
Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros

Albert Ledesma

Presidente de la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa Sanitaria.

Introducción

El modelo de prestación de servicios sanitarios de Atención Primaria en función de un modelo de gestión participativa de los profesionales sanitarios definido como entidad de base asociativa (EBA) ha cumplido los 8 años de existencia en Cataluña. Durante este tiempo el modelo ha crecido, se ha puesto a prueba y se ha consolidado en aquellas ubicaciones donde se ha implantado. La existencia de un modelo de provisión como las EBA permite un mercado de competencia controlado que facilita la mejora de todos los modelos, una vez superada la reforma de Atención Primaria. El seguimiento y evaluación de los modelos ha de continuar y mejorar de manera que redunde en la coexistencia y mejora de la eficiencia de los mismos,

y por tanto del sistema de provisión público al que todos pertenecen. Los modelos han de valorarse en función de su participación en la viabilidad del sistema sanitario, independientemente de los intereses particulares de los diversos agentes que participan en el mantenimiento del Sistema Sanitario público.

Marco legislativo y organizativo

Las EBA se desarrollan durante el proceso de reforma de la Atención Primaria en Cataluña. El cambio modelo sanitario que definió la reforma de la Atención Primaria en Cataluña se inició en la década de los ochenta del siglo pasado. En el año 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)¹ que define el modelo de prestación de los servicios sanitarios con carácter te-

territorial (zona básica de salud [ZBS] [en Cataluña área básica de salud]). En relación con el tema que nos ocupa, otra característica que se define en la LOSC es la separación entre la financiación y la provisión del servicio sanitario. El Servei Català de la Salut (SCS) asume las funciones de financiación, planificación y evaluación de los servicios sanitarios. Por otra parte, la gestión y provisión son realizadas por entidades de diferente naturaleza jurídica de titularidad pública o privada. La separación de las funciones persigue obtener una mayor eficiencia en el sistema, contener los costes, asignar la responsabilidad a los distintos niveles de atención y generar mecanismos de competencia regulada entre los proveedores y niveles asistenciales.

El proveedor mayoritario es público, Institut Català de la Salut (ICS), existiendo además otros tipos de proveedores como los consorcios y las sociedades privadas. En este último grupo se incluyen las EBA.

El contrato entre el SCS y la entidad de provisión es la herramienta que articula la relación. Este vínculo está basado en el plan de salud del SCS con el objetivo de que la provisión siga la política sanitaria definida y se adecue a las demandas y necesidades de salud de la población ubicada en la ZBS.

El sistema así definido no sólo es público, en contra de lo que puede percibirse en el caso de provisión privada, sino también solidario². La financiación de los servicios de salud de todos los ciudadanos se realiza mediante los impuestos. El SCS, mediante el contrato, identifica la población a la que da cobertura, define las prestaciones, la calidad de las mismas y garantiza la equidad, independientemente de la naturaleza del proveedor. La Administración garantiza la calidad de los servicios sanitarios independientemente del modelo de gestión de la provisión y persigue una compra de servicios eficiente. Así pues, el objetivo de la EBA es claramente público al proveer del mejor servicio de atención sanitaria posible dando el máximo rendimiento a los recursos que la población y el Estado destinan a dicho fin.

El modelo de entidad de base asociativa

El Decreto 309/1997, de 9 de diciembre del Diari Oficial de la Generalitat, establece los requisitos de acreditación de las EBA para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria (DOG núm. 2.539 de 16 de diciembre de 1997; p. 14.558-9). Las

EBA han de tener una entidad jurídica propia³ mediante una de las siguientes fórmulas: sociedad anónima, sociedad limitada, sociedad laboral, sociedad laboral de responsabilidad limitada o cooperativa. Este tipo de organizaciones pretenden introducir los mecanismos de gestión propios de las entidades privadas y conseguir más flexibilidad en la utilización de los recursos puestos a su disposición para dar el servicio de atención sanitaria de una forma más eficiente.

La Atención Primaria debe influir en el sistema sanitario para que éste sea eficiente y sostenible. Esta influencia se logra con la implicación de los profesionales en la gestión y en su capacidad para mejorar la accesibilidad y resolución de las necesidades sanitarias del ciudadano.

El cumplimiento de estos puntos clave ha de permitir una percepción social favorable para lograr con posterioridad más funciones y más recursos para la Atención Primaria. Por tanto, el modelo se basa en los profesionales sanitarios y en el ciudadano. Esta visión ha definido la composición jurídica de las EBA.

Las entidades han de estar constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios, suscribiendo un mínimo del 51 % del capital social. Los profesionales sanitarios que suscriban capital social han de desarrollar sus ser-

vicios profesionales en la entidad. Ningún socio puede tener una participación superior al 25 %. Las personas jurídicas que participen dentro del 49 % restante han de tener como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios.

Es positivo que entidades de provisión de servicios sanitarios ya establecidas en el territorio (entidades locales públicas) participen en las EBA. Esto facilita la confianza del proyecto tanto para potenciales profesionales que puedan asumir la experiencia de gestión, que se puedan sentir más seguros con compañeros de viaje que llevan años gestionando el entorno sanitario, como para los diferentes actores sociales que puedan ver más transparente una organización en la que pueden participar como capital social. Una mención especial es la posición activa y facilitadora que pueden desempeñar los colegios de médicos, como ha desempeñado en nuestro caso el Col·legi de Metges de Barcelona. Esta participación no debe desvirtuar la concepción de implicación en la gestión de los profesionales del centro. El modelo persigue no tener más personal que el dedicado a la atención directa de la población y aún en los mismos profesionales la gestión clínica y el control de los recursos utilizados. Esto permite orientar la mayoría de los recursos a la atención directa de los ciudadanos.

El modelo facilita el retorno automático a la situación laboral previa durante un período de tres años a los médicos del sistema público que se incorporen en el capital social de una EBA.

Durante estos años la asignación del presupuesto por parte del SCS está evolucionando de un presupuesto asignado por partidas específicas a un presupuesto capitativo de un área de población que se abastece a través de un consorcio de proveedores de los distintos niveles asistenciales. Las partidas específicas iniciales son: Atención Primaria, productos intermedios (laboratorio, diagnóstico por la imagen), tiras reactivas y en algunos casos especialidades en función del número y las características de la población asignada. No obstante, la mayoría de los equipos todavía se mantienen en el primer supuesto. La negociación inicial del presupuesto es clave debido a que en los siguientes años las variaciones del presupuesto se basarán fundamentalmente en el histórico.

La incorporación de la partida presupuestaria de productos intermedios ha permitido la gestión de los servicios de pruebas diagnósticas. De esta manera la decisión del proveedor que realiza la prueba diagnóstica depende del propio equipo, facilitando la mejora de las listas de espera y el control de la calidad de los

proveedores. En ciertos casos, debido a la voluntad de incremento del nivel de resolución, ciertas pruebas diagnósticas se han incrementado (x, FAD).

Así mismo, como el resto de proveedores, las EBA, se han corresponsabilizado con éxito en el coste de la factura de farmacia, pactando con el SCS.

Las EBA se comprometen bajo contrato a que los sueldos de los profesionales no sean inferiores al pagado en el sistema público en función de categoría y carrera profesional. En el cálculo de la retribución de los profesionales a partir de la carrera profesional, la entidad contratadora no contempla la antigüedad previa de los profesionales en el sistema sanitario, y por tanto se ahorra parte de la partida que tendría que pagar por estos profesionales si se hubieran mantenido en el sistema de provisión público.

La capacidad de endeudarse de dichas entidades ha permitido en algunas ocasiones rehabilitar los centros de Atención Primaria sin suponer un coste adicional para el Sistema Nacional de Salud, financiando la operación mediante la gestión de los recursos que asigna a la entidad la sociedad, a través del Sistema Nacional de Salud.

Los requerimientos de información para la gestión son elevados debido a la necesidad de conocer la realidad de los

centros tanto desde la perspectiva de la sociedad como desde la perspectiva del contratador y del ciudadano. Es por ello que todos los centros están informatizados en el 100% de los puestos de trabajo y se realizan periódicamente encuestas de satisfacción tanto internas (profesionales sanitarios) como externas (población asignada).

La gestión de los recursos sanitarios por parte de la EBA ha permitido rentabilizar las consultas, en especial las destinadas a Odontología. En este caso se ha realizado actividad privada de prestaciones no financiadas en el sistema público, a precios medios de mercado; con este procedimiento se ha mejorado la continuidad asistencial de la atención odontológica a aquellos pacientes que han optado al servicio. Los beneficios se han destinado a aumentar las prestaciones de Odontología gratuitas que la población recibe, en especial las preventivas para toda la población, y a la mejora de las instalaciones.

Evolución de la provisión mediante el modelo de entidad de base asociativa

La experiencia del modelo se inició en Vic, en octubre de 1996; sin embargo, la mayor parte de los profesionales partici-

paron activamente en el desarrollo de esta experiencia desde el año 1993. Las resistencias iniciales que el modelo pudo despertar desaparecieron en la mayoría de agentes implicados. En la actualidad ya se percibe favorablemente que pueda coexistir una vinculación jurídica del médico en el mercado de la provisión, entre otro tipo de vinculaciones. Hace 5 años había cierta sensación pesimista, debido a que sólo se había desarrollado un equipo basado en este modelo. Desde entonces hasta la actualidad ya existen 9 entidades de base asociativa agrupadas en la Asociación Catalana de Entidades de base asociativa, que tienen contratado con el SCS 12 zonas básicas de salud, 8 de las cuales están en el ámbito urbano (Barcelona) y el resto en el ámbito rural o semi-rural de las provincias de Barcelona, Tarragona y Gerona. En Cataluña existen 348 ZBS en funcionamiento, el 77,9% de las mismas son gestionadas por el Institut Català de la Salut, proveedor de titularidad pública. En total cubren una población adscrita de 260.000 habitantes que aproximadamente representa un 4% de la población catalana. La actitud de la entidad contratadora ha sido y sigue siendo acertadamente prudente, evaluando las potenciales mejoras que aporta el modelo al servicio de la Atención Primaria, siendo consciente de su responsabilidad.

Las EBA se han asociado formando la Sociedad Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA), formalizada en el año 2003, que representa a los EAP de Atención Primaria adjudicatarios de un concurso público para proveer atención sanitaria al sistema público y que son gestionados por los mismos profesionales.

La ACEBA persigue:

1. Encontrar un fórum de reflexión, de debate y de convergencia sobre aquellos aspectos en los que se necesita incidir para ofrecer a la población unos servicios de Atención Primaria efectivos, eficientes y de calidad.

2. Dar a conocer a la sociedad el modelo de autogestión en Atención Primaria.

3. Formalizar compromisos sobre el hacer respetar y el respeto a las normas éticas de gestión a las EBA.

4. Buscar conjuntamente los mejores resultados de salud para las personas que atendemos y obtener indicadores homogéneos que permitan compararnos entre nosotros y con el resto de proveedores de Atención Primaria de Cataluña.

5. Crear una masa crítica entre expertos de las diferentes EBA y realizar proyectos comunes de mejora de la atención sanitaria.

6. Buscar sinergias entre otros proveedores, de Atención Primaria y hospi-

talaria con el objetivo de proveer una mejor atención sanitaria.

Evaluación de los modelos

Durante estos años de reforma la asistencia sanitaria de Atención Primaria en Cataluña ha evidenciado unas mejoras evidentes en cuanto a la accesibilidad, la eficiencia y la atención a la población en general, independientemente del modelo de provisión. En relación con la diferente naturaleza del proveedor se han realizado diversos estudios para valorar la competencia de los diferentes modelos, entre los que cabe destacar los realizados en los años 2001-2002 por La Fundación Avedis Donabedian (FAD)⁴ y por el Defensor del Pueblo de la Comunidad Autónoma⁵ que analizan los resultados de los diversos modelos de provisión. Si bien los profesionales están formados idénticamente, ya que tienen orígenes comunes, existen ciertas diferencias que pueden ser debidas a los distintos tipos de organización. No obstante, cabe pensar que parte de las diferencias son debidas a que las características sociosanitarias de la población no se distribuyen homogéneamente entre los diversos tipos de organización, que mejoraría o perjudicaría diferentes variables comparativas. El problema seguramente es mul-

tivariable y se requiere ahondar en el estudio de las diferencias de los resultados obtenidos en los diferentes modelos. El número de EBA ha crecido y también pueden variar los resultados con el incremento de ZBS gestionadas por el modelo. También es seguro que la diversidad de modelos liderados por perfiles de profesionales adecuados al modelo puede hacer que los dichos modelos puedan coexistir de manera eficiente. El perfil profesional sería una variable a tener en cuenta en la comparación de modelos. El SCS dentro de su línea de valoración de los modelos prevé realizar una nueva evaluación que valore el ámbito asistencial y el económico.

Si nos ceñimos a los estudios realizados con el fin de comparar los modelos de Atención Primaria, el estudio de la Fundación Avenis Donabedian valora aspectos de accesibilidad, práctica clínica, continuidad asistencial, eficiencia, estructura, actividad y cliente interno. De los datos económicos cabe destacar que según los obtenidos en el año 2001 el coste por habitante y año del servicio contratado es en general para todos los modelos de 99,2 euros, siendo ligeramente inferior cuando se desagrega por modelos; el obtenido en las EBA es de 95,4 euros. El importe líquido de la prescripción farmacéutica era de 143,83 eu-

ros por habitante y año siendo el promedio de todos los modelos de 162,48 euros por habitante y año. Estos datos de carácter económico se complementaban con datos de eficacia clínica mayoritariamente similares entre los diferentes modelos. Otro aspecto importante es que la satisfacción de los profesionales con el sueldo y las posibilidades de creatividad era mayor en el modelo de EBA. Adicionalmente las encuestas de satisfacción realizadas a los ciudadanos por parte de algunas EBA no detectan grandes problemas, y consideran en un 89,5 % que el servicio que reciben es bueno o muy bueno.

Retos de futuro

Dentro de las novedades organizativas del sistema sanitario catalán público el modelo de EBA ha de convivir con la organización de consorcios como organización de proveedores que son contratados por el SCS. La experiencia del equipo de Vic y Centelles, integrados en el un consorcio de proveedores de la comarca de Osona, es un buen ejemplo de las nuevas posibilidades en la mejora de la provisión que se le presenta a las EBA.

La capacidad de generar información objetiva, fiable y actualizada también ha de ser una variable que se introduzca en

la comparación de modelos. Las EBA han de incrementar la capacidad de generar información al sistema sanitario, que facilite la comparación de modelos, impulse la transparencia para el propio modelo y las otras alternativas.

Siguiendo el éxito de la gestión de productos intermedios, la gestión de la contratación de ciertas especialidades médicas por parte de las EBA podría ser una opción para afrontar mejoras en la atención especializada, en especial la accesibilidad, combinada con una mejora de la resolución de los equipos de Atención Primaria.

La capacidad de asunción de riesgo empresarial por parte de los profesionales sanitarios es otro reto fundamental para el modelo. La minimización del riesgo en un entorno público y regulado, el conocimiento del producto sanitario y la experiencia en la gestión de recursos humanos de los profesionales ha de permitir encontrar aquellos profesionales que acepten el reto y estén preparados para asumirlos. La colaboración de otras instituciones sanitarias, asociaciones profesionales y de las EBA con más experiencia pueden facilitar el éxito en la gestión.

Otro aspecto pendiente es traspasar las fronteras de la Comunidad. Sería

conveniente que en otras Comunidades Autónomas, e incluso otros países del ámbito europeo, adopten modelos gestionados por los propios profesionales similares a la EBA, aumentando y confrontando la información para analizar las fortalezas y debilidades del modelo. Sería conveniente, por tanto, detectar profesionales preparados y dispuestos para asumir dicho reto y que las autoridades sanitarias pudieran compensar esta mayor responsabilidad de los profesionales.

Conclusión

El modelo de EBA ha demostrado ser un modelo eficiente en su ámbito de actuación. La demostración de dicha eficiencia no se ha de hacer en detrimento de los otros modelos de provisión sanitaria, si bien se ha de comparar con los distintos modelos. Es necesario avanzar en el análisis de los diferentes modelos, incorporando más variables que expliquen las posibles diferencias entre algunos indicadores que valoran los modelos. La coexistencia y competencia regulada de los diversos modelos ha de permitir obtener una eficiencia global mayor del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. DOGC núm. 1.324, p. 3.660 de 30-7-1990.
2. Abelló i Padró, J. Del que és públic i privat en sanitat. Regió 7. Noviembre, 2002.
3. Server Català de la Salut, Instrucció 03/99. Procediment administratiu per l'acreditació d'entitats de base associativa gestores de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària.
4. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis. 2002
5. Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària de salut a Catalunya. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. 24 de octubre de 2002.

