan incorporar variables relacionadas con el estado de salud que aumenten la capacidad explicativa de las variaciones del gasto. Entre los factores de ajuste, también hay que tener en cuenta los de tipo estructural, principalmente ligados a la dispersión geográfica y accesibilidad. Por otra parte, el sistema tendrá que considerar la inclusión de posibles complementos, según programas y servicios específicos, y la corresponsabilización en el gasto que se derive.

En el marco del modelo de compra de servicios integrales de base poblacional, la atención primaria, igual que las otras líneas de servicios, no tiene un sistema de pago propio. Con la asignación de un presupuesto por cápita al conjunto de proveedores que operan en un territorio se pretende fomentar la coordinación de servicios, estimulando a que la atención se preste en cada caso en el nivel más adecuado y eficiente, y aumentar la equidad en la distribución del presupuesto sanitario.

1. Introducción

La reforma de la atención primaria en Cataluña se inicia en el año 1986 y, durante seis años, la única entidad proveedora de equipos de atención primaria (EAP) fue el Instituto Catalán de la Salud (ICS). No es hasta el año 1992 cuando se inicia la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria con los EAP de Vandellòs - Hospital de l'Infant, gestionado por Sagessa, y de Sant Cugat del Vallès y Olesa de Montserrat, gestionados por la Mutua de Terrassa.

El hecho de que la diversificación haya sido un proceso gradual ha supuesto que los EAP gestionados por entidades proveedoras diferentes al ICS tuvieran un sistema de pago basado en el presupuesto de funcionamiento previsto, siguiendo unos criterios similares a los aplicados para la asignación de recursos a los EAP gestionados por el ICS.

Además, dado que la reforma de la atención primaria no ha finalizado hasta este 2003, han coexistido áreas básicas de salud (ABS) reformadas y no reformadas, que dificultaba la implantación de un modelo alternativo de pago homogéneo en todo el territorio. Por otra parte, hay que tener en cuenta que muchos de los EAP gestionados por entidades diferentes al ICS cuentan con personal de la plantilla del ICS, lo que ha añadido complejidad a la hora de calcular la asignación real a cada EAP.

En los últimos años, países con diferentes sistemas de salud han sentido interés en la financiación capitativa para asignar los recursos sanitarios. El objetivo de la capitación y la metodología para asignar recursos puede variar en cada caso^[1,2,3]. Por una parte, encontramos los sistemas que tienen como finalidad determinar el valor esperado del gasto de un asegurado potencial de un plan de salud, en sistemas sanitarios basados en la competencia entre compañías aseguradoras en las que el objetivo primordial de la capitación es mejorar la eficiencia del mercado asegurador y minimizar los incentivos en la selección de riesgos. Por otra parte, en los sistemas que asignan recursos para las necesidades sanitarias de poblaciones determinadas, en los que, el comprador principal es el sector público, el objetivo de la capitación está más relacionado con la equidad como igualdad de oportunidad de acceso para una misma necesidad^[4]. El caso de Cataluña, podemos considerarlo dentro del grupo de países con sistemas nacionales de salud que han puesto en marcha experiencias de asig-

nación capitativa de recursos, en cinco territorios piloto determinados: Alt Empordà, Baix Empordà, Cerdanya y Osona^[5].

El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), como responsable de la planificación, compra y evaluación de los servicios sanitarios que se ofrecen a los ciudadanos de Cataluña, tiene la responsabilidad de plantear la reformulación del actual sistema de pago de los EAP.

En este artículo se analizan cuáles tendrían que ser las características básicas de un sistema capitativo de pago de atención primaria y el encaje de la atención primaria en las experiencias de compra integral de servicios de base poblacional.

2. Evolución del sistema de pago de los equipos de atención primaria

2.1 Criterios en los que se basa actualmente el pago en los equipos de atención primaria

El Decreto 179/1997, del 22 de julio, por el que se establecen las modalidades de pago que rigen la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del CatSalut^[6], en relación con la atención primaria incluye el siguiente texto: «La contraprestación de los servicios de atención primaria de los que convenga o contrate el Servicio Catalán de la Salud tendrá como referente a la población por atender. Este criterio tendrá que corregirse en función de parámetros socioeconómicos, demográficos y de dispersión geográfica.»

El pago de los equipos de atención primaria se ha basado en el cálculo de un presupuesto de funcionamiento a partir del análisis de las necesidades de recursos humanos, teniendo en cuenta a la población y características estructurales concretas, y de una estimación de gastos de explotación. El cálculo de otros servicios, como las tiras reactivas para los diabéticos y los productos intermedios, se ha realizado sobre la base capitativa. En la tabla 1 (página 43 del documento original en lengua catalana) se exponen los criterios para el pago de los EAP.

Otros aspectos se pagan según los costes identificados: la docencia, los refuerzos de verano y los refuerzos de invierno vinculados al Plan integral de urgencias de Cataluña (PIUC).

2.2 Estudios preliminares de asignación capitativa a EAP en Cataluña

En el año 1996, el CatSalut elaboró un primer documento interno sobre el modelo de contraprestación de la atención primaria, y se constituyó una comisión estable para trabajar esta cuestión, integrada por profesionales del CatSalut, representantes de diversos proveedores y asesores de la Universidad Pompeu Fabra, concretamente del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)^[7]. A partir de este grupo de trabajo, en el año 1998 se llevaron a cabo una serie de simulaciones para determinar una fórmula de pago de los EAP en función de los factores siguientes: precio base por cápita, población

mayor de sesenta y cuatro años, población menor de quince años, nivel socioeconómico y dispersión geográfica.

En este estudio se incluyeron los EAP que en fecha 1 de enero de 1998 hacían más de un año que funcionaban. A partir de los datos disponibles sobre los factores mencionados se llegó a construir un modelo. Sin embargo, la simulación hacía que las variaciones entre EAP fueran muy importantes, de manera que el porcentaje por cápita podía oscilar entre 20.805 pesetas y 9.532 pesetas. En el análisis de las diferencias entre el coste real y la propuesta de nuevo modelo de pago, se observó que en el 49,5% de los EAP la diferencia era superior a ± 20%.

A partir de este estudio, se corroboró lo que algunos expertos^[8,9] en el tema ya habían puesto de manifiesto: la dificultad de asignar mediante una fórmula capitativa los recursos a poblaciones pequeñas, como las de las ABS; los problemas en la cuantificación real de la población asignada; las limitaciones de la información sobre los pacientes individuales y la problemática ligada a la atribución de las características del área geográfica para cada individuo.

A pesar de estas dificultades, no parece posible que, en el momento de plantearse un cambio en el actual sistema de pago de atención primaria, éste pueda pasar por una fórmula cuya base no tenga en cuenta el volumen de población asignada al EAP. Se tendrá que buscar el modelo más óptimo posible que permita efectuar una asignación en función de las necesidades de gasto predefinido de una cierta población^[10-13].

2.3 Criterios para el diseño del sistema de pago de base capitativa

Las características de la atención primaria –accesibilidad, globalidad, longitudinalidad e integralidad– favorecen la confianza de los ciudadanos, centrando su atención en la población y en la persona, más que en la enfermedad. Para llevar a cabo sus funciones, y maximizar su capacidad resolutiva y desarrollar efectivamente su función de agente de salud, la atención primaria necesita tener una población asignada, frente a la que es responsable de la cartera de servicios que le corresponde. La definición de la población asignada a cada EAP se basa en la residencia de las personas y tendrá que considerar la libre elección de EAP en un contexto donde quiere darse mayor capacidad de elección a los ciudadanos. Esta concepción, estrechamente ligada a la atención de las personas y de la población, es la que fundamenta la coherencia de la asignación de recursos de base capitativa en el ámbito de la atención primaria. Sin embargo, las dificultades que hemos apuntado antes hacen que sea necesario introducir elementos de ajuste y elementos correctores en la asignación capitativa, establecer vías de corresponsabilización en la asunción de riesgos y, también, incentivos para estimular determinadas actividades.

En este sentido, a continuación se indican los principales criterios a tener en cuenta:

Definición de la población. La población de referencia es, obviamente, un elemento crucial en la definición de los sistemas de pago de base poblacional. Hoy en día, las personas asignadas a un EAP son las que residen geográficamente en el ámbito territorial de una ABS. Esta información, es posible obtenerla en el Registro Central de Asegurados (RCA). El RCA tiene la ventaja de que es una base de datos del propio CatSalut, que da a un usuario de alta y baja, de acuerdo con los criterios que previamente ha definido. Aunque hablamos de una asignación que será básicamente territorial, el RCA también permitirá identificar a la población que haya optado por escoger un EAP diferente del que le corresponde por residencia en el caso de que se apruebe la libre elección de EAP. En lo que concierne al grado de cobertura del seguro, la asignación de población a cada EAP debe tener en cuenta a la población asegurada que tiene derecho a las prestaciones de atención primaria a cargo del CatSalut, y ha de descontar a las personas residentes que tienen la cobertura de servicios de atención primaria a cargo de otras entidades aseguradoras (por ejemplo, MUFACE, PAMEM, entidades colaboradoras).

Base del coste para calcular el porcentaje por cápita. Para calcular el porcentaje por cápita, se partirá de los recursos destinados a la atención primaria para el conjunto de proveedores. Los recursos económicos que se contabilizan son los gastos de funcionamiento del EAP (incluidos los gastos de personal y otros gastos de explotación), tiras reactivas para los diabéticos y productos intermedios (pruebas complementarias).

Ajuste por riesgo. El ajuste por riesgo intenta reconocer las diferencias en el gasto esperado a causa de variables externas al servicio, es decir, factores que quedan fuera del control del EAP, en este caso. Podemos diferenciar las variables predictivas del gasto ligadas a las necesidades sanitarias de las personas y otros factores de tipo estructural.

En el primer grupo de variables hay que destacar la edad, sexo, estado de salud y nivel socioeconómico. Sobre estas variables, existe una cierta controversia sobre su capacidad explicativa, a menudo muy motivada por la dificultad de disponer de datos de calidad sobre estos aspectos, de manera que la edad y el sexo parece que son las variables de ajuste menos discutibles y que se tendrán que utilizar casi exclusivamente, hasta que no se disponga de datos que nos aproximen, en cuanto a la población asignada a cada EAP, al conocimiento del estado de salud de manera que esté tan poco influido por la oferta de servicios como sea posible. En el futuro, con las posibilidades de desarrollo de los sistemas de información en la atención primaria que abre la informatización de las consultas, hay que prever que podrán incluirse datos referentes a la morbilidad que presenta la población atendida. En la actualidad, los CAP que disponen de ordenador en la consulta son el 53,2% del total, y en el caso del ICS, esta cifra es el 38,5%^[14]. El proceso de

información y la implantación progresiva de un conjunto mínimo básico de datos en la atención primaria que permita disponer de información que combine datos sobre características demográficas, morbilidad y proceso asistencial de las personas atendidas^[15] hará posible utilizar sistemas de clasificación de pacientes para ajustar por riesgo, analizando previamente hasta qué punto la incorporación de esta información sobre el estado de salud o la carga mórbida de las diferentes poblaciones hace aumentar en este modelo su capacidad explicativa. Este tipo de información basada en la demanda atendida, a pesar de algunos problemas que presenta porque depende del nivel y las características de la oferta existente, representa la mejor aproximación a las necesidades sanitarias de las que se tienen datos disponibles y a partir de las que se pueden construir fórmulas de asignación de recursos de base capitativa^[8]. Atendiendo a la importancia de los sistemas de clasificación de pacientes por ajustes por riesgo, en el apartado siguiente se efectúa una breve descripción de sus características, especialmente en relación con la atención primaria.

En lo que concierne a los factores de tipo estructural, podemos destacar los que van ligados a la dispersión geográfica y accesibilidad, ya que hacen falta más centros y mayor número relativo de profesionales en el ámbito rural.

Complementos por cartera de servicios. Hay una serie de servicios y programas puestos en marcha por directivos de la autoridad sanitaria y que no tienen una relación directa con el volumen de población de un territorio determinado. Tendría que pagarse una cantidad adicional y en relación con el servicio que se ofrece (refuerzos de verano, PIUC, docencia, atención continuada, etc.).

Corresponsabilización relativa al gasto derivado. Desde la atención primaria se generan actuaciones que tienen una importante repercusión en el resto del sistema, como son la derivación de pacientes a la atención especializada y la prescripción farmacéutica. Evidentemente éstos son ámbitos de decisión clínica que corresponden a la atención primaria. En este mismo sentido, nos encontramos con la prestación por incapacidad transitoria, aunque la gestión del gasto por este concepto sigue una vía diferente de la del presupuesto sanitario. Así pues, sería necesario que el sistema de pago de la atención primaria incorporara elementos de corresponsabilización en relación con estas decisiones por la vía del concepto de «gasto máximo asumible» o por la repercusión financiera del coste de la primera consulta al especialista. Por otra parte, también sería necesario tener en cuenta la necesidad de corresponsabilizar la atención especializada respecto al coste inducido de farmacia en la atención primaria.

2.4 Sistemas de clasificación de pacientes en la atención primaria

El interés por comparar y medir la efectividad, eficiencia y calidad de la asistencia sa-

nitaria ha hecho que en los últimos años hayan surgido diversos intentos de definir sistemas de clasificación de las visitas, los episodios o los pacientes, que permitan medir la complejidad de la población atendida.

Los sistemas de clasificación de pacientes son una manera de agrupar a pacientes con una significación clínica y un comportamiento parecido, habitualmente de tipo económico (consumo de recursos), pero puede tener en cuenta otros criterios como pueden ser unas necesidades de atención parecidas. En la tabla 2 (página 46 del documento original en lengua catalana) se presentan, resumidos, los diferentes sistemas de clasificación disponibles utilizados en la actualidad en el ámbito de la atención ambulatoria^[16,17]. La evolución y el perfeccionamiento de estos sistemas serán muy importantes como apoyo para las estrategias de ajuste por riesgo en la financiación de los servicios con sistemas de base capitativa.

De todos los sistemas analizados, los más útiles para la atención primaria, y pensando en un sistema de financiación capitativa sobre la base de una población definida, son los que utilizan como unidad de análisis al paciente, trabajan con episodios y, además, permiten efectuar el análisis secuencial de la atención recibida en las diferentes líneas de atención sanitaria. De los sistemas a los que nos hemos referido, hay tres que cumplen las mencionadas características: ACG, CRG y GER/CNA.

En el Estado español, en la actualidad se están probando experiencias con los tres modelos mencionados. Los ACG han sido estudiados por diferentes autores^[17-19] y han demostrado que son útiles para discriminar los diversos tipos de pacientes atendidos y los recursos consumidos. Los GER/CNA^[20] permiten comparar el grado de resolución entre médicos o entre diversos centros y pueden ser de ayuda en la compra capitativa de atención primaria, además de que son los únicos elaborados en el Estado español. Los CRG^[21] parecen útiles para la compra de servicios integrales de base poblacional, y actualmente se está estudiando su comportamiento en una de las experiencias de zonas de capitalización de Cataluña.

3. La atención primaria en el marco del modelo de compra de servicios integrales de base poblacional con sistema de pago capitativo

El CatSalut puso en marcha, en el año 2001, la prueba piloto de implantación de un sistema de contratación integral de servicios sanitarios que tiene por objetivo garantizar el acceso a la atención sanitaria de una población definida dentro de un marco geográfico determinado, a partir de una concepción global de la asistencia que reciben los ciudadanos del proveedor o proveedores de servicios de las diferentes líneas asistenciales^[22].

Con la implantación de este nuevo modelo de compra se pretende superar los problemas que genera la actual compra fraccionada por líneas de servicios y evolucionar hacia la

compra integral y descompartmentada de servicios de salud, mediante la asignación de un presupuesto por capítulo para el conjunto de proveedores que operan en un territorio. El modelo de compra de base poblacional es uno de los instrumentos reguladores más potentes para fomentar la coordinación entre los proveedores: que el contrato por proveedor y línea asistencial no sea una limitación a la reordenación de los servicios orientados a aumentar la eficiencia del sistema^[23].

Al mismo tiempo, en la medida en que el modelo se extienda y que se perfeccionen los sistemas de asignación adaptados a las necesidades de cada población, la compra de base poblacional puede ser una manera más equitativa de la distribución del presupuesto.

Para implantar la prueba piloto, prevista inicialmente hasta el 2003, se han seleccionado las siguientes cinco zonas: Alt Empordà (Ribera de Ebro y parte de la Terra Alta y Priorat), Baix Empordà, Alt Maresme - Selva Marítima, Cerdanya y Osona.

Los objetivos iniciales del modelo de compra de base poblacional son los siguientes:

- Mejorar la calidad de los servicios de salud para que el paciente reciba la atención sanitaria adecuada a sus necesidades de salud en el nivel asistencial más apropiado.
- Mejorar la eficiencia del sistema de salud, de manera que favorezca la gestión coordinada de los servicios sanitarios y la continuidad asistencial.
- Estimular la creación de un sistema integrado de servicios de salud en una misma área geográfica mediante la constitución de alianzas entre los proveedores.
- Favorecer la equidad de acceso a los servicios de salud a la población.
- Evolucionar hacia la corresponsabilización en todos los niveles de la atención, con la transferencia de una parte del riesgo de gestión a los proveedores.

Las funciones de los proveedores del territorio de compra de base territorial se detallan a continuación:

- Facilitar la coordinación de la red de prestación de servicios pactada con el CatSalut.
- Establecer las colaboraciones, alianzas y sinergias entre los diferentes niveles asistenciales, orientadas a los objetivos fijados por el CatSalut.
- Garantizar a la población el acceso y la prestación eficientes de los servicios asistenciales pactados con el CatSalut.
- Lograr los objetivos sanitarios y económicos pactados con el CatSalut.

La asignación capitativa de base poblacional para los territorios de la prueba piloto se fundamenta en el parámetro constituido por la asignación media del gasto corriente sanitario neto* por habitante en Cataluña, modulado por un factor corrector que resulta de la ponderación de los indicadores socioeconómicos, demográficos y de disper-

sión geográfica conocidos, correspondientes a cada ámbito territorial donde se aplica la prueba piloto.

Con la información disponible hasta el momento, actualmente el factor corrector:

- 1) Pondera, para cada territorio, el gasto hospitalario y de farmacia (45% y 25% respectivamente del gasto del sistema) respecto al total de Cataluña (estandarización por edad y sexo).
- 2) Reasigna un presupuesto por criterios de dimensiones, dispersión y aislamiento del territorio.

En el contexto de pago de base poblacional o capitativo en el conjunto integral de servicios, no se tiene en cuenta el reparto, a su vez, del presupuesto por ámbitos o niveles asistenciales. En el marco de la compra capitativa en el conjunto de proveedores del territorio, éstos tienen que estudiar cuál es el dispositivo asistencial más pertinente para atender a cada paciente o a cada aspecto de la atención y tienen que organizar los servicios asistenciales según los principios inspiradores del sistema. En esta situación, los proveedores tienen que hacer su distribución del presupuesto, según la valoración de la aportación que hace cada dispositivo de atención y sus costes.

Este modelo, con el que se pretende ganar eficiencia en el conjunto del sistema sanitario, bajo el criterio de incentivar la prestación de la atención en el nivel más adecuado –en términos de resolución y coste de oportunidad– y estimular la atención compartida entre niveles, representa una oportunidad de potenciar el papel de la atención primaria y animar a los gestores a facilitar la colaboración y la permeabilidad de los procesos entre los diferentes niveles asistenciales. Por otra parte, se tendrá que velar para evitar que la dinámica de relaciones entre proveedores y una posible asimetría de recursos entre los diferentes dispositivos en cada territorio puedan ser factores desestabilizadores para la atención primaria.

Como conclusión, podemos afirmar que el pago de base poblacional en la atención primaria es válido en la medida en que mejoren los sistemas de información y pueda evolucionar en el conocimiento de las necesidades de la población de forma ajustada, y que, en un contexto de compra de servicios integrales de base poblacional, en el que ya se ha considerado el ajuste de la asignación en función de las necesidades teóricas para el conjunto de los servicios, no haría falta la subdivisión del presupuesto por niveles de manera externa a la organización de los proveedores. •

Rafael López

División de Compra de Servicios y Relaciones con Proveedores. Área de Servicios y Calidad. Servicio Catalán de la Salud

Concepció Violan, Josep Fusté, Ricard Ballbé
División de Atención Primaria. Área Sanitaria.
Servicio Catalán de la Salud

Francesc Brosa

Subdirección de Políticas de Calidad y Compra de Servicios. Área de Servicios y Calidad. Servicio Catalán de la Salud

COLABORACIÓN

Análisis de los modelos organizativos europeos en el ámbito de la atención primaria

Introducción y ámbito del estudio

La mayoría de los estudios económicos que se refieren a los recursos sanitarios han centrado primordialmente sus esfuerzos en conocer los determinantes del gasto, aspectos relevantes de su financiación, y la organización y gestión de la asistencia especializada, y de la hospitalaria, en particular. Este hecho, aunque es comprensible muchas veces porque existe una mayor disponibilidad de información y por determinadas culturas de gestión, no deja de ser sorprendente si consideramos que el número de contactos de los pacientes con la atención primaria supera, en más del doble, a los del resto del sistema, y que ésta es, en muchos países europeos, la puerta de entrada y el filtro clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

El concepto de atención primaria (AP) no es universal y, por lo tanto, lo primero que hay que hacer es encontrar las características comunes que definen a esta actividad en el conjunto de los países objeto de estudio. De las muchas definiciones que pueden encontrarse, utilizaremos la más citada, la definición de Starfield (1998: 20) que identifica las características principales de la atención primaria con «la puerta de entrada al sistema; la asunción de una responsabilidad longitudinal sobre el paciente independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad, y la integridad de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud». Es decir, filtro, longitudinalidad y universalidad^[1] son las notas características de la atención primaria por lo que respecta a la salud de los ciudadanos. En este artículo se analiza la situación de la atención primaria en Europa desde estas tres vertientes.

En el ámbito europeo, pueden establecerse tres modelos de atención primaria: (a) el de los países con sistemas nacionales de salud (países escandinavos, del sur de Europa y Reino Unido), donde, principalmente, prevalece el trabajo de equipo; (b) los países con sistemas de seguridad social (a excepción de Holanda), donde la asistencia la realizan profesionales independientes, y (c) los países con modelo Semashko (ex soviéticos), en los que la atención primaria pierde protagonismo, ya que queda subordinada a los especialistas de las políclínicas donde se presta, no siempre con un reconocimiento específico como tal área asistencial.

Sistemas de financiación y acceso del usuario. La universalidad

La universalidad de la asistencia está determinada por el criterio de la capacidad formal

de acceso de toda la población, pero este acceso se ve restringido también por otras características, como el nivel de copago, la distribución geográfica de los recursos en relación con la población o el tiempo de espera para una consulta.

La tabla 1 (página 48 del documento original en lengua catalana) recoge en una primera aproximación tentativa uno de los aspectos de acceso a la asistencia por medio de la información relativa de los tiempos de espera y de consulta con los médicos.

Desde un punto de vista formal, los sistemas nacionales de salud garantizan un grado mayor de universalidad de la asistencia que los sistemas de seguro social, que pueden dejar fuera del sistema a parte de la población residente. La tabla 2 (página 49 del documento original en lengua catalana) refleja el grado de cobertura de la población para los diversos países analizados. Como puede observarse, exceptuando el caso de los Países Bajos^[2] y de Alemania^[3], el resto de sistemas prestan cobertura directa del sector público prácticamente al 100% de la población.

A pesar de todo ello, y tal y como hemos comentado anteriormente, deben analizarse otros aspectos para determinar si el acceso a los servicios se realiza de manera efectiva. Entre otros puntos, el paquete (tipología y calidad) de los servicios a los que se accede, y particularmente, los costes financieros que asume el usuario en el punto de consumo de los servicios (copago).

Los grados de copago para consultas en la AP pueden observarse en la tabla 3 (página 50 del documento original en lengua catalana). En los países donde hay reembolso, el hecho de que el usuario tenga que adelantar parte del gasto sanitario, en forma de copago o pago directo, puede dificultar el acceso efectivo a la asistencia.

Otro de los factores importantes a tener en cuenta es el tipo de vínculo establecido entre el equipo de atención primaria, o el profesional, y el paciente. En la mayoría de sistemas sanitarios del Estado español, la libertad de elección se restringe básicamente a otro médico de la misma área de salud (desde 1986) o, en casos excepcionales, a un médico de otra área, siempre que éste lo acepte (cosa que generalmente no ocurre, ya que hay pocos incentivos). La tabla 4 (página 51 del documento original en lengua catalana) nos permite ver los diferentes elementos que afectan a este vínculo establecido entre médico y paciente (como la libre elección, o el papel de filtro ligado al seguimiento que hace el médico de cabecera del historial clínico).

Protagonismo de la atención primaria. Organización y formas de propiedad

Las principales reformas de los sistemas sanitarios de los países europeos han intentado otorgar cada vez mayor importancia a la atención primaria en el conjunto del sistema sanitario. La idea que hay al fondo es que la atención primaria tiene que ser el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema

ma sanitario, por diferentes motivos: (a) la continuidad asistencial, que tiene que empezar necesariamente con una intervención diagnóstica; (b) la contención de costes, por el mix de profesionales-tecnología de menor coste existente en la atención primaria y no en la atención especializada (AE), y (c) por la proximidad de la misma a su entorno de población, que permite realizar un seguimiento más esmerado y continuado de la asistencia.

El caso paradigmático del papel de filtro de la atención primaria es el del Reino Unido, con la relación de agencia postulada a favor de los médicos de cabecera para la provisión de los servicios sanitarios y con la potestad, en la actualidad, de las fundaciones de atención primaria (*primary care trusts*) –actualmente 303 en toda Inglaterra– de compra de los servicios especializados para sus usuarios.

El caso holandés también tiene un interés especial, ya que muestra cómo, en los sistemas de seguridad social, la atención primaria también puede funcionar como filtro de entrada al conjunto del sistema, para una buena gestión del riesgo de las compañías aseguradoras. En este país, los asegurados deben tener una referencia (volante) para acceder al médico especialista o al hospital. Estas notas simplemente indican la especialidad, no el especialista o el hospital, y, al mismo tiempo, mantienen la libertad de elección de los usuarios. El impacto de esta función de filtro está avalado por las pocas derivaciones a especialistas registradas (6% de las visitas en la atención primaria), a pesar del nivel relativamente alto de derivación a especialistas quirúrgicos.

En general, los países donde la AP no actúa como filtro directo del sistema son Bélgica, Francia, Islandia, Luxemburgo, Alemania y la mayoría de países del ya mencionado modelo Semashko. En el caso de los primeros, los pacientes tienen derecho a la libre elección de médico de cabecera y de especialistas, cosa que repercute en una menor coordinación de la asistencia. Sin embargo, entre estos países de seguro social, Francia ya ha intentado otorgar un papel de «tutoría» a la AP. El experimento se ha basado en el nombramiento de algunos médicos generalistas como médicos de referencia, que, a cambio, reciben un sistema de financiación de base poblacional o por cápita.

El protagonismo de la AP también puede medirse de manera indirecta por el porcentaje de médicos que se dedican a la asistencia primaria. En el caso español, este porcentaje es del 35%, mientras que la media en los países desarrollados se sitúa alrededor del 50%. La tabla 5 (página 52 del documento original en lengua catalana) nos permite observar las diferentes densidades de médicos generalistas para los principales sistemas sanitarios. Cabe destacar, en relación con el acceso, que un número mayor de médicos generalistas por habitante no indica siempre mejor acceso al sistema sanitario, ya que tiene que tenerse en cuenta su distribución geográfica. Esta es una cuestión de especial importancia en los casos de libre elección en

los que los médicos pueden concentrarse donde la demanda relativa es más alta.

En muchos casos, las formas organizativas de la atención primaria determinan el grado de protagonismo de este nivel en el sistema. Así, por ejemplo, la organización en torno a fundaciones (*primary care trusts*) en el sistema británico permite un relieve de la AP mucho más importante que en casos como el alemán o danés, en el que, tradicionalmente, ha sido realizada por profesionales, mayoritariamente con una práctica aislada y con menor capacidad negociadora y de influencia (tabla 4, página 51 del documento original en lengua catalana). Por no hablar ya de los casos como el español, en el que se trata de personal por cuenta ajena, con un estatus casi similar al del funcionariado.

La atención primaria en la mayoría de países, especialmente dónde actúa como reguladora de la entrada al sistema, tiene un papel central en la asignación de los recursos. Por este motivo, algunos países han optado por incrementar el grado de corresponsabilidad financiera de este nivel asistencial. En Europa, Reino Unido, Alemania y Holanda, y a escala internacional Estados Unidos (en sus prácticas aseguradoras) y Nueva Zelanda han introducido reformas que establecen responsabilidades financieras explícitas. Wilton y Smith (2002) evalúan los resultados de estas reformas sobre las mejoras de la eficiencia, y encuentran una relación positiva: la introducción de corresponsabilidad financiera en la AP parece que promueve la eficiencia y la reducción de costes, aunque el análisis no puede ser concluyente, ya que otras reformas introducidas en el mismo periodo y en estos mismos países pueden contaminar la relación observada.

A pesar de las características comunes detectadas en estos países, también hay algunas peculiaridades que vale la pena comentar, que hacen que ninguno de los países se adapte completamente al modelo teórico. Las reformas iniciadas en el año 1991 en el Reino Unido con la introducción de los GP Fundholders, que dan autonomía y responsabilidad financiera a la AP, han tenido continuidad con el establecimiento, en 1999, de los *primary care groups* y los *primary care trusts* (con responsabilidad sobre poblaciones de cien mil habitantes, y presupuestos tan altos como 29 millones de euros). Los *primary care trusts* son responsables de los déficits o los superávits, con un techo máximo negociado con cada *trust* según su dimensión y la población a la que dan cobertura, y con posibilidad de reinversión en la propia organización.

En el caso alemán, en 1993 se introdujo un sistema de presupuesto global de la AP en un intento de establecer un esquema de presupuesto *top-down* (de arriba a abajo). El sistema establece que el incremento medio del gasto sanitario en la AP no puede ser superior al incremento medio de los ingresos de los asegurados en los diversos fondos sanitarios. Los tipos de asistencia y los recursos destinados se negocian entre los fondos sanitarios y las asociaciones médicas

profesionales. Estos fondos se reparten entre los médicos, mediante un pago por acto médico, teniendo en cuenta que el precio dependerá del global de la factura de todos los médicos del fondo sanitario. Adicionalmente, en 1993 se fijó un primer presupuesto máximo para el gasto farmacéutico de la AP, y cualquier cifra superior a ésta reducirá el presupuesto del año siguiente hasta un máximo preestablecido, a partir del cual es la industria quién debe asumirlo.

De forma similar, desde 1994, los fondos mutuales holandeses de enfermedad tienen la capacidad de negociar selectivamente con médicos y farmacéuticos para dar cobertura a sus asegurados, no ya necesariamente con todos los médicos de la zona geográfica, tal y como se hacía en la regulación anterior. A pesar de ello, el Gobierno todavía regula las tarifas de la AP. Los actuales médicos generalistas reciben su remuneración ya sea sobre la base poblacional por cápita o por acto. El valor de esta remuneración se determina dividiendo el presupuesto global por el número de servicios proveidos en el periodo, como una forma más de *global budgeting* (o presupuesto global).

¿En qué se parecen estos sistemas al modelo teórico? Principalmente en la definición de un presupuesto prospectivo (que no recibirá ninguna corrección sustitutiva importante ni ningún ajuste *a posteriori*). Todos estos países presentan variaciones, en las dimensiones de la cesta de servicios, y en la forma del cálculo del presupuesto: en el Reino Unido se realiza por capitación ajustada al registro observado de gasto; en Alemania, por niveles históricos de presupuesto, y en Holanda, con criterios de reparto del presupuesto vinculados a razones financieras de disponibilidad presupuestaria.

Finalmente, la principal característica común es que todos los sistemas comparten la asunción de responsabilidades sobre déficits por los entes fundacionales (*primary care trusts* en el Reino Unido), por los profesionales independientes (Holanda) o por las asociaciones de profesionales (Alemania), y en menor medida también sobre los superávits (únicamente en el Reino Unido).

Integración asistencial y longitudinalidad de la asistencia

Las formas organizativas todavía son más importantes en el momento de influir en la longitudinalidad de la asistencia sanitaria, y en los sistemas de remuneración de los profesionales (tabla 4, página 51 del documento original en lengua catalana). Los sistemas donde se confronta la AP con la AE, como en el caso británico en el pasado, la longitudinalidad sólo se consigue por la vía de la regulación paralela, el profesionalismo o las guías entre niveles asistenciales. Tal y como afirma Ortún (2003), el hecho de centrarse en los niveles comporta optimizar el comportamiento en cada uno de estos niveles, lo que puede implicar beneficios redundantes en otros niveles más caros; la derivación de los casos que no interesen y la retención de los que sí

que interesen, aunque no sea el nivel más adecuado para la asistencia (por motivos clínicos o de coste); la duplicación de pruebas, o la no-consideración de las adecuaciones de otros niveles.

Es decir, aparece un cierto balance entre la integración de los servicios sanitarios, que favorece la longitudinalidad, y la independencia funcional de la AP, que favorece su papel protagonista y de cribaje de la demanda. Sólo si, en los sistemas integrados, la AP adquiere un papel protagonista en la propia organización, o si la gestión de estas organizaciones tiene una visión integral del sistema (mediante métodos de financiación que lo incentiven, por ejemplo de base poblacional o capitativa), ésta puede llevar a cabo efectivamente la tarea de filtro.

Los modelos Semashko pretenden conseguir la longitudinalidad de la asistencia, pero desde la especializada integrada en políclínicas, en detrimento de la asistencia primaria, que en muchos casos no es prestada por personal debidamente cualificado.

Los sistemas sanitarios similares al español (aunque no siempre con el mismo empuje descentralizador) mantienen un sistema integrado funcionalmente, aunque la longitudinalidad a menudo se rompe a causa de conflictos entre los profesionales a causa de la falta de incentivos financieros. En servicios territoriales más descentralizados del Estado, especialmente en aquéllos donde se ha intentado introducir una separación de la compra y la provisión de servicios, la importancia que se ha dado en los últimos años al papel de filtro de la atención primaria puede haber disminuido la deseada comunicación entre AP y AE, con claros conflictos como los relativos a la duplicación de pruebas.

La separación entre compra y provisión, sobre todo cuando se ha centrado la capacidad de compra en la atención primaria, como en el caso británico, parece que ha conseguido situar a la asistencia sanitaria en el nivel adecuado, y, en cierta medida, que ha mejorado la longitudinalidad de la asistencia en las atenciones de salud. No obstante, en la mejora de la calidad y la introducción de nuevas pautas en el uso de recursos, esta longitudinalidad no se ha producido siempre de manera generalizada (Wyke *et al.*, 2003).

La tabla 4 (página 51 del documento original en lengua catalana) nos muestra cómo, de hecho, la longitudinalidad de la asistencia no queda garantizada con ninguna de las formas organizativas vigentes en los estados europeos. A pesar de ello, cabe esperar que en los casos en los que la AP ha adquirido mayor protagonismo (Reino Unido, Italia, Noruega), ésta sea más elevada por una mejor capacidad de negociación de la AP con la AE. En los modelos integrados (España, Portugal, Semashko), unas fórmulas de capitalización global permitirían adecuar mejor la actividad a cada nivel asistencial e incentivarían un uso eficiente de los recursos; sin embargo los obstáculos que hay que superar son más importantes (desjerarquización como fórmula previa a la corresponsabilización).²⁵

Como reflexión

En resumidas cuentas, buscar la mejora del sistema sanitario, tanto en lo que concierne a los costes como a la orientación de la actividad, hoy lleva a favorecer una mejor integración asistencial. Al margen de que la integración de niveles produzca previsiblemente los ahorros potenciales mayores para nuestro sistema sanitario, ya que evita duplicidades; filtra mejor la demanda; adecúa las capacidades resolutivas; mejora la especificidad del especialista –una vez realizado el cribaje de la atención primaria–; mejora la cooperación en la gestión; planifica servicios, recursos logísticos y plantillas, etc. El cambio de óptica permite, en todo caso, rehacer el discurso económico-sanitario basado en objetivos de salud y no únicamente en cuestiones relativas a los medios financieros.

La integración implica incentivar la mejor resolución de los episodios clínicos, centrar el objetivo en los problemas de salud prevalentes territorialmente y recuperar la cooperación necesaria entre los que se financian a partir de unos mismos recursos públicos. La integración asistencial no es jerarquización: es compartir, no imponer; es buscar una nueva relación (o canal de comunicación) entre la especializada y la primaria, reforzando las habilidades gestoras y la cultura de la negociación razonada en esta dirección, a partir de la resolución conjunta y no de la segmentación del dispositivo. Ni la atención especializada ha de fagocitar a la asistencia primaria, ni, hoy por hoy, es realista postular una atención primaria que «compra» (supeditada) a la especializada. La confrontación y el artificio gestor –reflejado, en último término, en un nuevo coste de intermediación en el sistema– no puede ser una línea de avance. La planificación no puede perderse: desde la salud a los servicios, pasando por la cartera de derechos y deberes de los ciudadanos y pacientes, sin *free lunch* para nadie, disparando, todos ellos, con la pólvora del rey, es decir con el dinero de todos.

La integración es longitudinalidad, y por lo que respecta a su cobertura financiera (la facturación de los proveedores) caben destacar dos necesidades actuales básicas de nuestro sistema. En primer lugar, mayor transparencia en cuanto a financiación y gasto. En este sentido, el clientelismo político y la marginalidad son más fáciles en el caso de la compra miscelánea de actividad, por instituciones, programas y con subvenciones *ad hoc*, que no con la agregación capitativa, que hace que las cifras sean más transparentes y mucho más vinculables al discurso de la planificación de los objetivos de salud, que son, sin duda, poblacionales. Y en segundo lugar, la compra de servicios de base poblacional, que tiene que permitir la implicación social, de los intereses colectivos –también en la forma de financiación–, y, a la hora de complementar la financiación central, permite la apertura de un espacio mayor de responsabilización de la población en lo referente al uso de los servicios sanitarios.

1. La OMS define la atención primaria como: «Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, con apoyo científico y socialmente aceptable, que es de disposición universal en la comunidad y a un coste que la comunidad y el país pueden mantener en cada etapa de su desarrollo en el espíritu de autoconfianza y determinación. Constituye una parte integral del sistema sanitario del país, del cual es una función central y un objetivo principal, y del desarrollo global social y económico. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema sanitario y lleva a la sanidad tan cerca como sea posible de donde las personas viven y trabajan, y es el primer nivel del continuo asistencial.»

2. En el caso de Holanda (Países Bajos), el 100% de la población tiene cobertura para el seguro AWBZ, contra gastos excepcionalmente altos, y el 29% de la población tiene seguro privado sustitutivo, y en conjunto el total de población cubierta contra riesgos no catastróficos llegaría al 100%, de manera pública o bien privada.

3. Donde las personas no cubiertas no lo están voluntariamente y son el porcentaje de población más rica que asume individualmente el gasto sanitario (9%). •

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía Aplicada

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

Universidad Pompeu Fabra

Ivan Planas Miret

Investigador del Centro de Investigación en

Economía y Salud (CRES)

Profesor asociado de la Universidad Pompeu Fabra

ACTUALIDAD

Estado español

En el año 2003 se ha aplicado completa y definitivamente el nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas

El nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas marca de nuevo la estructura de los presupuestos generales del Estado para el año 2003. El presupuesto del 2002 ya reflejaba, tanto en los ingresos como en los gastos, una parte de los efectos derivados del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas; sin embargo el presupuesto del 2003 es el primero que, de manera definitiva, delimita la nueva estructura del sector público, una vez puesta en funcionamiento la nueva financiación autonómica.

Esta nueva financiación autonómica implica que gran parte de las transferencias o de los gastos que recibían las comunidades autónomas para financiar a la sanidad y a otros servicios se conviertan en una participación en los ingresos del Estado.

Se traspasan las competencias en materia de sanidad a todas las comunidades autónomas

Este nuevo paso que efectúan los presupuestos del 2003 implica, en lo que concierne a la sanidad, entre otras cosas, que el presupuesto estatal destinado al gasto sanitario del 2003 se reduce en un 95%, ya que ahora el Estado sólo administra directamen-

te la sanidad en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En la actualidad, los servicios de salud de cada comunidad autónoma son los responsables de administrar y gestionar los recursos destinados a la atención sanitaria del conjunto de los ciudadanos. A pesar de ello, el sistema de financiación introduce una serie de mecanismos para garantizar la equidad en la prestación de servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud:

- En primer lugar, se le introduce una cláusula de salvaguardia que obliga a las comunidades autónomas a destinar al gasto sanitario una cantidad mínima igual a la que reciben como transferencia e incrementarla, año tras año, de acuerdo con la evolución de los ingresos tributarios del Estado.
- En segundo lugar, se crea un fondo de cohesión sanitario, que pretende garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria pública en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados de la Unión Europea o de otros países con los que el Estado español tiene convenios de asistencia sanitaria recíproca.
- Y finalmente, se crean unas asignaciones de nivelación, que tienen como función garantizar la prestación de dos servicios básicos: la sanidad y la educación.

Se aprueba la Ley del Estado 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud tiene por objetivo, según expone en su preámbulo, la mejora de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos y, de este modo, intentar crear un sistema sin desigualdades, en el que se preserven los principios de accesibilidad, tiempo y seguridad.

En definitiva, esta Ley intenta garantizar la modernización y evolución del Sistema Nacional de Salud, abordando los aspectos de las prestaciones a los ciudadanos, la tarjeta sanitaria individual y la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas en diversos aspectos, tales como las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario. Asimismo, esta Ley de cohesión y calidad revisa la composición del Consejo Interterritorial y refuerza su papel.

La Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, crea el Fondo de cohesión sanitaria

Dentro del conjunto de fondos específicos que crea esta Ley, está el Fondo de cohesión sanitaria, cuya finalidad es garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados

procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que el Estado español haya suscrito convenios de asistencia sanitaria recíproca. Este Fondo está gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Ley 21/2001 dispone que el Ministerio tiene que establecer el procedimiento de compensación, con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, de las comunidades autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos desplazados.

Posteriormente, el Decreto 1247, de 3 de diciembre de 2002, establece los criterios y procedimientos que posibilitan la gestión y distribución de este Fondo.

Cataluña

Se aprueban los acuerdos de mejora retributiva de los profesionales sanitarios de la XHUP

La mejora de los recursos de la sanidad a raíz del nuevo sistema de financiación de la sanidad ha favorecido el incremento del presupuesto sanitario público y, en consecuencia, ha permitido satisfacer las nuevas retribuciones del colectivo médico de los centros del Instituto Catalán de la Salud (ICS) y de los centros concertados que conforman la red hospitalaria de utilización pública (XHUP). En efecto, el Parlamento de Cataluña aprobó, durante el mes de octubre de 2001, la resolución en la que se instaba al Gobierno de la Generalidad a equiparar las condiciones laborales de los profesionales del sector concertado de la XHUP y de la red de atención primaria con el resto del personal de la sanidad pública. Esta voluntad también se concretó en la disposición adicional quincuagésimo primera de la Ley de presupuestos de la Generalidad de Cataluña para el 2002. En consecuencia, el Gobierno adoptó un acuerdo, el 9 de julio de 2002, por el que fijaba una aportación a los centros concertados con el CatSalut de un total acumulado de más de 258 millones de euros en el periodo 2002-2006, para promover la armonización de las condiciones retributivas de los profesionales de la XHUP.

Por otra parte, el pasado mes de octubre de 2002 la mesa sectorial de negociación de la sanidad llegó a un acuerdo, suscrito por la Administración de la Generalidad y las organizaciones sindicales, sobre las condiciones de trabajo del personal de las instituciones sanitarias del ICS. Este acuerdo, entre otros puntos, comporta la implantación del nuevo modelo retributivo del ICS, que, a su vez, introduce una serie de elementos nuevos: la carrera profesional, la valoración de la consecución de los objetivos prefijados, el complemento de docencia, la polivalencia y la extensión del complemento específico a diversos grupos profesionales. También en este acuerdo se revisan la concepción del complemento de atención primaria y el resto de medidas de incentivación o promoción profesional y de condiciones de trabajo. Por este motivo, el Gobierno de la Generalidad prevé realizar un importante

esfuerzo económico en los próximos años con el fin de incluir en el presupuesto sanitario de los futuros ejercicios la necesaria consignación presupuestaria para financiar este acuerdo.

Ambos acuerdos retributivos, el de la XHUP y el del ICS, representan un paso más en el proceso de modernización de las instituciones sanitarias en Cataluña, en un entorno de cambio continuo y con el objetivo de desarrollar el modelo sanitario público en Cataluña, mediante la mejora de las condiciones de trabajo de sus profesionales.

El pasado mes de junio se publicaron las tarifas de la contratación de servicios sanitarios por el CatSalut para el 2003

La política de contratación de servicios sanitarios del 2003 se enmarca en los objetivos del CatSalut, es decir, planificar las prioridades de la atención sanitaria a partir de las necesidades de salud de la población, gestionar las prestaciones de manera eficiente, mejorar la calidad de los servicios para los ciudadanos y promover la participación de los profesionales en la consolidación del sistema sanitario catalán.

De este modo, para el 2003, se han determinado los precios unitarios y el resto de valores por los que se establecen las modalidades de pago que rigen la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud. La contratación se refiere al precio unitario medio del alta hospitalaria, la consulta externa, las urgencias, la cirugía menor ambulatoria, el hospital de día y las tarifas de técnicas, los tratamientos y los procedimientos específicos.

También se han establecido, para el año 2003, los valores de las unidades de pago para la contraprestación de los servicios que contrate el Servicio Catalán de la Salud llevados a cabo por los centros sociosanitarios en el marco del programa «Vida a los Años», las tarifas correspondientes a los servicios de hospitalización y rehabilitación de atención psiquiátrica y salud mental, la tarifa máxima de los servicios de litotripsia, las tarifas máximas de los servicios de asistencia integrada de pacientes susceptibles de enfermedad alergológica y de los estudios de hipersensibilidad a los medicamentos, las tarifas de los servicios de diálisis, las tarifas máximas de los servicios de rehabilitación funcional ambulatoria y domiciliaria y las tarifas máximas de los servicios de transporte sanitario.

Se aprueba la nueva redacción de los Estatutos del Consorcio Sanitario de la Cruz Roja en Cataluña y el cambio de denominación de la entidad

La IV Asamblea General de la Cruz Roja Española aprobó efectuar la retirada ordenada y progresiva de la actividad hospitalaria, por lo que, en este momento, se ha considerado conveniente cambiar el nombre del Consorcio Sanitario de la Cruz Roja en Cataluña y modificar sus estatutos para adaptarlos a una disminución progresiva de la participación de la Cruz Roja.

De este modo, con el Acuerdo del Gobierno de la Generalidad de Cataluña de 5 de noviembre de 2002, se aprobó la nueva redacción de los Estatutos del Consorcio Sanitario de la Cruz Roja en Cataluña y el cambio de nombre de esta entidad, que, a partir de ahora, se denominará Consorcio Sanitario Integral.

Las regiones sanitarias de Tarragona y Tortosa pasan a denominarse región sanitaria de las Tierras del Ebro

De acuerdo con la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, el Decreto 114/1994, de 3 de mayo, estableció que el Servicio Catalán de la Salud se ordena en demarcaciones territoriales denominadas regiones sanitarias.

Manteniendo este postulado de la Ley, el Decreto 79/2001, de 6 de marzo, ha creado la Delegación Territorial del Gobierno de la Generalidad en las Tierras del Ebro, que abarca territorialmente a las comarcas de las Tierras del Ebro, con la finalidad de garantizar en ellas una gestión coordinada y eficaz en las materias que las afectan y que son competencia de la Generalidad de Cataluña.

En lo que concierne a su estructura sanitaria, se han modificado los apartados del Decreto de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud correspondientes a las regiones sanitarias de Tarragona y Tortosa. Esta zona ahora recibe el nombre de región sanitaria de las Tierras del Ebro. Desde este momento, aparece una nueva distribución de los sectores sanitarios de ambas regiones sanitarias:

La región sanitaria de Tarragona está integrada por los sectores sanitarios de l'Alt Camp, el Baix Penedès, la Conca de Barberà, el Tarragonès, el Baix Camp y el Priorat. La región sanitaria de las Tierras del Ebro está integrada por los sectores sanitarios de la Ribera d'Ebre, la Terra Alta, el Baix Ebre y el Montsià.

Se revisa el catálogo de prestaciones ortoprotéticas

El artículo 3 del Decreto 79/1998, de 17 de marzo, por el que se dictan normas relativas a las prestaciones ortoprotéticas, modificado por el Decreto 128/2001, de 15 de mayo, establece que el catálogo de prestaciones ortoprotéticas debe aprobarse mediante resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud.

El contenido actual del catálogo, lo estableció la Resolución SSS/2177/2003, de 24 de julio, por la que se modificó el catálogo de prestaciones ortoprotéticas, y fue prorrogado para el 2003 mediante la Resolución SSS/3748/2002, del día 10 de diciembre.

Por todo ello y de acuerdo con lo que establece el citado artículo 3 y con la propuesta previa del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud, en la sesión de 24 de abril de 2003, se ha aprobado la revisión del catálogo de prestaciones ortoprotéticas que rige en todo Cataluña.

Se crea el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas (ICAM)

La Ley 31/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas, crea el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas, organismo autónomo de carácter administrativo, con la finalidad de realizar la inspección, evaluación y seguimiento de los procesos médicos y sanitarios correspondientes a las prestaciones del sistema de la Seguridad Social en materia de incapacidades laborales, y también las evaluaciones médicas de los trabajadores con posibles incapacidades para ejercer determinadas actividades o las funciones propias de su puesto de trabajo.

Asimismo, el ICAM dictamina sobre la adecuación de las actuaciones sanitarias del sistema sanitario de cobertura pública a la buena práctica profesional, en el marco de los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

Se crea el Consorcio Sanitario de Mollet del Vallès

Con la denominación Consorcio Sanitario de Mollet del Vallès se ha constituido un consorcio en el que participan el Servicio Catalán de la Salud, el Ayuntamiento de Mollet del Vallès y la fundación privada Hospital de Mollet del Vallès.

El objetivo de este Consorcio es la ejecución de actividades hospitalarias, asistenciales, preventivas, rehabilitadoras, docentes y de investigación, al servicio, principalmente, de la población residente en el municipio de Mollet del Vallès, la comarca del Vallès Oriental y su área sanitaria de influencia. •

www.gencat.net/catsalut

