

# **SOBRE LOS MODELOS DE GESTIÓN PRIVADA EN ATENCIÓN PRIMARIA**



**SINDICATO ASAMBLEARIO DE SANIDAD DE MADRID**  
**<http://www.nodo50.org/sasmadrid>**  
**E-mail: [sasmadrid@nodo50.org](mailto:sasmadrid@nodo50.org)**

**INTEGRANTE DE CAS MADRID ([www.casmadrid.org](http://www.casmadrid.org))**

## ***SOBRE LOS MODELOS DE GESTIÓN PRIVADA EN ATENCIÓN PRIMARIA***

A finales de los años ochenta, coincidiendo con los cambios políticos que recorrían los países del este europeo, agentes ligados a grupos económicos y lobbys con intereses en el sector sanitario (farmacéuticas, alta tecnología, aseguradoras), comenzaron a difundir una doctrina teórica que establecía "el agotamiento de los sistemas públicos de salud y la imposibilidad de mantener por más tiempo su modelo de prestaciones" y como única solución "contener costes y mejorar la eficiencia y la eficacia de dichos sistemas" introduciendo mecanismos de mercado y el derecho privado, obviando así la "rigidez" del derecho administrativo y por tanto sus controles ya de por sí escasos. El discurso se adornaba con la supuesta exigencia de los ciudadanos, de intensidad creciente, de reformar los sistemas sanitarios. Este planteamiento fue cuestionado brillantemente por expertos como Vicenç Navarro<sup>1</sup>.

Actualmente se vuelve a la carga afirmando un nuevo agotamiento del modelo, proponiendo como soluciones, desde la implantación de más copagos<sup>2</sup>, hasta la introducción de una mal denominada "autogestión", para que sean los propios clínicos los que tomen las decisiones económicas<sup>3</sup>.

Esta introducción de mecanismos de mercado se ha venido experimentando con diferentes fórmulas, tanto en la provisión de cuidados especializados como en atención primaria en varios países y, sin que hasta la fecha, los resultados hayan demostrado la tesis de partida.

Gran Bretaña, que disponía de uno de los mejores sistemas públicos de salud de Europa, inició en 1989 con el Partido Conservador en el gobierno, la reforma del Servicio Nacional de Salud (NHS) mediante la aplicación de distin-

tas fórmulas organizativas (trusts y fundholders) y el desarrollo de lo que llamaron "mercado interno" (competencia entre centros y profesionales e incentivos económicos asociados al gasto). Los médicos de familia podían constituirse en "**gestores de presupuesto (fundholders)**" y asumir la compra de servicios de cirugía programada y tratamientos de día, algunas pruebas diagnósticas y terapéuticas, cuidados de enfermería domiciliaria e incluso atención hospitalaria para pacientes crónicos. El objetivo era que los propios profesionales sanitarios buscaran maximizar sus ingresos al introducir la dimensión económica en sus decisiones clínicas y en la gestión de su equipo.



Trascurridos varios años y existiendo opiniones contradictorias sobre sus resultados, la Ley de Salud de 1999 acabó formalmente con el experimento. El informe referido al período 1997-1998, hecho público por el Comité de Cuentas de la Cámara de los Lores, reconoció que **los médicos fundholders habían inflado sus listas con 2 millones de pacientes inexistentes para obtener más dinero**<sup>4</sup>. La alarma creada fue tan importante que el gobierno laborista se vio obligado a modificar la referida fórmula organizativa. Diversos autores llamaron la atención sobre otros problemas del modelo:

- "diferencia de trato" por el hospital dependiendo de si el paciente era remitido por un médico fundholder o no.
- "selección de riesgos" expresada, bien mediante la resistencia de los médicos fundholders a aceptar a los pacientes nuevos que comportaban costes demasiado elevados<sup>5</sup>, bien excluyendo prácticamente de la experiencia las áreas con población más deprimida<sup>6</sup> (existen dudas razonables respecto a si la estructura de los médicos Fundholders discrimina a los ciudadanos de menor renta).
- Otros profesionales, enfermeras y gerentes de las unidades de atención comunitaria, así como representantes de usuarios, han señalado que los contratos que establecían los "fundholders" estaban vinculados al "coste más que a la calidad del servicio" y, por tanto, sin considerar los intereses de los pacientes<sup>7</sup>.

En el estado español, hasta la fecha, las experiencias de gestión privada en el ámbito de la atención primaria se limitan a **Catalunya ("entidades de base asociativa" o EBAS y centros de salud gestionados por "entidades ajenas")** y el **País Valenciá (cesión de centros de salud y plantillas públicas a hospitales privados lucrativos modelo "concesión administrativa"** - Alzira y Torrevieja y en un futuro próximo Denia, Manises, Elche -, donde las entidades gestoras son en ambos casos UTEs de sociedades mercantiles privadas).

Sobre el modelo catalán existe cierta información, desagregada y de difícil acceso pero que permite una cierta valoración. La falta absoluta de información independiente sobre el modelo valenciano impide cualquier opinión sobre el mismo.

<sup>1</sup> <http://www.vnavarro.org/wp/>

<sup>2</sup> Catalunya, Madrid, Asturias y País Vasco piden al Gobierno el copago de la sanidad pública. La Vanguardia, 24-10-2008

<sup>3</sup> Declaraciones de los Consejeros de Sanidad de Madrid (Güemes) y País Valenciá (Cervera), en el pasado congreso de la SEMERGEN : "dar a los profesionales de la primaria la administración de todos los recursos. El médico está en lo más alto de las decisiones asistenciales, .....y debe de tener la capacidad de administrar tanto los recursos económicos como los humanos". El presidente de la SEMERGEN, Julio Zarco llegó incluso más allá: "hay que liberalizar el ejercicio profesional y redefinir el ejercicio profesional con fórmulas de autogestión". Congreso de la SEMERGEN. Gaceta Médica 20-26 octubre 2008.

<sup>4</sup> "Los médicos públicos británicos inflan sus listas con dos millones de pacientes inexistentes". El País. 20-01-2000.

<sup>5</sup> Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario. Elsevier, España, 2002. Gelonch, R. Gisbert (pag. 56)

<sup>6</sup> Arce Ramirez, C. A. y Muñoz Retana, C. La reforma pendiente: introducción de libre elección en el seguro de salud. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc.* [online]. 2001, vol.9, no.2 [citado 03 Septiembre 2008], p.57-69. Disponible en: <[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592001000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000200005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1409-1259.

<sup>7</sup> Garcés P: Reformas Salud en Europa y la elección del usuario. Madrid: Díaz de Santos 1994



## LO QUE SABEMOS DEL MODELO CATALAN

Las Entidades de Base Asociativa se constituyen a partir de 1996 tras la reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (aprobada con los votos favorables del PSC-PSOE) que daba entrada al ánimo de lucro en la gestión de la sanidad pública. La primera Área Básica de Salud (equivalente a nuestra zona básica de salud) afectada por la constitución de una EBA fue la de Vic-Sur (EAP Vic S.L.), un pequeño grupo de médicos y enfermeras con vocación de empresarios, se asociaron para prestar asistencia en un teórico "mercado de competencia regulada". La experiencia, hasta el momento, ha quedado reducida a un total de 9 EBAs que gestionan tan sólo 10 de las 380 Áreas Básicas de Salud de Cataluña, hecho que demuestra que, a pesar del apoyo de que han sido objeto por parte del gobierno catalán y del colegio de médicos de Barcelona, ni es un modelo querido por los trabajadores ni es lo suficientemente atractivo para los visionarios de la "nueva gestión pública".

Existe normativa<sup>8</sup> que establece los "requisitos que han de poseer las EBAs para poder gestionar centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria".

En esencia, las Entidades de Base Asociativa (EBA) son sociedades con ánimo de lucro con capacidad de endeudamiento y entidad jurídica propia (han de ser **sociedades limitadas, anónimas, laborales, o cooperativas**), que actúan sometidas al ordenamiento jurídico privado y al derecho mercantil y civil en cuanto al régimen de contratación a terceros.

<b>ESQUEMA DE UNA SOCIEDAD LIMITADA</b>	
Entidad	Sociedad Limitada
Naturaleza	Privada
Carácter	Ánimo de lucro
Régimen jurídico	Derecho Privado
Régimen de concierto con la administración sanitaria	Ley de Contratos de las Administraciones Públicas
Régimen de contratación con terceros	Derecho civil y mercantil
Régimen del personal	Laboral
Régimen contable	Mercantil
Control económico	Auditoría
Órgano de gobierno	Junta General y Consejo de Administración

En la práctica, un grupo de profesionales renuncia a su carácter de funcionario o estatutario (se les concede una excedencia por un periodo de 3 años finalizado el cual han de elegir entre la laboralización definitiva -perdiendo la antigüedad- o la vuelta a una plaza de personal estatutario con la consiguiente incertidumbre respecto a qué centro o a qué localidad) y constituyen la sociedad suscribiendo un mínimo del 51 % del capital social; es decir, parte del personal se incorpora al accionariado y pasan a ser socios en lugar de empleados del sistema público. La administración sanitaria cede el centro de salud y el equipamiento, y asigna una población con un presupuesto (atención primaria, laboratorio, diagnóstico por la imagen, tiras reactivas, ciertas especialidades...). Dado el importante peso específico del gasto de la prescripción farmacéutica, se han introducido mecanismos dirigidos a reducirlo a través de los denominados "mecanismos de corresponsabilidad", que se traducen en la apropiación por parte de los prescriptores de una parte de los posibles ahorros obtenidos sobre los estándares pactados (entre el 20% y el 100%), si bien en caso de desviación negativa se incurrir en pérdida<sup>9</sup>.

Desde el punto de vista laboral, las situaciones son variadas:

- Sólo existe personal laboral cuando el centro o el servicio fue de nueva creación.
- Personal laboral, funcionario y estatutario si la constitución de la EBA supuso la modificación o cambio en la gestión del centro (existente y en funcionamiento). Al personal funcionario y estatutario se les dió la opción de cambiar de centro o de servicio (por ejemplo, comisión de servicio a otra zona básica de salud en el caso de las EBA o traslado a una planta de hospitalización enfermeras del Banco de Sangre cuando se constituyó la empresa pública de gestión privada que ahora hace ese servicio) o laboralizarse. Al inicio, en los centros que cambiaron la modalidad de gestión, se permitió que permaneciera allí personal estatutario manteniendo doble dependencia, funcional (organización del trabajo) de la entidad gestora y orgánica (salarial, permisos y otras condiciones laborales básicas) del ICS. Fue tal fuente de conflictos que ahora ya no se permiten estas situaciones.

En el caso de los **Centros de Atención Primaria (CAP) gestionados por las llamadas "entidades ajenas"**, estas pueden ser consorcios, fundaciones, mutuas laborales, mutuas de seguros u otras empresas, e incluso algunas con afán de lucro, relacionadas en mayor o menor medida con la sanidad. La mayoría de estos centros dependen funcionalmente de un hospital, ya sea municipal o comarcal, integrado en la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). El personal se rige a nivel laboral por el convenio de la XHUP o por convenios propios, **siempre con peores condiciones que el personal estatutario del ICS.**

Los CAP pueden ser del ICS, de la "entidad ajena" o de la Consellería de Salut, construidos en terrenos propios, de los Ayuntamientos o de la Generalitat. Aunque algunos CAP poseen personal propio (laboral), en gran parte de ellos el trabajo se comparte con personal estatutario/funcionario del ICS que ha sido "cedido" a estas entidades (mantienen doble dependencia, *funcional de la Entidad Ajena* -por tanto responsable de vacaciones, licencias, días de libranza, formación, permisos y promoción dentro del equipo- y *orgánica del ICS* -por tanto responsable de retribuciones, acción social, régimen disciplinario e incompatibilidades-). Por esta razón, **es habitual que el personal, de todas las categorías, tenga contratos laborales distintos que implican jornadas de trabajo, horarios, días de vacaciones y de gratificación y por supuesto, retribuciones, diferentes.** La jornada del personal laboral de las "entidades ajenas" es de 40 horas semanales y la mayoría de ellos con **horarios de los denominados deslizantes, dentro de los cuales caben todas las posibilidades imaginables**; la jornada del personal estatutario, es de 36 horas. Y, por último, **distintas retribuciones** - hay notables diferencias - debido a los diferentes convenios con que se rige el personal.

También con el personal laboral (tanto de las EBAs como de los CAP cedidos a "entidades ajenas") se abre una posibilidad ilimitada de establecer sistemas de incentivos muy amplios, no sólo en lo que se refiere a farmacia. Si tenemos en cuenta que

más del 60 % de los recursos económicos de un centro de atención primaria se asignan como consecuencia de una decisión médica, resulta evidente la **estrategia para incidir en el gasto: transferir al que decide el coste, el médico fundamentalmente, beneficios económicos a cambio de cierto "ajuste" en la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos.** Dicha retribución -incentivos- pasa a ser en algunos casos de carácter mensual (mecanismo para fidelizar los ajustes), sujeto al cumplimiento de unos objetivos y, llegando incluso a suponer un porcentaje del 30 % al año en el caso de facultativos<sup>10</sup>.

El sistema de selección de personal futuro queda en manos de la empresa, y aunque el servicio prestado es público, con medios y dinero públicos, desaparece cualquier mecanismo de control democrático (y, por tanto, los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, vigentes en el sector público).

Es necesario aclarar que estas empresas además de administrar un presupuesto concertado con la Administración Sanitaria tienen capacidad para vender servicios, establecer contratos con varios compradores y diversificar sus fuentes de financiación; es decir, que pueden ofrecer prestaciones no incluidas en la cartera pública (para quien pueda pagarlas, por supuesto). Así el CAP Roca del Vallés, gestionada por PROSS, empresa del Consorcio Hospitalario de Catalunya, S.A., ingresó por actividad concertada con otros clientes distintos del Servicio Catalán de la Salud, casi el 20 % del total de ingresos de la entidad en el 2005. Curiosamente la denominada "cartera complementaria" -las prestaciones no incluidas en la oferta pública y que los pacientes se ven obligados a pagar directamente a la empresa- creció entre 2003-2005 un 355 % frente al 20 % de la cartera pública. Se confirma, pues, la utilización de recursos públicos (equipamiento y consultas) financiados con los impuestos de los ciudadanos para actividades privadas (como odontología y podología por ejemplo) no financiadas por el sistema público y cobradas a los pacientes a precio de mercado, y posiblemente en detrimento de actividades preventivas.

Otro elemento central de la estrategia de ahorro de costes pasa por la **"sustitución de recursos"**, que suele centrarse en la reducción de las cargas de trabajo de los facultativos mediante su traspaso al personal de enfermería<sup>11</sup> (selección de enfermos que han de pasar al personal facultativo -trajes-, prescripción de determinados medicamentos), que carecen de cobertura legal suficiente y que representan una incitación al delito de intrusismo por el hecho de estar incentivadas económicamente (esto está ocurriendo no sólo en los CAP gestionados por empresas privadas, sino también en el ICS, que, desde que se ha convertido en empresa pública, lo está aplicando también<sup>12</sup>); por la sustitución del hospital por primaria, y de pruebas tecnológicas complejas por otras más sencillas.

En 2003 la Fundación Avedis Donabedian **evaluó los diferentes proveedores de atención primaria** en Cataluña: ICS, otros proveedores (centros dependientes de entidades privadas como la Mutua de Terrassa, Hospital Clínico, Consorcio hospitalario Parc Tauli..), y EBAs<sup>13</sup>. Los resultados pusieron de manifiesto un **nivel de eficacia clínica similar entre los centros públicos y los privados**.

Las EBAs presentaban mejores resultados en accesibilidad (el 24 % de los médicos tenían horario partido), menor gasto farmacéutico por habitante y año (ICS, 162,5 €; EBAs, 149 €), menor porcentaje de derivaciones a especializada (ICS 10,4%; EBA 7,8%, otros proveedores 9,7%) y "un mayor nivel de satisfacción con el sueldo por parte de los profesionales".

Los públicos ICS tenían mejores resultados en programas de AP, trabajo multidisciplinar y visitas domiciliarias -tanto de enfermería como de medicina- a pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria.

Los CAP gestionados por entidades ajenas, de los que cabría esperar mejores resultados en cuanto a la coordinación con la atención especializada (dado que suelen ser centros que dependen de entidades que gestionan conjuntamente hospital y primaria), no presentaban mejores resultados.

**Se constató el doble de población asignada por enfermer@ en las EBAs**

**respecto a los públicos del ICS** (EBAs: 1 enfermer@ por cada 2.903 habitantes, frente a 1 por cada 1.549 en los públicos-ICS), consecuencia lógica dado que las EBAs reparten beneficios entre sus accionistas a costa de la reducción de plantillas.

Sin embargo, esta reducción de personal de enfermería, en un contexto de alta prevalencia de patologías crónicas, que requieren unas importantes necesidades de cuidados y rehabilitadoras, y teniendo en cuenta que ya partíamos de los últimos lugares respecto a los países europeos en cuanto a número de enfermer@s<sup>14</sup>, implica con seguridad una reducción de la calidad de los cuidados y un aumento de los riesgos para los pacientes.

En definitiva, como señalan los autores con gran cautela al hacer una valoración general de las diferencias entre proveedores: **"Para buena parte de los indicadores obtenidos, no se observan en la muestra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de provisión definidos", lo que, en la práctica, no permite presentar el modelo como superior a los públicos.**

En el caso del **País Valenciá**, el modelo puesto en práctica (grupo de empresas agrupadas en una UTE propietaria de un hospital privado lucrativo al que se le cede la gestión de los centros de salud públicos del área) permite aplicar **sistemas de incentivos muy agresivos para reducir las derivaciones a atención especializada**: de 18.000 a 24.000 €/médico al año; es decir, casi 2.000 € al mes por facultativo<sup>15</sup>.

Por último, pero no menos importante, los usuarios quedan afectados en distinta medida según la entidad que gestione su centro de salud. Cupos más grandes de usuarios, pérdida de la relación unitaria de facultativo-diplomado de enfermería, utilización de un vademécum restringido, limitación de especialidades y servicios a los ofrecidos por su hospital de referencia, muchas veces comarcal, sin posibilidad de acudir a los centros hospitalarios del ICS.

Un ejemplo concreto de este deterioro de la calidad asistencial puede ser éste: "el médico de Ripollet prescribe una densitometría.

El inspector dirige a la paciente a un centro concertado (gestión privada).

En este centro le dicen que ha de esperar meses con el volante que tiene. Pero si tiene una Mutua tendrá que esperar solo unas semanas, y si lo va a pagar al contado, aquella misma tarde se la harán". "A otro paciente de la misma familia el médico le indica una ecografía doppler y es derivado a un centro concertado (gestión privada), que también le oferta dos posibilidades: atención inmediata pagando o espera de varias semanas por el "Seguro". "En un CAP del Delta del Ebro algunos médicos especialistas tienen dos listas de espera: una del ICS y otra de la mutua aseguradora"<sup>16</sup>.



<sup>8</sup> DOGC, Decreto 309/1997

<sup>9</sup> <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/informeAnualAnexoV.pdf>

<sup>10</sup> Badalona Serveis Assistencials (BSA) establece mensualmente una parte variable en el salario de todo su personal -20% para los médicos y enfermeras y 10 % para el personal administrativo- en base a un "cumplimiento de objetivos". Otra entidad como es Projectes Sanitaris i Socials, SA (PROSS) reparte los incentivos a través de dos pagas extras, una de ellas vinculada a los resultados económicos de la empresa, "en especial de los ingresos derivados de la gestión de los recursos para prescripción farmacéutica": 50 % médicos, 20 % enfermería, 7 % resto del personal. [http://www.fcs.es/fcs/pdf/cuestionesgenerales\\_v2.pdf](http://www.fcs.es/fcs/pdf/cuestionesgenerales_v2.pdf)

<sup>11</sup> Aunque existen una serie de actividades para las que el personal de enfermería está plenamente capacitado, deberían de regularse legalmente.

<sup>12</sup> Els infermers denuncien que l'ICS els 'incita a delinquir'. La problemàtica que pot sorgir per la implantació del que l'ICS anomena "Gestió de la Demanda". En CA-TAC-CTS: <http://www.pangea.org/iac/sanitat/>

<sup>13</sup> Ponsá, J. Cutillas, S., Elias, A. Fusté, J. Lacasas, M., Olivet M. (2003): "La reforma de l'atenció primària a Catalunya" *Fulls econòmics del sistema sanitari*, núm. 37, setembre).

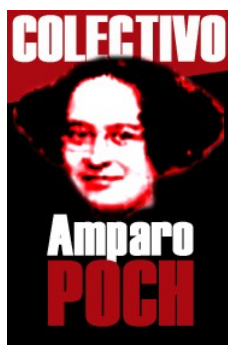
<sup>14</sup> El estado español tiene 531,83 enfermeras por cada 100.000 habitantes, lo que supone un 34,2% menos que la media Europa y ocupa el lugar 22º de los países europeos en cuanto a este valor. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Consejo General de Enfermería, 2007

<sup>15</sup> Torre Vieja Salud incentiva a los médicos de Primaria por resolver casos y evitar citas al especialista. Periódico información, 27 noviembre 2007. En: <http://www.casMadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=409&titulo=NOTICIAS>

<sup>16</sup> L'evolució de la sanitat: de la sanitat privada a la pública i de la pública a la privada. Roger B. Landoni. Associació Catalana per a la Defensa de la Sanitat Pública i Universitat Rovira i Virgili. I Jornades "Serveis Públics, guanys privats: recuperem els Serveis Públics". En: <http://dretserveispublics.blogspot.com/>

## A MODO DE CONCLUSIÓN

- *No hay evidencia que demuestre que los modelos de gestión privada en la atención primaria son más eficientes que los públicos.*
- *Los modelos de gestión empresarial implican cambio o modificación de los roles del personal asistencial: de clínico o cuidador a gestor.*
- *Los modelos de gestión privada de la atención primaria implican aumentos significativos del número de pacientes por profesional, lo que deteriora la calidad de los cuidados.*
- *Los objetivos de reducción del gasto sanitario plantean conflictos éticos al traspasar dicha acción al personal médico a cambio de incentivos económicos.*
- *En el caso de la farmacia, el propio SNS debería ser quien garantizara la formación e investigación con criterios de rentabilidad social. Además, sería más rentable la producción propia (así como un sistema de compras centralizadas en los casos que no sea posible) y distribución de los medicamentos más prescritos desde los propios centros sanitarios.*
- *Los esfuerzos de los políticos de turno se centran en trasladar a los profesionales las decisiones desagradables, sobre todo las relacionadas con los recortes de prestaciones; aquí es donde podemos ver la mano negra de la gestión empresarial en atención primaria: lograr recortes cada vez mayores en farmacia, IT, pruebas diagnósticas, ingresos....es decir aumentar la eficiencia a través del reparto de beneficios económicos.*
- *En este modelo empresarial, ganan peso los indicadores de "calidad económica" respecto a los de calidad asistencial o corrección de desigualdades. Ganan las empresas, pierden pacientes y trabajadores.*



**Documento elaborado por el Colectivo Amparo Poch y compañer@s del Sindicato Asambleario de Sanidad ([www.nodo50.org/sasmadrid](http://www.nodo50.org/sasmadrid))**