

Ponsà JA [Buscar autor en Medline]



Evaluación de contratos de atención primaria 1993-2004: una experiencia desde un ámbito central de compra de servicios

Ver resumen y puntos clave

Ver texto completo

Volver al sumario

Texto completo

Introducción

En 1986, a partir de la entrada en funcionamiento de los primeros equipos de atención primaria (EAP) y tras la experiencia previa de diversos centros adscritos a la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Barcelona y de algunos centros-piloto, se inició de forma efectiva en Cataluña la reforma de la atención primaria de salud (RAP) con el propósito de superar el modelo asistencial hasta entonces existente: una asistencia médica ambulatoria basada en el predominio abrumador de la atención curativa a demanda de la población usuaria y en el trabajo individual de los profesionales asistenciales, que carecía de una oferta orientada hacia la atención al cliente. El proceso de desarrollo de la RAP comportó la implantación progresiva de un nuevo modelo más propicio para desarrollar el papel de la atención primaria de salud como primer nivel de acceso de la población a la asistencia sanitaria y para transformarla en un nivel asistencial cualitativamente diferente, capaz de integrar de forma equilibrada la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad ^{1, 2, 3, 4}.

De forma paralela, al amparo de la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC) ^{5,6}, promulgada en 1990, el modelo sanitario público catalán se orientó hacia el reconocimiento explícito y la formalización de un cierto reparto de papeles entre las diferentes instancias que integraban el sistema sanitario, siguiendo la tendencia reformista de algunos sistemas europeos de la época, formalmente dirigidas a mejorar la eficiencia del sistema sanitario y la calidad de los servicios preservando la equidad en su prestación pero, probablemente, con diversidad de propósitos en la práctica ^{7,8,9}. Esta distribución de funciones permite identificar actualmente los siguientes niveles: legislativo y ejecutivo (Parlament y Govern), financiador y planificador (Departament de Salut), comprador de servicios (Servei Català de la Salut [CatSalut]), proveedor de servicios (Institut Català de la Salut [ICS] y otras entidades proveedoras), asistencial (profesionales) y ciudadano (usuarios) ¹⁰.

bibliografía

1. 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.
2. Ponsà JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Olivet M, Violan C. La reforma de l'atenció primària de salut. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari 2003; 37:8-15.
3. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya (DOGC núm. 527, 10/4/1985, correcció d'errades DOGC núm. 552, 19/6/1985).
4. Ordre de 6 de maig de 1990, d'aprovació del Reglament Marc de funcionament dels equips d'atenció primària (DOGC núm. 1309 de 25/6/1990).
5. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 1324, 30/7/1990).

Ver més

enlaces

No hay enlaces de interés



Sin embargo, su elemento más característico consistió, a grandes rasgos, en la separación entre la financiación, la planificación y la compra de servicios, por una parte, y su provisión por otra; las primeras quedaban a cargo de la administración sanitaria, mientras que la segunda, se encomendaba a entidades proveedoras de servicios de naturaleza jurídica diversa, básicamente pública pero también privada. Todo ello dio lugar al inicio del proceso de diversificación de la provisión de los servicios de atención primaria, con la introducción de nuevas fórmulas de gestión a partir de las cuales cabía esperar la difusión de nuevas soluciones, específicas y flexibles, para los problemas complejos propios de la gestión sanitaria. Por otro lado, este proceso originó diferentes opiniones y un debate, poco racional a veces y aún no cerrado, sobre las implicaciones que comportaba respecto al carácter público de los servicios sanitarios la cesión de su gestión, a través de los contratos, a entidades proveedoras con participación total o parcial en su accionariado de capital privado o, incluso simplemente, a entidades proveedoras públicas diferentes del ICS, hasta entonces proveedor único de los servicios de atención primaria. Con la finalización de la RAP en 2003, el grado de diversificación en la provisión de los servicios se ha estabilizado en Cataluña en torno a un 90% de EAP gestionado por entidades de carácter público y un 10% gestionado por entidades con algún tipo de participación privada en su capital ² (**tabla 1**).

El contrato de servicios

El contrato de servicios de atención primaria surgió en este contexto a partir de la necesidad de disponer de un instrumento que articulase la relación entre el CatSalut como comprador de los servicios sanitarios y las diferentes entidades que los proveían ^{1,2,9,10,11}. De este modo, la contratación se inició en 1992 y, a partir de aquí, se extendió progresivamente al conjunto de EAP con la firma de nuevos contratos y convenios, así como de un protocolo de colaboración mútua entre el CatSalut y el ICS, a lo largo de los años siguientes.

Desde el punto de vista de la planificación sanitaria, hay que entender básicamente el contrato como un instrumento orientado a facilitar la ejecución de las políticas sanitarias, mediante la operativización a través suyo de los objetivos formulados en los procesos de planificación de carácter directivo (planes de salud, planes estratégicos, etc.), y a hacer explícita y reconocer la cartera de servicios acordada con el ciudadano, garantizando su cumplimiento ^{1,2,9,10,11}. En el contrato, se formaliza el compromiso, por parte de las entidades proveedoras, de presentar una oferta asistencial y prestar unos servicios a la población acordes con los criterios especificados por la administración pública y, por parte del CatSalut, de garantizar el cumplimiento de los acuerdos contractuales mediante su evaluación y de abonar a estas entidades la contraprestación económica acordada en cada caso, según los sistemas de pago aprobados y las cláusulas aceptadas.

La evaluación de los contratos

Como ente público de carácter institucional adscrito al Departament de Salut, el CatSalut tiene encomendada la responsabilidad

institucional de velar por que la prestación de los servicios sea coherente con las líneas de planificación sanitaria establecidas y por que se lleve a cabo siguiendo criterios de equidad, calidad y eficiencia, de acuerdo con las necesidades específicas de la población en cada territorio ⁵. Por ello, a través del propio contrato de servicios de atención primaria, asumió también explícitamente la tarea de evaluar el cumplimiento de los compromisos contractuales contraídos por las entidades proveedoras y, por vía de consecuencia, los resultados del proceso asistencial más directamente vinculados al proceso de compra de servicios. De este modo, el CatSalut ha cumplido a lo largo de algo más de una década esta función evaluadora que ha supuesto, conceptualmente y en la práctica, una pieza fundamental de la planificación sanitaria y de la compra de servicios en Cataluña.

La evaluación de los contratos de atención primaria ha sido y es todavía un elemento básico para reorientar y priorizar anualmente la formulación de objetivos asistenciales (contractuales) para cada equipo de atención primaria, acordes con las líneas de política sanitaria establecidas por el Departament de Salut, y para definir por tanto, directamente y de modo específico para cada ámbito territorial (área básica de salut [ABS]), el tipo y las características de los servicios que se ofertan a la población en este nivel asistencial.

Permite igualmente proceder a la liquidación de la parte variable del pago fijada en el contrato, es decir, determinar qué porcentaje de aquélla debe abonar el CatSalut a las entidades proveedoras con las que el contrato comporta un flujo económico (todas excepto el ICS, cuya financiación proviene del denominado \blacklozenge presupuesto consolidado CatSalut-ICS \blacklozenge). Hay que entender esta parte variable, que supone todavía un modesto 5% del total del pago, como un mecanismo más de priorización, en este caso muy selectiva: de hecho, a través de los contratos, el CatSalut acuerda con las entidades proveedoras la prestación del conjunto de servicios que conforman la cartera de servicios de atención primaria (medicina general, pediatría, odontología, enfermería, trabajo social, atención al cliente), orientada hacia la consecución de los objetivos del Pla de salut ; la formulación de los objetivos contractuales supone un ejercicio de priorización de la oferta asistencial que culmina con la inclusión de algunos de estos objetivos en la parte variable del pago, incentivando por tanto su consecución también económicamente.

Desde el punto de vista de la administración sanitaria, esta evaluación constituye pues una pieza clave para valorar la actuación de las entidades proveedoras a las que se cede la gestión de los servicios. Ello tiene una especial relevancia en un contexto en que, con la intención de huir de la burocratización y la rigidez organizativa, se ha intentado 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 ¹.

Junto a todos estos aspectos que confieren coherencia al modelo, hay que valorar también positivamente los avances más específicos que se han ido consiguiendo en determinadas áreas importantes de los servicios de atención primaria gracias, entre otros factores, a la contribución de la evaluación y a la consiguiente reprogramación

anual que ésta ha permitido; tal es el caso, por ejemplo, de la implantación de programas como el Programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos -ATDOM- o el Programa de seguimiento del niño sano, de la extensión y cobertura de actividades preventivas dirigidas al control de factores de riesgo, del aumento de las coberturas vacunales en niños y adultos o de mejoras de la oferta asistencial respecto a la accesibilidad¹¹⁻¹⁸.

La evaluación de los contratos ha colaborado además de manera decisiva en la importante progresión que, desde el punto de vista cualitativo, ha experimentado la información disponible de forma sistemática sobre los servicios de atención primaria. Hasta el momento en que se inició la evaluación de los contratos, los datos de que se disponía regularmente se referían básicamente a los aspectos más cuantitativos de la estructura y la actividad asistenciales y estaban destinados sobre todo a proporcionar la información necesaria para la elaboración de memorias anuales, estadísticas, informes o estudios puntuales. La introducción de los contratos de atención primaria, junto con la de otros procesos de planificación o gestión relevantes, como los planes de salud, los planes estratégicos o las direcciones por objetivos, evidenciaron la necesidad de disponer también de información relativa a los contenidos y a los resultados del proceso asistencial¹⁹.

El proceso de evaluación de los contratos

Desde un buen comienzo y durante todos estos años, el CatSalut ha llevado a cabo la evaluación de los contratos de servicios de atención primaria desde dos niveles básicos¹⁹.

En un primer nivel, la evaluación es individualizada, focalizándose en las cláusulas y objetivos contractuales de cada uno de los contratos de EAP, y está a cargo de las regiones sanitarias en su calidad de interlocutoras directas de las entidades proveedoras en el proceso contractual y entendidas como órganos de desconcentración y descentralización del CatSalut. La proximidad y el mejor conocimiento de las realidades específicas de los servicios en el territorio, que ya les llevan a tener un gran protagonismo en el momento de la negociación de los acuerdos contractuales, otorgan también a las regiones sanitarias una posición y un nivel de competencia inmejorables para llevar a cabo este análisis a escala de cada equipo.

Existe también un segundo nivel de evaluación de los contratos, más general y propio de los servicios centrales del CatSalut. Al principio, tuvo una finalidad complementaria de seguimiento de las evaluaciones que se realizaban en el territorio, para llevar a cabo valoraciones globales y orientar las líneas generales de la compra de servicios : se seleccionaba un conjunto de indicadores de estas evaluaciones que fuesen comunes a las diferentes regiones sanitarias y a todos los EAP y que estuviesen relacionados con características relevantes de los servicios. Los criterios que se adoptaron para seleccionar estos indicadores fueron: priorización de los contenidos de los contratos (aspectos prioritarios, esenciales o representativos de la calidad de los servicios), calidad de la información (especificación exhaustiva de las características de los indicadores y de sus componente), factibilidad en relación con las

posibilidades reales de obtención de los datos con unos costes de información aceptables, comparabilidad y globalidad de la información (metodología homogénea de la recogida de datos, demandas al alcance de todas las regiones sanitarias) y simplicidad y agilidad del proceso de información, de acuerdo con las necesidades impuestas por la dinámica y el calendario contractuales 19-22.

Sin embargo, los últimos años, las actuaciones en este segundo nivel han adoptado un carácter más propiamente evaluativo al ir dirigidas a valorar el grado de consecución de un determinado número de objetivos contractuales formulados previamente para todos los EAP y definidos desde los servicios centrales o conjuntamente con las regiones sanitarias ²³⁻²⁵ (**figura 1**). Se trata por tanto de objetivos comunes a todos los contratos de atención primaria, con grados de consecución mínimos o que se fijan en cada contrato según determinan las regiones sanitarias en función de las características específicas de cada EAP y de cada ABS (por ejemplo, alcanzar un porcentaje mínimo del 60% de población mayor de 64 años asignada al EAP correctamente vacunada contra la gripe), con el horizonte marcado por los objetivos que establece el Pla de salut de Catalunya (**tabla 2**) .

Esta sistemática de evaluación ha intentado conciliar el gran número y diversidad de EAP (348 actualmente) con la necesidad de asegurar que la contratación de todos ellos contemple las prioridades establecidas globalmente desde el punto de vista de la política sanitaria, así como una oferta asistencial básica homogénea para el conjunto de la población, de acuerdo con los criterios de equidad territorial asumidos.

Dificultades experimentadas

Hay que constatar también que, a lo largo de todos estos años, el desarrollo de la evaluación de los contratos de atención primaria ha experimentado diversas dificultades, relacionadas principalmente con el propio desarrollo del modelo de contratación de servicios y con el proceso de información vinculado a la evaluación.

Los elementos de virtualidad que aún hoy caracterizan determinados aspectos de la contratación de los servicios de EAP han tenido una influencia negativa sobre la trascendencia de la evaluación de los contratos y sobre su repercusión en los servicios y en la actuación de las entidades proveedoras. Determinadas situaciones como la ausencia de una auténtica relación contractual entre el CatSalut y el ICS, la existencia en la práctica en algunos ámbitos territoriales de una cierta relación de cautividad mutua entre el CatSalut y algunos proveedores o el peso aún escaso de la parte variable del pago respecto al conjunto del contrato han restado impacto a la evaluación y han impedido sacar el máximo provecho de sus potencialidades ².

Asimismo, en ocasiones, las excesivas diferencias existentes entre regiones sanitarias en cuanto a los calendarios de contratación, la priorización, periodificación y formulación de objetivos contractuales y la definición de indicadores para evaluar su cumplimiento han hecho difícil gestionar globalmente un proceso contractual complejo,

que afecta a un gran número de EAP de notable diversidad.

En otros momentos, las dificultades han provenido de una clarificación insuficiente acerca de los objetivos que se perseguían con la evaluación de los contratos: se ha creído a veces que podía suplir la inexistencia o insuficiencia de instrumentos para la obtención de datos sobre atención primaria o para la evaluación de otros procesos de planificación ¹⁰. Resulta cierto que una parte de los datos y de la información que se generan en el proceso de evaluación de los contratos puede tener una cierta utilidad para otros procesos de información o, más difícilmente, de evaluación y que es conveniente buscar el máximo de coincidencias y sinergias entre los diferentes ámbitos de planificación y gestión en aras a una mayor eficiencia y coherencia de los procesos. Sin embargo, ello no ha de implicar que se desdibuje o condicione la función propia de la evaluación de los contratos, en el sentido de valorar la actuación de las entidades proveedoras y el grado de cumplimiento de sus compromisos; tampoco puede efectuar una labor indefinida de suplencia ante la ausencia de un sistema de información de la atención primaria adecuado. Forzar el instrumento para dar respuesta a otras necesidades como las mencionadas llevaba a correr el riesgo de desnaturalizarlo hasta el punto de incapacitarlo para cumplir las funciones esenciales que tenía asignadas.

Es precisamente en el ámbito de la información donde la evaluación de los contratos de atención primaria ha encontrado las dificultades más importantes. Como se ha comentado anteriormente, la introducción de esta evaluación comportaba o hacía patente la necesidad de una información hasta entonces no habitualmente disponible de forma regular sobre aspectos relacionados con el proceso y contenidos asistenciales, así como con sus resultados. Asimismo, el convencimiento general sobre la importancia de la evaluación de los servicios o, simplemente, de la disponibilidad de información sobre ellos puesta a disposición de la toma de decisiones se ha acompañado, desde diferentes niveles de la organización sanitaria, de unas demandas de datos a menudo poco priorizadas y desproporcionadas en relación con la capacidad del sistema para suministrarlos, tratarlos y elaborarlos y para el análisis de la información resultante. Todo ello con un coste económico y de recursos elevado y, sobre todo, con un grado de eficiencia manifiestamente mejorable.

Aunque es justo reconocer que la situación respecto a la disponibilidad de datos e información está mejorando en los últimos años, tanto el grado de informatización de las historias clínicas de atención primaria, nulo en el momento de introducción de la evaluación de los contratos y todavía insuficiente, como la inexistencia del Conjunto mínimo básico de datos de atención primaria (CMBD-AP) y, en definitiva, el escaso desarrollo de los sistemas de información en atención primaria constituyen una limitación muy importante para la resolución de los problemas planteados en este ámbito. Estas carencias han llevado a tener que recorrer a pesadas y poco eficientes metodologías alternativas para la obtención de datos sistemáticos (registros manuales o muestreos de historias clínicas, por ejemplo); se da además la circunstancia de que se trata de un trabajo que, durante mucho tiempo y todavía en muchos EAP, ha corrido a cargo de los propios profesionales

asistenciales del equipo, poco motivados por una evaluación que raramente coincidía con sus intereses profesionales más inmediatos y que se añadía a las importantes cargas de trabajo asistencial que afrontaban.

Finalmente, cabe señalar como otra cuestión importante el análisis de la calidad de los datos que se obtienen en el proceso de evaluación de los contratos de atención primaria. En el año 2002, la Fundació Avedis Donabedian llevó a cabo por encargo del CatSalut un estudio de evaluación de los equipos de atención primaria que, además de obtener los resultados de un conjunto de indicadores destinados a evaluar la reforma de la atención primaria y la diversificación de la provisión de servicios, tenía también como objetivo auditar los datos que habían proporcionado las entidades proveedoras en el proceso anteriormente citado de seguimiento de la evaluación de los contratos de EAP de 2001 ²⁶. Los resultados de esta auditoría pusieron de manifiesto que existía un cierto grado de discordancia, que para algunas variables era importante, entre los datos proporcionados por las entidades proveedoras y los datos obtenidos en la auditoría, discordancias que afectaban de manera similar a todos los grupos de provisión estudiados y a todos los tipos de variables, sin que existiese un patrón determinado al respecto. El análisis más detallado que siguió apuntó a causas ya sospechadas, relacionadas con las dificultades que experimenta en general la atención primaria en relación con los sistemas de información (informatización insuficiente, carencia de registros y mala calidad de los registros manuales existentes, especificación insuficiente de los datos, requerimientos contradictorios de datos, observación parcial de los criterios definidos para la recogida de datos, variabilidad de los datos en función de la fuente, etc.)²⁷.

Conclusiones

La evaluación de los contratos de atención primaria constituye una poderosa herramienta de la planificación sanitaria en el ámbito de la compra de servicios, que permite verificar si la provisión de éstos por parte de las entidades proveedoras se ajusta para cada EAP a las líneas de política sanitaria establecidas por la administración y a la cartera de servicios de atención primaria acordada, de acuerdo con las necesidades específicas de la población en cada territorio y con los criterios adoptados de equidad, calidad y eficiencia. Permite valorar el grado de cumplimiento de los compromisos contractuales específicos contraídos por las entidades proveedoras de los servicios de atención primaria, así como los resultados del proceso asistencial concernientes a la compra de estos servicios. A través de esta evaluación, se hace posible re orientar anualmente la formulación de los objetivos asistenciales que se priorizan para cada EAP y, por tanto, las características de los servicios que se ofertan a la población de cada ABS desde este nivel asistencial.

Para que la evaluación de los contratos de atención primaria desarrolle de manera óptima todas sus potencialidades, junto a la permanente necesidad de clarificar sus objetivos y otorgar consecuentemente competencias, responsabilidades y recursos a los niveles que corresponda, se hace necesario avanzar de manera decidida en algunos ámbitos relacionados, por una parte, con una mayor coherencia del modelo de contratación de servicios

(formalización de la relación contractual con el Institut Català de la Salut bajo fórmulas administrativas acordes con su naturaleza jurídica e institucional, incremento progresivo del importe económico que supone la parte variable del pago) y, por otra parte, con un mayor desarrollo de los sistemas de información de la atención primaria (informatización de la historia clínica, CMBD-AP, control de calidad y validación de los datos que se utilizan en el proceso de evaluación).

correspondencia: Toni Ponsà (tponsa@catsalut.net)

