

**JORNADA SOBRE LA PERSPECTIVA PROFESSIONAL DE LA
PROVISIÓ DE SERVEIS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA.**

**Anàlisi de les experiències de les entitats de base associativa
(EBA).**

Barcelona, 26 de juny de 2002

DOCUMENT DE CONCLUSIONS

Introducció

La separació de les funcions de finançament i de provisió dels serveis sanitaris és una de les característiques més rellevants del sistema sanitari públic de Catalunya, tot i que podem trobar els seus antecedents en la provisió de serveis d'atenció hospitalària d'aguts per a la població beneficiària de la Seguretat Social amb la concertació d'aquests serveis en territoris, com Catalunya, en els quals no es disposava d'una xarxa hospitalària pròpia suficient. La provisió de serveis d'atenció primària no havia estat objecte de concertació per part de la Seguretat Social, llevat de casos molt limitats a algunes mutualitats concretes que tenien una forta implantació en determinats territoris. En qualsevol cas, en el marc de la reforma de l'atenció primària de salut, no s'havia fet una diversificació de la provisió de serveis d'atenció primària en cap lloc de l'estat espanyol, fins que, a partir de la promulgació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), va iniciar-se a Catalunya. Cal dir, però, que en aquell moment ja era vigent la Llei General de Sanitat i, per tant, el procés de creació i desenvolupament del Sistema Nacional de Salut en el conjunt de l'estat feia anys que s'havia iniciat, de manera que la diferenciació de funcions en l'àmbit de l'atenció primària tenia lloc en un altre marc organitzatiu que el de la Seguretat Social.

La iniciativa d'obrir la provisió de serveis sanitaris d'atenció primària a altres proveïdors que els tradicionals de la Seguretat Social - a Catalunya l'Institut Català de la Salut (ICS) - va ser, doncs, original. El primer Equip d'Atenció Primària (EAP) gestionat per una entitat diferent de l'ICS va ser el de Vandellòs-l'Hospitalet de l'Infant posat en funcionament el 1992 per l'entitat proveïdora de serveis sanitaris SAGESSA. Des de llavors, aquesta alternativa s'ha anat desenvolupant de forma que en l'actualitat la proporció d'equips d'atenció primària de salut gestionats per entitats diferents a l'ICS és propera al 20%. Les entitats proveïdores altres que l'ICS mostren una notable variabilitat quant a estructures organitzatives i procediments funcionals però destaquen dues grans categories. Per una banda les entitats proveïdores constituïdes amb una perspectiva professional – les anomenades entitats de base associativa (EBA) - i la resta gestionades per entitats proveïdores de diferent titularitat.

Les EBA estan formades per professionals que es constitueixen com a empresa per tal d'autogestionar un equip d'atenció primària. En aquests moments hi ha 7 EBA en funcionament amb dues modalitats diferents de contractació de la provisió de serveis: cinc estan contractades directament pel Servei Català de la Salut (CatSalut): Vic-Sud, Barcelona-carrer Sardanya, Centelles, Alt Camp Oest i Barcelona-Poble Sec; i les altres dues (Barceloneta i Vila Olímpica) estan contractades per l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM), amb el qual el CatSalut té establert un conveni per a la provisió dels serveis sanitaris. En el procés de finalització de la Reforma de l'Atenció Primària de Catalunya es vol continuar impulsant la posada en funcionament de nous EAP amb aquesta fórmula de gestió, de manera que es preveu, depenent de la resolució dels concursos públics, arribar a uns 16 EAP gestionats per EBA (al voltant d'un 21% dels EAP previstos de gestió no-ICS).

Tot i tractar-se d'una minoria, aquestes entitats proveïdores de caràcter professional suposen una alternativa radicalment diversa i probablement per això generen moltes expectatives a la vegada que provoquen cert escepticisme. D'aquí l'interès d'analitzar les característiques més rellevants de les entitats que, sota un criteri ampli, poden considerar-se professionals en contraposició a les que bé pertanyen a l'ICS o a d'altres institucions, consorcis, etc.

Atès l'interès que han despertat les esmentades experiències del nou model de gestió en la provisió de serveis, el Servei Català de la Salut conjuntament amb l'Institut d'Estudis de la Salut van organitzar el passat 26 de juny una jornada de debat de la qual se n'exposa a continuació el contingut i conclusions.

Objectiu de la jornada

Analitzar les característiques de les entitats proveïdores de serveis d'atenció primària de salut finançades públicament a Catalunya i de base professional, per tal de valorar els pros i els contres d'aquesta mena de provisió de serveis sanitaris i, eventualment, les circumstàncies afavoridores i els obstacles potencials al seu desenvolupament futur.

Metodologia i continguts

La jornada va ser organitzada conjuntament pel CatSalut i per l'Institut d'Estudis de la Salut (IES). Es va dur a terme el 26 de juny de 2002, amb sessions de treball en grup durant el matí i presentació i discussió de conclusions a la tarda.

Es van constituir 3 grups de treball:

- Grup A. Característiques essencials i innovacions en gestió de les EBA.
- Grup B. Les EBA i la relació amb l'entorn del sistema de salut.
- Grup C. Serveis, activitats i resultats de les EBA.

En els grups de treball van participar un total de 32 persones, entre les quals hi havia 21 professionals de les EBA i tècnics del CatSalut, el Consorci Sanitari de Barcelona i de l'Institut d'Estudis de la Salut.

Equips d'atenció primària gestionats per EBA a Catalunya. Juny 2002

El juny de 2002 hi ha a Catalunya cinc EAP contractats directament pel CatSalut com a EBA i dos més que porten a terme les seves funcions des de la perspectiva d'entitats professionals similars a les EBA, contractades pel PAMEM, institució que està vinculada amb el CatSalut mitjançant un conveni específic. Les 7 àrees bàsiques de salut (ABS) a les quals donen cobertura els esmentats equips abasten una població total empadronada el 1999 de 110.028 habitants, amb característiques força diferenciades, tal com pot observar-se a la taula següent.

ABS	Població	0-14 anys	15-64 anys	> 64 anys	Taxa mortalitat estand. ¹
BCN 1A (Barceloneta)	14.847	10,5%	62,0%	27,5%	12,28
BCN 10 A (V. Olímpica)	25.783	14,0%	68,1%	17,9%	8,47
Vic-Sud	17.336	15,4%	67,2%	17,4%	8,84 ²
BCN 7B (Sardenya)	18.193	11,5%	67,7%	20,8%	8,23
Centelles	8.866	15,2%	67,6%	17,2%	9,43
Alt Camp Oest	5.104	13,6%	67,6%	18,8%	8,97
BCN 3A (Poble Sec)	19.899	10,5%	63,9%	25,6%	10,11

¹ Taxes de mortalitat estandarditzades 1994-1998 (taxes anuals per 1.000 habitants estandarditzades per edat pel mètode directe, segons la població de Catalunya 1996).

² Dades agregades del conjunt de les 2 ABS de Vic.

Fonts: Rectificació del Padró municipal d'habitants 1999. Institut d'Estadística de Catalunya.
Registre de Mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona.
Elaboració pròpia.

JORNADA D'ANÀLISI DE LES EXPERIÈNCIES DE LES EBA. CONCLUSIONS DELS GRUPS DE TREBALL

Grup A. Característiques essencials i innovacions en gestió de les EBA

Presentació del tema de discussió

L'objectiu del grup era debatre els trets diferencials de les entitats proveïdores dels serveis d'atenció primària de salut de base professional, destacant-ne les característiques més rellevants així com les perspectives del model en el futur. El debat es va desenvolupar al voltant de les qüestions següents:

1. Motius que impulsen a uns professionals a abandonar diverses situacions laborals prèvies i assumir directament la gestió.
2. Valor afegit, a nivell dels sistema sanitari, que aporten les EBA respecte a altres formes de gestió.
3. Trets distintius i/o innovadors d'aquestes entitats en relació amb l'organització, la provisió i la gestió de serveis sanitaris.
4. Possibles distorsions o riscos del model.
5. Perspectives de model en un futur immediat.

Motius que impulsen uns professionals a abandonar diverses situacions laborals prèvies i assumir directament la gestió

Malgrat que la incorporació dels professionals a una EBA vingui determinada per situacions professionals i personals diverses s'han identificat com a elements comuns:

- Pensar que aquest model ha de permetre donar sortida a les expectatives personals i professionals (mantenint la motivació i la il·lusió), a les quals des d'altres formes organitzatives és més difícil donar resposta.

- Formar part del sistema sanitari públic en una estructura no burocratitzada que permet adequar l'oferta de serveis a les necessitats de la població i la seva realitat sociocultural.
- Recuperar la pràctica liberal del professional sanitari recuperant el professionalisme com alternativa a la proletarització i funcionarització de les professions sanitàries.
- Afavoreix el compromís i la implicació al disposar de més autonomia per prendre decisions i més responsabilitat en assumir el risc de les mateixes.
- Satisfacció professional lligada a una millor relació amb l'usuari.
- Projecte que implica un major grau d'incentius directes i indirectes.

Valor afegit, a nivell del sistema sanitari, que aporten les EBA respecte a altres formes de gestió

- Contribueixen a evidenciar la necessitat de la desregularització del sistema.
- Aquest tipus d'organització orienta els seus serveis cap al client amb el consegüent augment de la qualitat percebuda per aquest davant l'agilitat d'adequar l'oferta a les necessitats i la demanda dels usuaris.
- Major satisfacció professional per l'augment d'autonomia clínica.
- Major capacitat d'implicació dels professionals (no es tracta de professionals incentivats sinó de professionals implicats en el projecte).
- Autoresponsabilitat dels seus actes per part dels professionals (coneixement de la importància i conseqüències dels seus actes).
- Millora de l'eficiència de gestió per simplificació d'estructura.

Trets distintius i/o innovadors d'aquestes entitats en relació amb l'organització, la provisió i la gestió de serveis sanitaris

Com a tret distintiu, aquest model trasllada tota la capacitat de decisió al professional la qual cosa l'apropa al ciutadà.

- És una organització amb gran capacitat d'innovació i adaptació.
- Participació clínica dels professionals en les preses de decisions.
- Capacitat de gestió de derivacions i exploracions complementàries.
- Augment de la capacitat de coordinació amb altres nivells (atenció compartida).
- Flexibilitat de recursos humans (horària, vinculació professional, etc).
- Incentivació econòmica segons resultats.
- Capacitat de reconeixement professional del treball dels diferents nivells de professionals que configuren l'organització.
- Augment d'accessibilitat del servei respecte a la rapidesa de resposta, disponibilitat i simplificació de tràmits.
- Potenciació de la relació personalitzada metge-pacient (continuitat assistencial).
- Facilitació de la participació comunitària.
- Alt nivell de sistemes d'informatització (HCAP, derivacions, protocols, etc).

Possibles distorsions o riscos del model

- Manca de lideratge generalitzable a tot el sistema pel que fa a les EBA.
- La incorporació de professionals no integrats als EAP gestionats per EBA dificulta la coordinació, disminueix la qualitat i genera problemes en l'aplicació de la política d'incentius.

- Sistemes de finançament heterogenis segons tipus d'entitats proveïdores. Necessitat d'homogeneïtzar el sistema i potenciar elements incentivadors de l'eficiència i la qualitat.
- Possibilitat d'aparició de crisis empresarials internes (conflictes entre socis, mobilitat dels professionals).
- Poc coneixement de les característiques del model EBA per part de la resta del sistema.
- És clar que els incentius econòmics són un element que caracteritza el model EBA però, en tractar-se d'una provisió finançada públicament, han quedar molt clars els límits d'aquests incentius per tal d'impedir un efecte pervers sobre la qualitat i sobre l'impacte de les intervencions respecte de la salut de la població atesa.

Propostes o consideracions de millora del model

- Modificació de l'actual sistema concursal segons llei de contractes de les administracions públiques. S'haurien d'introduir elements que disminueixin la incertesa que crea el fet de la caducitat dels contractes i poder valorar, en el procés de renovació/adjudicació, els resultats assolits.
- Derogació del decret actual d'acreditació de les EBA. Incloure les EBA en el futur model d'acreditació de serveis d'atenció primària.
- Revisió dels sistemes de finançament, optant per un sistema de base capítativa.
- Creació d'aliances estratègiques entre l'EBA (com a suport als nous projectes, sostenibilitat del model, projecció externa, facilitador de sinèrgies).

Participants

Albert Ledesma (EAP Vic-Sud)

Sina Gorrindo (EAP Vic-Sud)

Ramon Vilatimó (EAP Centelles)

Joaquim Pallejà (EAP Alt Camp Oest)

Francisco Godoy (EAP Barcelona 3A – Poble Sec)

M Ll. Galàn (EAP Barcelona 7B – Sardenya)

Josep Lluís Segú (EAP Barcelona 1A – Barceloneta)

Josep Andrés (EAP Barcelona 10A- Vila Olímpica)

Elena Calvo (CatSalut - Regió Sanitària Centre)

Moderador: Xavier Altimiras (Consorti Sanitari de Barcelona)

Secretari/relator: Miquel Olivet (CatSalut)

JORNADA D'ANÀLISI DE LES EXPERIÈNCIES DE LES EBA. CONCLUSIONS DELS GRUPS DE TREBALL

Grup B. Les EBA i la relació amb l'entorn del sistema de salut

Presentació del tema de discussió

Sota el títol amb què es plantejava l'àmbit de treball del grup B es va formular una qüestió que emmarcava l'objectiu d'aquest grup: aquesta fórmula de gestió permet plantejar estratègies innovadores o noves oportunitats per millorar la coordinació amb els altres agents de l'entorn rellevants per a la salut?

Dintre de l'entorn de relació de les EBA caldria distingir la resta d'agents en dos grans grups:

1. Dispositius d'altres nivells assistencials que participen, conjuntament amb l'EBA, en el procés de continuïtat assistencial (per exemple: atenció especialitzada, atenció sociosanitària, PADES, rehabilitació, programa d'atenció a la dona).
2. Dispositius no assistencials amb un paper rellevant per a la salut i dispositius assistencials que no participen en el procés de continuïtat assistencial (per exemple: serveis socials, serveis de salut pública, serveis educatius, representants de la comunitat, serveis de salut laboral, altres proveïdors d'atenció primària).

Relacions de les EBA amb dispositius d'altres nivells implicats en la continuïtat assistencial

En l'anàlisi d'aquestes relacions destaquen els següents punts:

- Incidència de les EBA en la capacitat de compra d'atenció especialitzada.

- L'experiència és limitada, atès que només els equips més antics en tenen.
 - Hi ha una gran diversitat territorial, amb el que això pressuposa en la variabilitat de la oferta.
 - No existeix una clara visualització de l'atenció primària com a "client" per part de l'atenció especialitzada.
 - Si no existeix la possibilitat de compra directa, la capacitat d'incidència minva radicalment.
 - Per altra banda, la compra directa comporta un perill d'inequitat per als usuaris d'altres proveïdors d'atenció primària sense aquesta possibilitat de compra directa.
-
- L'increment de la capacitat resolutiva d'aquests equips, en general no és viscuda com una amenaça per part dels altres dispositius.
 - Cal innovar en estratègies de coordinació (tutories, visites conjuntes, sessions de casos, rotacions per les especialitats...). Es percebeixen canvis d'actitud envers aquestes activitats per part de determinats especialistes, sobretot els afectats per la compra directa.
 - Cal més permeabilitat en la transmissió de la informació entre l'atenció primària i l'especialitzada.
 - S'ha d'aconseguir un major desenvolupament de la relació amb el nivell socio sanitari i també respecte a la relació amb el programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (atenció a la dona).
 - Quant a les mesures de qualitat de la continuïtat assistencial a través de la relació entre les EBA i els altres nivells assistencials, s'han portat a terme experiències d'anàlisi de l'adequació de les derivacions i enquestes als especialistes sobre les actuacions de l'equip.
 - Caldria aprofundir en la valoració qualitativa de l'assumpció de noves activitats per part de l'equip.

Relacions de les EBA amb dispositius d'altres nivells no implicats en la continuïtat assistencial

En aquest apartat destacarem els punts següents:

- En general la coordinació amb aquests dispositius no és diferent en funció de la fórmula de provisió de l'atenció primària, sinó en funció de les característiques i interlocutors específics de cada territori.
- S'estan endegant projectes de col·laboració entre les diferents EBA en funcionament.
- El grau de relació amb d'altres proveïdors d'atenció primària caldria que fos més alt.
- Les relacions amb aquests dispositius solen plantejar-se en una segona fase, quan l'equip es troba més consolidat.
- Hi ha hagut algunes experiències innovadores en la participació de la societat civil en la presa de decisions sobre: determinades qüestions organitzatives de l'equip, campanyes informatives, utilització de recursos, etc.

Participants

Marta Serrarols (EAP Vic Sud)

Encarna Zapata (EAP Centelles)

Sol de Rivas (EAP Alt Camp Oest)

Carles Alsina (EAP Barcelona 3A-Poble Sec)

J.M. da Pena (EAP Barcelona 7B-Sardenya)

Juanjo Avendaño (EAP Barcelona 1A-Barceloneta)

Miquel del Val (EAP Barcelona 10A-Vila Olímpica)

Francesc Fernández (CatSalut)

Carme Lacasa (CatSalut)

Moderadora: Lourdes Camp (Regió Sanitària Centre)

Secretària: Sílvia Cutillas (CatSalut)

JORNADA D'ANÀLISI DE LES EXPERIÈNCIES DE LES EBA. CONCLUSIONS DELS GRUPS DE TREBALL

Grup C. Serveis, activitats i resultats de les EBA

Presentació del tema de discussió

En aquest grup de treball es pretenia fer una discussió sobre l'oferta de serveis que donen les EBA, l'activitat que realitzen i els criteris per avaluar els resultats.

La discussió es va plantejar en relació amb les qüestions següents:

1. Identificació de la població coberta.
2. Caracterització de l'oferta de serveis de les EBA.
3. Avantatges i inconvenients de les EBA en el desenvolupament de les seves activitats de cara a l'obtenció d'uns millors resultats.
4. Criteris per valorar els resultats en termes d'impacte sobre la salut i la satisfacció de la població atesa.

Identificació de la població coberta

De la discussió sobre aquest punt s'assenyalen les conclusions següents:

- El volum, les característiques i l'evolució de la població de cobertura són dades essencials que cal conèixer amb prou precisió per proporcionar els serveis sanitaris adequats i per avaluar l'efectivitat i l'eficiència de l'oferta.
- Hi ha diferències substantives, en alguns casos, entre les poblacions registrades i les realment cobertes.
- El Registre Central d'Assegurats del CatSalut ha de servir per resoldre les limitacions actuals en la identificació i registre de la població assignada, tot dotant-lo de procediments d'actualització eficaços.

Caracterització de l'oferta de serveis de les EBA

- De forma genèrica, les diferències de les EBA respecte a la resta d'entitats proveïdores es basen en una concepció del proveïdor com a professional en contraposició al paper d'assalariat dels professionals en els altres proveïdors.
- Les EBA han desenvolupat una oferta diferencial de serveis respecte a la resta d'entitats proveïdores. Alguns exemples fan referència a:
 - Millores d'accessibilitat (horari d'atenció, gestió amb contacte únic, diferenciació atenció telefònica – taulell).
 - Increment de la capacitat de resolució (cirurgia menor, compra d'algunes especialitats).
 - Paper diferent del professional d'infermeria, més orientat com a servei (atenció domiciliària, visita a hospitals dels pacients abans de l'alta).
 - Ús de tecnologies de la informació (accés per Internet, caixer automàtic, sistemes de registre informatitzats).
 - Activitats comunitàries (col·laboració amb oficines de farmàcia, relació amb associacions de veïns, escoles, casals, tallers educatius, posada en marxa de consells de salut).
 - Relació amb d'altres professionals i serveis (pactes sobre temps d'espera per a la consulta d'especialitats, agilitat en els procediments complementaris, etc).
- La majoria de les EBA ofereixen serveis complementaris (odontologia, reflexoteràpia, psicòleg, podologia, homeopatia, etc), alguns d'ells sota pagament. En els casos que s'ofereixen, no s'ha observat fins al moment que generin conflictes amb la població. No obstant, cal fer-ne un seguiment per estudiar les eventuais distorsions que poguessin originar en relació amb la qualitat i l'equitat de la prestació dels serveis propis de l'EAP.
- Cal millorar la relació amb els serveis socials i els PADES.

Avantatges i inconvenients de les EBA en el desenvolupament de les seves activitats de cara a l'obtenció d'uns millors resultats

- Els principals avantatges tenen a veure amb un model centrat en la relació professional amb els pacients i amb l'assumpció de riscos, la llibertat i l'autonomia de gestió:
 - Selecció de personal.
 - Adquisició de recursos per al millor funcionament.
 - Desenvolupament de sistemes d'informació com a eina.
 - Agilitat organitzativa.
 - Grandària assequible.
 - Proximitat dels problemes.

- Els principals inconvenients són:
 - Manca de continuïtat assistencial en no controlar l'activitat dels proveïdors especialitzats.
 - Dificultats de coordinació amb la resta de recursos.
 - Absència d'eines per limitar el consum abusiu (hiperfreqüentadors).
 - Temps de vigència del contracte. No hi ha unanimitat en aquest punt: alguns dels participants consideren que el temps de durada del contracte no és suficient per a la planificació del desenvolupament empresarial.
 - Hi ha la sensació d'un major control de les EBA per part del comprador sense que això vagi lligat a una incentivació complementària.

Criteris per valorar els resultats en termes d'impacte sobre la salut i la satisfacció de la població atesa

- Els criteris d'impacte han de tenir relació amb:
 - La satisfacció de la població (mesures externes i homogènies).
 - La capacitat de resolució i la generació de consum a l'atenció especialitzada.
 - Les conseqüències sobre els mateixos professionals.
- L'avaluació s'ha d'enfocar des d'un plantejament de sistema sanitari global amb regles del joc explícites i criteris homogenis per a tots.
- Els indicadors i els resultats de l'avaluació han de tenir conseqüències sensibles.
- Aprofitar les EBA com a laboratoris per provar la utilitat de mesures i indicadors.

Participants

José Carvajal (EAP Vic-Sud)

Jordi Casanovas (EAP Vic-Sud)

Toni Iruela (EAP Centelles)

Jaume Andreu i Jornet (EAP Alt Camp Oest)

Susana Núñez (EAP Barcelona 3A – Poble Sec)

Jaume Sellarès (EAP Barcelona 7B – Sardenya)

Joan Antoni Ponsà (CatSalut)

Moderador: Josep Fusté (CatSalut)

Secretari: Andreu Segura (Institut d'Estudis de la Salut)

CONCLUSIONS GENERALS

- El nou model comporta un major grau d'implicació dels professionals a nivell de gestió, presa de decisions, nivell d'autonomia i autoresponsabilització dels propis actes professionals.
- Augmenta la satisfacció professional lligada a una millor relació amb l'usuari.
- Permet gran capacitat d'innovació i adaptació al medi.
- Incrementa la capacitat resolutiva.
- Millora l'eficiència en la gestió i permet més agilitat organitzativa.
- Afavoreix l'increment en la utilització de les tecnologies de la informació.
- Cal generalitzar i augmentar, en alguns casos, la capacitat de compra d'atenció especialitzada.
- Es considera oportú ampliar el temps de durada del contracte, més si es té en compte que els resultats haurien de poder-se mesurar en termes de salut i no tan sols els de la gestió.
- Cal millorar aquells aspectes relacionats amb la coordinació entre els diferents nivells assistencials, sobretot aquells que són de suport a l'Atenció Primària.