

EL MANAGED CARE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

L'assistència conduïda (o gestionada) a Catalunya.

Esborrany Tesi Doctoral

Ernest Sarrias Ramis

Director: Dr. Jordi Delàs Amat

Tutor: Dr. Andreu Prat Marín

*Als meus pares,
Na Remei Ramis Carreño i
Dr. Ramon Sarrias Mosso,
malauradament, no podran llegir-la.*

A l'Anna, per la seva paciència.

Preàmbul

Aquesta tesi va néixer a Donostia. Ha passat per Barcelona i Ciutat de Mallorca, i per Chuquicamata, Maracaibo, Coclé, Punta Arenas, Whitesnake... llocs que no fa gaire per mi sonaven a exòtics, incapaç de situar-los al mapa del món (mundial).

La tesi neix de les reflexions fruit de la necessitat d'explicar el que és el 'model sanitari català', que em fa guanyar el pa a CHC Consultoria i Gestió SA, a molts llocs de Llatinoamèrica.

M'ha tocat explicar una història poc escrita i això es el que he volgut fer. Es doncs un escrit amb vocació d'explicar i entendre alhora. De mirar el que ens és proper des de la distància – geogràfica, cultural i econòmica- que fa que les coses quotidianes no siguin tan òbvies, que coses comunes siguin singulars i que el que ens pensem que és únic, estigui compartit.

He tingut la sort de sentir explicar les seves experiències i vivències a Josep Maria Via, Olga Pané, Carles Manté, Elvira Guilera, Josep Fité, Mateu Huguet i Francesc Moreu. Els sistema sanitari català que descriu és el que elles i ells han anat construint –juntament amb molts altres- des de la primera fila o la sala de màquines. Interpreto les seves paraules i els seus fets, pel que des d'aquí els demano disculpes per la poca traça que hagi tingut en entendre'ls.

M'han ajudat força a pensar sobre què passa i passava i perquè en Lluís Segú, Jaume Puig, José Maria Marín, Mònica Ballester, Rafael Lledó... Segur que em deixo algú més, però també, gràcies.

Les converses amb el Dr. Richard M. Scheffler m'han permès d'encarar finalment el projecte, i sobretot, copsar que és el *managed care*. Maria Luisa Vazquez m'ha facilitat encarar la metodologia.

Finalment, agrair l'ajut, la disponibilitat i la orientació del Dr. Jordi Delàs (el fill metge-de-veritat que segurament hagués volgut tenir el meu pare) i al Dr. Andreu Prat per la seva feina de supervisió.

No vull oblidar-me de les persones que han ajudat a donar forma a aquest document, especialment la Maite Pavón i la Muntsa Ramoneda.

Fa molt que va començar aquesta aventura. Ha estat llarga i apassionant, una tesi viatgera, que ha anat creixent a molts llocs i massa ordinadors -la tècnica ajuda, però no sempre- amb alts i baixos, però per fi és aquí i espero que sigui útil.

INDEX

INDEX	4
INTRODUCCIÓ	9
OBJETIUS	11
HIPÒTESI	12
EL MODEL SANITARI CATALÀ ÉS UN SISTEMA ANÀLEG AL <i>MANAGED CARE</i>	12
<i>DEMOSTRACIÓ DE LA HIPÒTESI</i>	13
QUÈ ÉS EL <i>MANAGED CARE</i>	15
EL <i>MANAGED CARE</i> ALS ESTATS UNITS	16
EL <i>MANAGED CARE</i> A EUROPA	27
INTENTS D'ESTABLIR UN MARC CONCEPTUAL PER AL <i>MANAGED CARE</i>	31
MARC CONCEPTUAL DEL <i>MANAGED CARE</i>	42
ELS ESTATS UNITS (USA)	64
INTERESSOS DELS SECTORS PÚBLIC I PRIVAT	65
RELACIONS ENTRE ELS AGENTS.	80
MECANISMES I EINES	89
LEGISLACIÓ	96
AVALUACIÓ	97
CATALUNYA	100
ANTECEDENTS	101
EL MARC CONSTITUCIONAL	103
L'INICI, LES TRANSFERÈNCIES	107
LA PRIMERA ETAPA, LA PLANIFICACIÓ NORMATIVA I L'INICI DE LA DESCENTRALITZACIÓ	113
LA SEGONA ETAPA, LA PRIMERA SEPARACIÓ DE FUNCIONS	118
LA TERCERA ETAPA, LA SEPARACIÓ DE FUNCIONS DE COMPRA I PROVISIÓ (ÉS A DIR LA GESTIÓ)	118
QUE S'HA FET: L'ASSIGNACIÓ DE RECURSOS	196
REPTES DEL PRESENT	202
MATERIAL I MÈTODES	214
MATERIAL	214

MÈTODE	215
RESULTATS	226
A) COMPARACIÓ DEL SISTEMA CATALÀ AMB CADASCUN DELS AUTORS	226
B) ANÀLISI DELS AUTORS EN RELACIÓ AL MARC CONCEPTUAL.	226
C) TAULA RESUM D'INDICADORS I AUTORS	227
TAULES D'ANÀLISI	230
DISCUSIÓ	242
DEL <i>MANAGED CARE</i>	242
DEL <i>MANAGED CARE</i> ALS ESTATS UNITS	246
DEL MODEL SANITARI CATALÀ	248
LA QUALITAT	248
LA POTENCIACIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA	251
LA INTEGRACIÓ DE FINANÇAMENT I PROVISIÓ	254
DELS MATERIALS I MÈTODES	256
DELS RESULTATS	258
GESTIÓ DE PATOLOGIES	259
ASSUMPCIÓ D'ALGUN RISC FINANCER PELS METGES/ASSOCIAT A CAPITACIÓ/ASSOCIAT AL PAGAMENT PER ACTE/INCENTIUS FINANCERS	261
INTEGRACIÓ DE FINANÇAMENT I PROVISIÓ. SEPARACIÓ DE FUNCIONS	262
CONTRACTES AMB METGES I HOSPITALS SELECCIONATS (CONTRACTACIÓ SELECTIVA) QUE PROPORCIONEN UN CONJUNT COMPLERT DE SERVEIS ASSISTENCIALS ALS SEUS AFILIATS, INCLOENT LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I LA PREVENCIÓ DE LA MALALTIA. LIMITACIÓ A LA LLIURE ELECCIÓ. INCENTIUS FINANCERS A UTILITZAR DETERMINATS PROVEÏDORS	264
PRIMA ANUAL/CAPITACIÓ	265
CONTROLS DE LA UTILITZACIÓ I DE QUALITAT. INTERÈS PER L'ADEQUACIÓ I LA SATISFACCIÓ DELS USUARIS	266
CONTROL DE LA DESPESA LLISTATS DE FÀRMACS LIMITATS	267
GESTIÓ DEL COMPORTAMENT DELS METGES	267
IMPORTÀNCIA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA/GATEKEEPING	268
GESTIÓ DE CASOS	268
GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA/FORMACIÓ	269
PERFELS DE PRÀCTICA/RETROALIMENTACIÓ	270

NOVES FORMES D'ORGANITZACIÓ. COORDINACIÓ ASSISTENCIAL AMBULATORITZACIÓ	271
DEFINICIÓ D'UN PAQUET DE SERVEIS	271
MILLORA DELS CONEIXEMENTS DELS PROCESSOS DE COMPRA. METODOLOGIES DE PRIORITZACIÓ	271
SEGUIMENT I COMPARACIÓ D'OUTCOMES AMB SISTEMES SOFISTICATS PROVEÏDORS NO MÈDICS CENTRES D'EXCEL·LÈNCIA CLÍNICS TRIATGE PROGRAMES DE CONSELL TELEFÒNIC	272
RESUM DE LA DISCUSSIÓ	274
CONCLUSIONS	277
TAULES I FIGURES	280
BIBLIOGRAFIA	286

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

Bona part dels sistemes de salut, en els diferents entorns, tant desenvolupats com en desenvolupament, estan implicats en processos de reforma que, a mig o llarg termini, poden incorporar canvis en les seves pròpies estructures, plantejament i forma d'actuació.

Les motivacions per a iniciar o plantejar aquests processos de canvi tenen una part del seu origen en aspectes econòmics derivats de la limitació de recursos, amb el paradigma dels criteris de convergència de Maastrich per a la Unió Monetària i el creixement continuat i, aparentment inaturable, de la despesa sanitària. Alhora hi ha problemes de cobertura, especialment sobre determinats grups de població, manca de satisfacció dels usuaris amb els actuals sistemes¹ i preocupació creixent per la qualitat dels serveis.

En resum, des d'una perspectiva simple es podria plantejar que el problema bàsic al qual s'enfronten els sistemes sanitaris es centra en un volum cada vegada més gran de recursos que no produeixen un increment proporcional de beneficis tangibles a la població^{2 3 4}.

Aquesta visió des del punt de vista de política sanitària cal afegir-hi la insatisfacció dels professionals mèdics, reiteradament descrita com a "burn out" i que s'ha manifestat amb vagues d'ampli seguiment a les autonomies gestionades per l'Insalud⁵ o amb la signatura de l'acord de 'carrera professional' a Catalunya (on s'ha pactat un increment salarial uns quants punts per damunt de la inflació a canvi de pau social, vestint-lo de nova estructura de categories professionals).

També s'està vivint un debat sobre quin és el paper professional de la infermeria⁶, atrapada en una pinça entre la superespecialització com a tendència desitjada i l'aparició de professions tècniques específiques⁷.

Al mateix temps, s'ha reobert la polèmica sobre la reforma del sistema sanitari, inclosa en el debat general de la reforma de l'estat del benestar⁸. Des de sempre aquesta discussió s'ha organitzat al voltant de la pressió de creixement de la despesa i, durant els anys 80, davant d'aquest problema, es va reaccionar amb el principi de 'més gestió'^{9 10}.

La manca de resultats obtinguts ha portat en la dècada dels 90 a parlar de mesures de co-finançament, restricció de prestacions i privatització^{11 12}. Aquestes mesures, que poden ser en alguns casos adients, no han de considerar-se aïlladament com es fa sovint sinó en un marc més ampli que contingui propostes de reforma estructural i per tant amb capacitat d'incidència, no només sobre els problemes financers¹³.

Efectivament, el cofinançament¹⁴ o les carteres de serveis no són la clau que resolguin, per si sols, la poca relació entre les polítiques de salut i els serveis oferts, les dificultats per a adaptar la xarxa assistencial a la situació epidemiològica, demogràfica i econòmica¹⁵, la manca de continuïtat assistencial, l'existència d'incentius perversos¹⁶ i de mecanismes de gestió excessivament rígids i jerarquitzats¹⁷, la vigència d'un règim laboral inadequat, acompanyat d'insatisfacció dels professionals^{18 19 20}, l'escassa prioritat de les polítiques de qualitat, l'exercici d'una medicina que no sempre es basa en l'evidència, o l'escassa participació dels ciutadans en la presa de decisions.

Aquest panorama complex porta a la recerca de solucions meravelloses, de panacees. I com és costum en el sector sanitari (i a altres) aquestes han de venir dels Estats Units²¹. Així s'ha començat a parlar de *managed care*²². No cal oblidar però altres alternatives com la millora de la gestió al propi sector públic^{23 24 25 26}. Els 20 anys de la Declaració d'Alma Ata, els 15 de la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública i la Reforma de l'Atenció Primària que estem commemorant ens recorden que són àmbits on cal seguir treballant.

La pròpia traducció del terme comporta algunes dificultats: medicina o assistència?, gestionada o conduïda?. Hom es pregunta: com es pot traduir aquest concepte? o, anant una mica més enllà, cal transportar-lo a la realitat catalana?, aporta res de nou?²⁷. D'aquesta reflexió neix el títol d'aquesta tesi: *Managed care* en el model Sanitari Català.

OBJETIUS

1. Definir que és el *managed care*
 - 1.1. situar-lo en el seu context històric als Estats Units i a Europa
 - 1.2. establir-ne un marc conceptual
2. Descriure el Sistema Sanitari Català
3. Establir la presència de *managed care* al Sistema Sanitari Català

HIPÒTESI

El model sanitari català és un sistema anàleg al managed care

El nostre sistema sanitari ha evolucionat molt des de la signatura de les transferències, esdevenint un model, no només a nivell de l'Estat Espanyol si no a nivell internacional. És l'anomenat Model Sanitari Català.

Aquest model ha incorporat una sèrie d'eines de gestió prou innovadores, com la Planificació per Objectius de Salut (Plans de Salut), la separació de la funció de compra (exercida pel Servei Català de la Salut (SCS)) i provisió (amb la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)), la professionalització de la gestió (amb la incorporació de gerents als centres sanitaris), l'assignació pressupostària lligada a l'activitat (amb la introducció de la Unitat Bàsica d'Activitat (UBA)), un model d'accessibilitat fonamentat en l'Atenció Primària de Salut (capitanejat per la creació de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS)) i la potenciació dels hospitals comarcals (amb el model d'hospital comarcal general bàsic).(Taula 1).

Taula 1 : Principals elements del Model Sanitari Català

Principis	Instruments
Planificació per Objectius de Salut	Plans de Salut
Separació de la funció de compra i provisió	Servei Català de la Salut (SCS) Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)
Professionalització de la gestió	incorporació de gerents als centres sanitaris
Assignació pressupostària lligada a l'activitat	Unitat Bàsica d'Activitat (UBA)
Accessibilitat fonamentada en l'Atenció Primària de Salut	Àrees Bàsiques de Salut (ABS)
Potenciació dels hospitals comarcals	Hospital Comarcal General Bàsic

El desenvolupament i implantació d'aquest model ha induït una evolució del propi sector sanitari, que actualment és força diferent de quan va esdevenir responsabilitat del govern autonòmic. A més no és quelcom estàtic sinó que va evolucionant adaptant-se a les noves necessitats de l'entorn, entre les que destaca la problemàtica del finançament.

De la revisió de la bibliografia, les conferències i les notícies que apareixen tant a la premsa especialitzada com als medis de comunicació, es pot apreciar com les circumstàncies del

sistema i de l'entorn són en certa mesura anàlogues a les que es donen als Estats Units i a altres països europeus on s'ha començat a descriure el *managed care*.

En altres paraules, gran part dels objectius i les noves pràctiques i relacions entre metges, pacients i asseguradores que s'estan estenent sota el paraigües de l'anomenat *managed care* són quelcom que no ens és nou.

Així doncs s'arriba a la formulació de la hipòtesi:

El model sanitari català és un sistema anàleg al *managed care*.

Això es demostrarà comparant les característiques que defineixen el *managed care* als Estats Units i altres països europeus amb les circumstàncies del sistema sanitari català.

Demostració de la hipòtesi

Es defineix el *managed care*, assenyalant quines són les seves característiques fonamentals, eines i instruments, a partir d'una revisió sistemàtica de la bibliografia existent, primer centrada en el sistema sanitari dels Estats Units, on va néixer el *managed care* i després en les anàlisis del terme tant als Estats Units com a l'entorn europeu.

Les revisions permeten enumerar quins són els elements fonamentals i instrumentals del *managed care*.

Es construeix una taula de referència, a manera de requisits que ha de complir un sistema sanitari per ser considerat com a *managed care*.

S'analitza amb aquesta referència el sistema sanitari català, a fi de comprovar si compleix els requisits per a ser considerat com a *managed care*.

Observant les concordances i diferències amb el que s'observa a Catalunya s'establirà l'analogia del sistema català amb el *managed care*.

QUE ÉS EL *MANAGED CARE*

QUÈ ÉS EL *MANAGED CARE*

QUÈ ÉS EL <i>MANAGED CARE</i> _____	15
EL <i>MANAGED CARE</i> ALS ESTATS UNITS _____	16
PREFERRED PROVIDERS ORGANIZATIONS PPO _____	19
INDEPENDENT PRACTICE ASSOCIATION O FOUNDATION. (IPA) _____	20
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION (HMO)'S _____	21
PSO/PSN PROVIDERS SERVICE ORGANIZATION/NETWORK _____	23
EL <i>MANAGED CARE</i> A EUROPA _____	27
ESTABLIMENT DE PRESSUPOSTOS GLOBALS PER SANITAT. _____	28
SEPARACIÓ ENTRE COMPRADORS I PROVEÏDORS. _____	28
MONITORITZACIÓ DE LA PRESCRIPCIÓ I AUTORITZACIÓ. _____	28
LIMITACIÓ DELS FÀRMACS DISPONIBLES. _____	29
AVALUACIÓ DE TECNOLOGIES I DEFINICIÓ DE PRESTACIONS AMB COBERTURA PÚBLICA. _____	29
LA MEDICINA BASADA EN L'EVIDÈNCIA MBE _____	30
INTENTS D'ESTABLIR UN MARC CONCEPTUAL PER AL <i>MANAGED CARE</i> _____	31
J.K. IGLEHART _____	32
Q.D. SANDIFER I P. HATCHER _____	32
K. FLYNN _____	34
K.W. KIZER _____	37
E. MOSSIALOS I COL.LABORADORS _____	38
MUIR _____	39
G. FAIRFIELD I COL.LABORADORS _____	39
L. LABEL _____	41
P. IBERN _____	42
MARC CONCEPTUAL DEL <i>MANAGED CARE</i> _____	42
A) INTEGRACIÓ, INTEGRALITAT O LONGITUDINALITAT _____	43
B) CONTROL _____	44
C) TRANSFERÈNCIA DE RISC _____	54
D) TRANSPARÈNCIA _____	56

Per definir el que és *managed care* cal situar un context determinat, donat que ens trobem davant un ventall ampli i divers de formes organitzatives fruit d'una evolució històrica.

En primer lloc es descriu breument el sistema que s'anomena *managed care* als Estats Units, on es va utilitzar el terme per primer cop (el capítol segon d'aquesta tesi conté una descripció més amplia). Seguidament s'expliquen algunes pràctiques de gestió en l'entorn europeu que, segons alguns autors, també han de ser considerades *managed care*.

Es constata que el *managed care* no ha estat un invent 'ex novo' sinó un concepte que ha sorgit de la necessitat d'anomenar una realitat que s'ha anat consolidant. Existeixen diversos enfocaments i aproximacions i com a conseqüència, diverses definicions per a un mateix concepte. Això es fa palès a l'anàlisi de la bibliografia on trobem diversos intents d'establir un model conceptual de *managed care*.

A partir d'aquesta revisió es proposa un marc conceptual i que servirà com a marc d'anàlisi d'un sistema sanitari per tal de determinar si pot rebre el qualificatiu de *managed care*.

El *managed care* als Estats Units

El *managed care* engloba un conjunt d'estratègies orientades a controlar el creixement dels costos sanitaris des de l'oferta, experimentat bàsicament als Estats Units. *Managed care* no té una definició unívoca perquè no és en sí un concepte unitari si no una amalgama de principis i practiques interrelacionades, que sorgeixen a la dècada dels 80 als Estats Units per limitar el creixement de costos i introduir més responsabilitat a les decisions clíniques i dels pacients

Una primera descripció del concepte es fonamenta en els elements que apareixen al llarg de la cadena de producció del serveis sanitaris. És una aproximació força empresarial, poc clínica, però per altra banda molt utilitzada a la bibliografia dels Estats Units. Així podem parlar de:

1. Control de la demanda, de manera no exhaustiva:
 - Selecció de riscos (situació que es dona quan una companyia d'assegurances no assegura algú que presumiblement té un risc elevat de patir un sinistre, per exemple no es permet contractar una pòlissa d'assegurança sanitària a un diabètic)
 - Premiar amb menors primes d'assegurament estils de vida saludables (per exemple no fumadors o esportistes)
 - Penalitzacions per us inadequats de serveis (per exemple fent pagar una consulta a l'especialista si no s'ha anat abans al metge de capçalera)

2. Control sobre els proveïdors (metges i hospitals), per exemple:
 - Pagaments per capitació (el metge rep una quota mensual o anual per cada afiliat, independentment que aquest utilitzi els seus serveis o no)
 - Incentius a l'eficiència (per exemple premis per utilitzar alternatives més econòmiques a igualtat d'eficàcia)
 - Negociació de descomptes en base a volum contractat, amb acords d'exclusivitat (l'asseguradora garanteix un volum de visites a canvi de tarifes més baixes)
 - Control de la satisfacció dels usuaris (per exemple: mesura de l'opinió dels usuaris a través d'enquestes, o el control de les reclamacions presentades)

3. Control dels subministradors (indústria farmacèutica, de material sanitari i d'equips mèdics), per exemple:
 - Formularis de prescripció farmacèutica (els metges només poden prescriure fàrmacs inclosos en una guia terapèutica limitada). Genèrics i substitució terapèutica (el fàrmac que ha prescrit el metge és substituït per una altra presentació amb menor cost)
 - Avaluació de tecnologia (es fan estudis de cost-eficàcia de tecnologies diagnòstiques i terapèutiques)

4. Control de la pràctica clínica i assistencial, per exemple:
 - L'Atenció Primària com a porta d'entrada al sistema (el pacient no pot acudir directament al especialistes, ha de ser adreçat des del metge de capçalera)²⁸
 - Segones opinions obligatòries (per exemple cal consultar a un segon cirurgia abans d'autoritzar el pagament d'una intervenció quirúrgica electiva)
 - Pre-autoritzacions (cal demanar consentiment previ a l'asseguradora per portar a terme un determinat procediment diagnòstic o terapèutic. En el nostre entorn és el 'segell de la inspecció')
 - Restricció de la llibertat d'elecció del metge.
 - Guies de pràctica clínica
 - Minimitzar l'ús de dispositius assistencials d'alt cost, amb alternatives a la hospitalització convencional (Cirurgia Major Ambulatoria, Hospital de Dia)
 - Monitorització i Difusió de resultats
 - Gestió de Patologies ('Disease management' potser millor traduït com gestió de processos)
 - Optimitzar les tecnologies de la informació, amb gestió de casos i sistemes de suport a la presa de decisions (us d'eines informàtiques que orienten les actuacions dels metges en funció de protocols d'actuació o resultats estadístics)²⁹
 - Foment de la competència
 - Externalització de serveis com la revisió de la utilització o la farmàcia (aquestes tasques són realitzades per empreses alienes a les comissions del propi hospital).

B.Spitz³⁰ és el primer en intentar sistematitzar aquest model dient que trobem *managed care* en aquells sistemes que contenen tres elements: limitació a la lliure elecció de proveïdor modificació dels patrons d'utilització mercès la coordinació de l'assistència i incentius financers i riscos compartits per modificar el comportament del metge i/o per formar noves organitzacions.

Cal contextualitzar el que signifiquen aquests canvis, doncs per algú familiaritzat amb l'entorn sanitari europeu, poden no semblar tals. Cal tenir en compte que el model sanitari tradicional –i que encara conviu amb el *managed care*– als Estats Units es caracteritza per l'existència d'un mercat de l'assistència i l'assegurament sanitari amb:

- a) llibertat quasi absoluta d'elecció de proveïdor de serveis sanitaris (caracteritzada per l'accés directe als especialistes i hospitals) només limitada per la capacitat econòmica de l'usuari,
- b) proveïdors quasi absolutament privats,
- c) el pagament per acte assistencial i,
- d) l'assegurament majoritàriament privat (encara que amb una participació propera al 50% de l'assegurament públic a través, principalment de Medicare i Medicaid) amb un mecanisme de reembossament de despeses.

El model de *managed care* requereix de la presència, en tots els casos, a més del pacient, de com a mínim, quatre agents o funcions: el tercer pagador, les companyies d'assegurances, les organitzacions de *managed care* i els proveïdors és, per tant, un sistema complex.

Cal ser conscient, que una de les característiques fonamentals del *managed care* és la seva constant evolució, especialment la tendència simultània a la integració vertical³¹ i a la descentralització del risc, el que fa que, a la pràctica, no es donin les tipologies pures ja sigui d'agent, funció o organització (Figura 1).

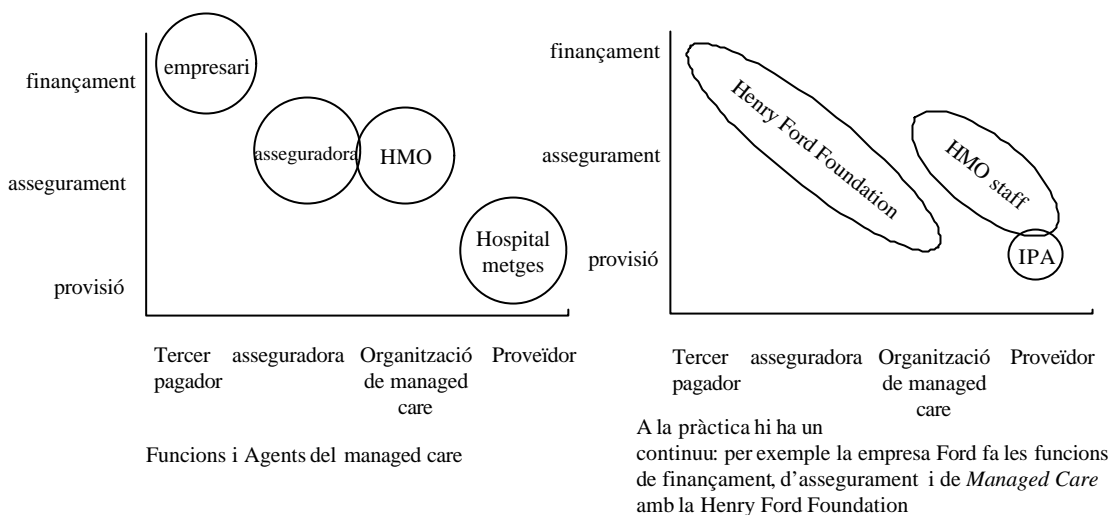
L'anomenat tercer pagador és qui es fa càrrec del finançament de les pòlisses quan no és el propi usuari. És habitualment l'empresari que contracta l'assegurança dels seus treballadors.

Les companyies d'assegurances són les que ofereixen plans d'assegurament. Una mateixa asseguradora pot oferir plans d'assegurament sota la modalitat tradicional de reembossament o bé amb la modalitat de *managed care*, ja sigui gestionant-los directament o contractant organitzacions de *managed care* per oferir assistència sanitària. L'evolució del mercat ha fet que, a més, la funció d'assegurament en alguns casos sigui assumida pels empleadors o pels proveïdors.

Les Organitzacions de *managed care* (MCO: Managed Care Organizations) són empreses que presten serveis sanitaris i es financen en base a una capitació. És a dir, reben una quota

mensual o anual independentment que les persones a qui s'han compromès a atendre facin servir o no els seus serveis. Poden abastar des de tot l'espectre assistencial a un determinat aspecte (per exemple la prestació farmacèutica o les malalties cardíco-vasculars) ja sigui a través de proveïdors propis o contractats. Aquest és l'element diferencial en aquest nou esquema i és el que analitzarem amb més detall.

Figura 1: Funcions i Agents al *managed care*



Quan es parla de *managed care* es fan servir moltes sigles³², el que fa que el neòfit es senti en una sopa de lletres. Els principals tipus d'Organitzacions de *managed care* són:

- PPO: Preferred providers Organizations
- IPA: Independent Practice Organizations
- HMO: Health Maintenance Organizations
- PSO: Provider Service Organization o PSN: Provider Service Network

Preferred Providers Organizations PPO

Les Preferred Provider Organization (PPO) van ser les primeres organitzacions que van començar el que després es va anomenar *managed care*. Les Preferred Provider Organization (PPO) eren asseguradores que van continuar amb el pagament per acte als proveïdors (fee-for-service) però limitant els copagaments i la llibertat d'elecció dels pacients, alhora que estenien els controls de la utilització de serveis hospitalaris i/o d'alt cost.

El cas extrem de les Preferred Provider Organization (PPO) és l'Exclusive Provider Organization (EPO) o proveïdor exclusiu. En aquesta modalitat la companyia d'assegurances no fa reembossaments si s'acudeix a un proveïdor fora de la llista de proveïdors. El proveïdor

no té per que tenir un contracte en exclusiva, de manera que pot treballar per diverses companyies.

Aquest mecanisme incentiva, a canvi de primes més baixes, que només s'utilitzin els proveïdors propis que alhora, tenen assegurat un volum determinat d'activitat. És el model més semblant a l'assegurament privat que existeix a Catalunya.

El més freqüent són les Point of Service (POS) o "open-ended option". En aquesta modalitat el pacient o el seu empleador paga una prima més alta a canvi de la possibilitat d'acudir a un proveïdor fora del pla. En alguns casos, a més, l'usuari ha de fer un copagament.

Aquesta modalitat és la que podríem descriure com de transició del model tradicional, amb llibertat total d'elecció, a les formes de *managed care*.

En alguns casos les asseguradores ofereixen programes d'especialitats sota el nom de "stand alone", com una forma mixta entre el model tradicional i el de limitació d'elecció. Així només hi ha cartera de proveïdors restringida en alguns serveis com l'atenció buco-dental, la psiquiatria o la dispensació de medicaments.

Independent Practice Association o Foundation. (IPA)

Les Independent Practice Association (IPA) no són asseguradores, si no associacions de proveïdors, concretament de metges. Els usuaris no contracten amb elles, si no amb les asseguradores³³.

La seva descripció s'inclou en aquest apartat per que podríem dir que són l'altre cara de la moneda tant de les Preferred Provider Organization (PPO)'s com d'algunes Health Maintenance Organization (HMO) que descriurem a continuació. Tenen una evolució paral·lela a aquestes i a la bibliografia s'acostumen a descriure també conjuntament. Si com a criteri d'agrupació fem servir només les modalitats de relació de l'asseguradora amb proveïdors no tindrien lloc aquí. Si el punt de vista és el dels metges, són la resposta organitzativa dels metges al canvi de les asseguradores cap al *managed care*.

A l'agrupar als metges d'una determinada àrea, han permès als metges guanyar poder de negociació davant les companyies asseguradores³⁴. Per exemple han aconseguit que no s'estableixin contractes d'exclusivitat permetent que puguin figurar als quadres mèdics de diverses companyies³⁵.

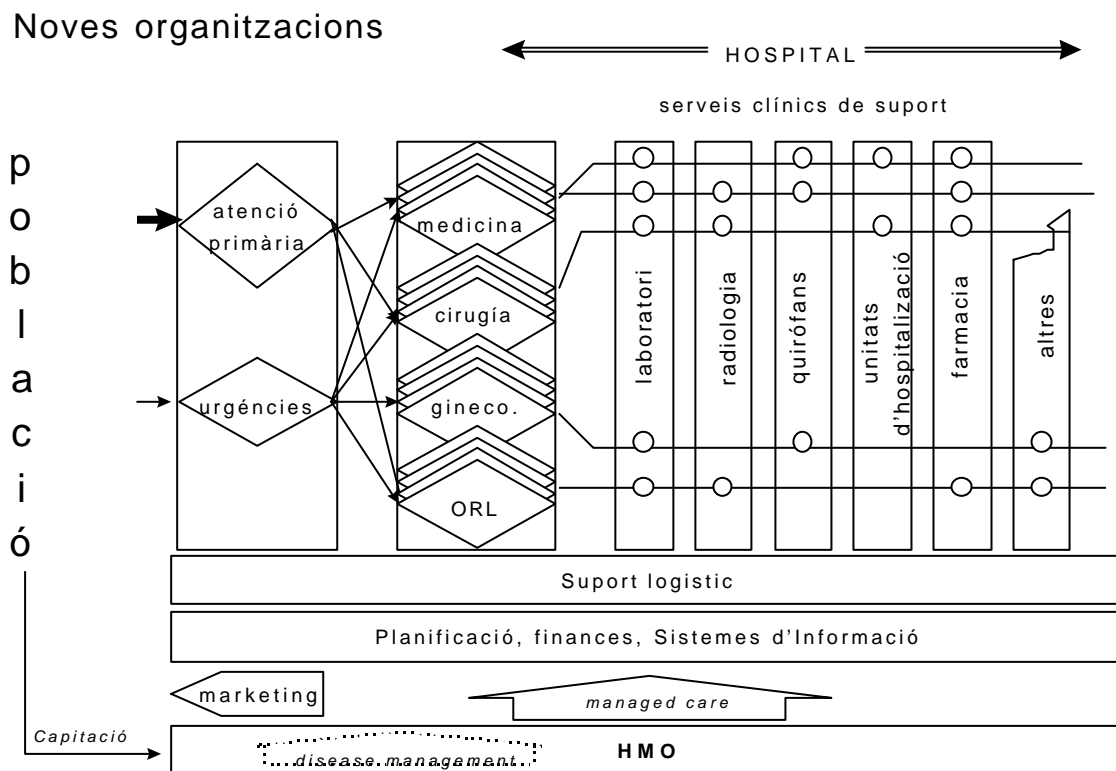
La pròpia organització de les Independent Practice Association (IPA) pot variar segons la seva mida i composició: des de l'associacionisme a comptar amb alguns metges assalariats, del pagament per capitació al pagament per acte a alguns especialistes i totes les formes mixtes possibles. Molts cops ofereixen serveis administratius i compres centralitzades a més de la negociació amb les asseguradores.

Health Maintenance Organization (HMO)'s

A diferència de les Preferred Provider Organization (PPO) i Exclusive Provider Organization (PPO) amb el mecanisme de pagament per acte amb controls d'utilització, les Health Maintenance Organization (HMO) o Organitzacions de Manteniment de la Salut, són les que proporcionen realment *managed care* en el sentit més estricte del terme.

Es tracta de companyies asseguradores, que a canvi d'una prima fixa ofereixen assistència integral, és a dir, promoció de la salut, prevenció, assistència curativa, i rehabilitada a nivell d'Atenció Primària i especialitzada als seus clients (Figura 2). La visió integral de la salut, no només de l'assistència sanitària, és el seu tret diferencial, i d'aquí ve el seu nom.

Figura 2 : El model de Health Maintenance Organization (HMO)



Reengineering Health Care: Management Systems for Survivors
J.R. Griffith. Hospital & Health Services Administration 39:4 Winter 1994 pag 451-470

Donat que els pacients i els empresaris són els qui finalment paguen, hi ha un rerafons de satisfacció de les necessitats dels consumidors. De la mateixa manera que el model de pagament influeix el comportament dels metges, les bases financeres amb que operen les Health Maintenance Organization (HMO) dirigeixen les seves actituds i decisions.

Com a les altres organitzacions de *managed care*, els usuaris tenen restriccions a l'accés als recursos assistencials, ja sigui per l'existència d'una cartera de serveis limitada, d'un pannel tancat de metges o l'obligatorietat d'acudir primer a un metge d'Atenció Primària abans de l'accés a qualsevol especialista. Com a contrapartida, acostumen a oferir uns preus per les primes més baixos i no hi ha copagament (o si n'hi ha, ho és excepcionalment i en menors quanties que en les asseguradores clàssiques).

En funció amb la seva relació amb els proveïdors, especialment amb els metges, trobem diversos models:

Staff model

El que les caracteritza és que els metges són tots empleats de la Health Maintenance Organization (HMO). Aquestes acostumen a ser organitzacions sense ànim de lucre que tenen un consell d'administració (Board) format per usuaris. La retribució dels metges acostuma a tenir una part variable en funció d'objectius.

Group model

En aquest model s'estableix un contracte d'exclusiva recíproca entre un grup de metges i una asseguradora. Aquest model acostuma a ser l'evolució d'un *staff model*, quan els metges decideixen assumir risc a canvi de guanyar autonomia i ingressos^{36 37}. Per l'asseguradora suposa separar les funcions d'assegurament i compra de la provisió, no havent-se de preocupar de la gestió dels serveis.

Network (Xarxa)

En aquests tipus d'Health Maintenance Organization (HMO) l'asseguradora compra serveis a diversos proveïdors, que poden no tenir cap relació entre ells. D'aquesta manera la integralitat de l'atenció és garantida per l'asseguradora, no pels proveïdors.

La funció clau de l'asseguradora és el domini de la funció de compra, aprofitant la diversitat de proveïdors disposats a gestionar diferents riscos, amb fórmules que ens són alienes a l'entorn europeu.

Així, a més de la contractació selectiva de proveïdors amb perfil tradicional com hospitals o metges, ja sigui amb mecanismes de capacició i/o pagament per acte amb descomptes,

existeixen proveïdors que estan gestionant riscos associats a productes intermitjos i fins i tot a malalties.

D'aquesta manera tenim les Pharmaceutical Benefit Management, que gestionen la prestació farmacèutica, o les companyies de Disease Management que gestionen les pòlisses d'assegurats amb malalties determinades com la diabetis o malalties cardiovasculars. Exemple de la primera és Medco, del grup MSD, i de la segona Diversify.

Mixtes

Aquests tipus d'Health Maintenance Organization (HMO) es caracteritzen per combinar diferents formes organitzatives³⁸. Per exemple, poden tenir els metges d'Atenció Primària³⁹ en nòmina (com les *staff model*), contractar els especialistes a través d'una Independent Practice Association IPA i oferir la cobertura farmacèutica amb una Pharmaceutical Benefit Management (com les *network* –xarxa-)

PSO/PSN Providers Service Organization/Network

Les Providers Service Organizations (PSO) o Providers Service Network (PSN) són xarxes de proveïdors que ofereixen assistència integral (prevenció, promoció de la salut, assistència i rehabilitació) de forma directa, obviant les asseguradores, generalment per programes d'assegurament públic com Medicaid.

La Taula 2 resumeix l'explicat sobre les Organitzacions de *managed care*:

Taula 2 : Tipus de Organitzacions de *managed care* (MCO)

PPO (Preferred Provider Organization)	La PPO contracta amb xarxes o quadres mèdics que són pagats a partir d'una taula d'honoraris negociada: pagament per acte amb descompte. Els assegurats reben descomptes si són atesos a la xarxa assistencial.	
IPA (Independent Practice Association)	La HMO contracta sense exclusiva amb un metge que treballa pel seu compte però que està associat a d'altres per negociar amb les Organitzacions de <i>managed care</i> (MCO) . El pagament pot ser per acte amb taula d'honoraris negociada i/o capitació.	
HMO	'tipus staff'	Els metges són assalariats de la HMO
	'tipus grup'	La HMO contracta en exclusiva a un grup de metges que, alhora, treballen en exclusiva per ella.
	'tipus xarxa'	La HMO manté una relació no exclusiva amb un o diversos proveïdors, metges, hospitals, farmacèutics, etc.
	'tipus mixta'	L'assegurador combina diverses formes organitzatives

PSO Providers Service Organizations o PSN Providers Service Networks	Una xarxa de proveïdors, generalment centrada en un hospital, contracta directament amb el finançador, sense que existeixi una asseguradora.
--	--

És evident, doncs, que l'aparició del *managed care* ha suposat una sofisticació del sistema sanitari, apareixent nous agents i mecanismes d'interrelació entre ells força sofisticats. Aparentment existeix una contradicció entre el motor del *managed care* als Estats Units, la contenció de la despesa, i aquesta sofisticació del sistema. A priori sembla que com més intermediaris, els costos han d'incrementar-se. La teoria econòmica ofereix una explicació aquesta paradoxa⁴⁰

Aquests nous agents fan les funcions que a altres mercats fan els intermediaris que faciliten la negociació de preus o minimitzen la infrautilització de capacitat. En aquest entorn es tradueix en la disminució de:

- a) els costos de recerca i espera,
- b) el risc moral i, per tant,
- c) dels costos de garantia i vigilància.

a) Costos de Recerca

Els costos de recerca són, per una banda el temps que dediquen els consumidors a esbrinar quin és el proveïdor més adient per a les seves necessitats, per l'altre, els recursos utilitzats pels proveïdors per a donar-se a conèixer i trobar clients. Lògicament aquests costos només es produeixen quan hi ha lliure elecció.

La limitació dels proveïdors que es dona a les organitzacions de *managed care* ha disminuït els costos de recerca i espera de consumidors i proveïdors.

El consumidor pot pressuposar que el proveïdor que serveix a una organització de *managed care* té uns requisits de qualitat mínims. Igualment, aquest no necessita donar-se a conèixer per sí mateix, perquè l'organització per a la que treballa li supleix aquesta funció.

Si no existeix una visió integrada de l'assistència en que diferents proveïdors de diferents serveis assistencials estan sota una organització comuna, es generen situacions com aquella en que un pacient ha d'espera un tractament després d'un determinat diagnòstic en recerca d'un proveïdor adient que no tingui llista d'espera. Aquest és l'anomenat cost d'espera.

Les organitzacions de *managed care*, al comptar amb una visió global, poden encarregar-se d'oferir alternatives, gestionant ella, i no cadascú dels proveïdors, la llista d'espera.

b) el risc moral

El risc moral és el conjunt d'accions amagades que es poden exercir en una de les dues parts que han signat un contracte i que l'altre part no pot identificar sense incorre en costos. El risc moral apareix quan hi ha asimetria d'informació, és a dir, una de les parts concurrents en una transacció té més informació que la resta.

L'asimetria d'informació entre proveïdors i consumidors d'assistència sanitària s'agreuja amb l'existència d'assegurances. Quan hi ha una asseguradora els agents que intervenen són tres, establint-se fonamentalment dos tipus de relació: una d'econòmica entre proveïdor i assegurador i una de prestació de serveis entre proveïdor i usuari.

Es generen dos tipus de risc moral, el dels consumidors i el dels proveïdors. El risc moral dels consumidors es genera per la dissociació que hi ha entre les decisions de consum i el fet que la compensació pels serveis es fa per altres agents, el que pot generar un excés de demanda o risc moral per part dels consumidors. En altres paraules, com qui paga és un altre (l'asseguradora) els consumidors tenen més facilitat-per/propensió-a consumir que si paguessin directament.

Però en l'assistència sanitària, alguns serveis (radiografies, analítica, visites a d'altres metges, fàrmacs, etc.) són demandats pel proveïdor (el metge que està visitant) en nom del pacient. És el que s'anomena relació d'agència: el metge és l'agent del pacient. Llavors apareix el risc moral del proveïdor.

A la pràctica suposa el fet que el metge prescriptor generi una demanda de serveis superior a la òptima perquè n'obtindrà un benefici o bé directament (per exemple ajuts a l'assistència a congressos) o a través de l'organització on treballa (com més proves demani, més pagarà l'asseguradora). Aquest risc és força alt perquè els serveis sanitaris són bens de confiança, és a dir, són de difícil mesura en quant a quantitat i qualitat.

El risc moral es podria resumir en la conseqüència de que qui decideix no paga, qui paga no decideix i qui consumeix ni paga ni decideix.

La disminució del risc moral s'exerceix a través del que s'anomena vigilància.

c) Costos de garantia i vigilància

La informació que tenen els diferents agents que intervenen en aquesta relació a tres bandes (pacient, asseguradora i metges) és, com s'ha vist, diferent. Hi ha asimetria (els uns en tenen més que els altres) i la informació és incompleta (cap està satisfet de la informació que té).

Els malalts, per evitar el risc moral del proveïdor, generat perquè actua com el seu agent, haurien d'adquirir coneixements que els permetessin vigilar les decisions que pren el metge. Això és difícil i costos per força motius com la urgència en la presa de decisions, el temps disponible, el nivell d'instrucció, l'accessibilitat a la informació mèdica, etc. Només acostuma a passar en el cas de malalties cròniques o molt determinades en pacients amb certa base educativa (per exemple la SIDA).

Les organitzacions de *managed care* poden actuar, en aquest context, com a supervisors delegats dels seus pacients. Els pacients poden suposar que si bé la malaltia que pateixen és una experiència nova o poc freqüent per a ells com a individus, no ho és per a l'organització que té milers d'afiliats. Aquesta per tant, comptarà amb l'experiència acumulada de múltiples pacients en situacions similars. Haurà pogut aprendre quina és la quantitat i qualitat dels serveix que requereix.

Per posar-ho a la pràctica s'han desenvolupat moltes estratègies. Per exemple les asseguradores han incorporat 'intel·ligència' mèdica al seu si, amb assessors o directors mèdics. A més han impulsat eines que van des dels programes de segona opinió als protocols d'adequació, esperonades pel desenvolupament de les tecnologies de la informació.

Aquesta vigilància és una garantia de qualitat, que pot fer que si un proveïdor és rebutjat per un intermediari per motius fonamentats i creïbles, no sigui acceptat per altres per la mala fama adquirida. Amb aquesta premissa, aquelles organitzacions que estableixen mecanismes de selecció de proveïdors en raó de la seva qualitat, tindran guanyada la confiança dels consumidors.

En definitiva, el *managed care* és una resposta a les tensions i desequilibris econòmics que es generen en un entorn que evoluciona des d'el pagament per acte i una amplia llibertat d'elecció, permetent la supervivència de l'assegurament privat⁴¹.

El *managed care* a Estats Units ha evolucionat des de intents de reduir el costos de l'assistència, reduïnt la quantitat d'assistència hospitalària i imposant barreres d'accés als metges generals. Actualment s'interpreta com un intent de controlar la intensitat d'us dels recursos dels serveis clínics alhora que millorar la satisfacció dels usuaris amb l'experiència clínica.

El *managed care* a Europa

Per Fairfield (1997)⁴² a Europa, en un entorn fonamentalment públic, *managed care* és un procés capaç de maximitzar els beneficis en salut d'una comunitat amb els limitats recursos disponibles assegurant la provisió d'un volum i tipus apropiat de serveis i monitoritzant contínuament els resultats dels mateixos de manera que es garanteixen dins el possible la consecució dels objectius poblacionals i individuals de salut.

Com es pot veure l'adaptació incorpora els conceptes de població, equitat i eficiència assignativa, transformant el concepte de rendibilitat financera dels entorns privats al de rendibilitat social en concepte de beneficis sanitaris obtinguts amb uns recursos donats, els que la societat ha decidit dirigir al sector salut.⁴³

El *managed care* a Europa no és homogeni⁴⁴. El context polític i econòmic de cada país influeixen en gran mesura el que poden fer els diferents governs^{45 46}. La majoria de països de la Unió Europea han establert diferents formes de *managed care*, però cap d'elles han deixat camp al mercat com a mecanisme per frenar l'escalada de preus⁴⁷. Tampoc s'ha aconseguit introduir mesures pel costat de la demanda.

Els antecedents venen de lluny: el model endegat per Bismark el 1883 establia una assegurança sanitària obligatòria fonamentada en un pagament capítatiu. A partir d'aquest es pagava els metges per acte a partir d'una bossa o fons on es recollien els pagaments per capitació.

Les tarifes per acte depenien de la capacitat de pagament del fons. S'aconseguia així un mecanisme molt efectiu de control de costos. Cada fons va establir llistes positives de fàrmacs (a Espanya els 'Petitorios') i alguns d'ells tenien les seves pròpies farmàcies i compraven en funció del millor preu. Els metges eren monitoritzats i es contractaven els serveis hospitalaris també en funció de preu, encara que alguns fons van establir els seus propis hospitals.

Histories similars es donaren a França, Dinamarca, Holanda i Anglaterra⁴⁸. A Catalunya hi ha la tradició mutual en la mateixa línia.

Actualment les mesures es focalitzen sobretot en el costat de l'oferta, és a dir sobre proveïdors i subministradors. Les mesures sobre la demanda, com la introducció de tiquets moderadors i copagaments no han estat gaire efectives.

Les principals tendències són:

Establiment de pressupostos globals per sanitat.

El primer en fer-ho va ser el Regne Unit a la postguerra.

Separació entre compradors i proveïdors.

La separació de funcions de compra i provisió cal situar-la en el context de la sanitat pública en els casos en que els metges i els altres treballadors són empleats de la pròpia administració i els hospitals i centres de salut són de propietat pública. La separació de funcions significa que l'Administració comença a pagar (funció de compra) prestacions realitzades per metges i hospitals (funció de provisió) que no són empleats o propietat de l'Administració (Taula 3).

S'ha introduït com a novetat a Anglaterra^{49 50 51}, Suècia, Catalunya i el País Basc. Alhora s'han introduït alguns mecanismes de competència entre proveïdors⁵² a Itàlia, Anglaterra^{53 54 55 56 57}, Holanda, Suècia, Catalunya i País Basc. En la mateixa línia hi ha mecanismes de pagament per capitació als metges d'Atenció Primària al Regne Unit, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suècia i Finlàndia.

Taula 3 : el procés de separació de compra i provisió^{58 59 60}

Per exemple un procés de separació entre compra i provisió pot fonamentar-se en la lògica i els instruments següents:

Objectiu:

- establiment del perfil de salut
- projecció del perfil de salut al període de contracte
- identificar morbiditats previsible i tractables
- determinar els objectiu de salut assolibles per perfil de salut
- determinar objectius locals
- determinar el cost necessari per assolir els objectius
- assignació de pressupost
- selecció del proveïdor
- negociar i monitoritzar els contractes

Instruments:

- ◆ Pla de Salut
- ◆ Contracte
- ◆ Mecanismes de pagament
- ◆ Auditories

Monitorització de la prescripció i autorització.

A la majoria de països hi ha mecanismes de monitorització. A Bèlgica , França i Alemanya es monitoritza tots els metges no hospitalaris. Holanda monitoritza tots els especialistes. Holanda i Alemanya penalitzen la sobre prescripció, mentre que al Regne Unit, tot i que el sistema ho permet, rarament es penalitza ningú.

Limitació dels fàrmacs disponibles.

Limitació dels fàrmacs disponibles, ja sigui per llistes positives o negatives. S'han establert controls pressupostaris a la despesa farmacèutica, afegits als mecanismes de control de preus, preus de referència i control dels beneficis. Ho trobem a Bèlgica, Alemanya, Itàlia, Regne Unit, França i Espanya.

Avaluació de tecnologies i definició de prestacions amb cobertura pública.

Es pretén 'la racionalització abans que el racionament'. Els criteris d'exclusió són la manca d'evidència en efectivitat i que no estigui demostrat que millori ni l'esperança de vida, l'autonomia o el malestar dels pacients. Es dona a Espanya, Suècia, Alemanya⁶¹, Holanda, França i Finlàndia.

Les reformes s'han mogut en dues direccions contradictòries: mesures per incrementar la productivitat i mesures per disminuir-la. Per una banda hi ha una tendència que fomenta l'increment de la productivitat (fer més amb els mateixos recursos), per exemple a Catalunya i el País Basc a través dels mecanismes de separació de funcions de compra i provisió: s'exigeix, a través dels contractes, que els centres sanitaris atenguin cada cop més pacients. Per l'altra banda s'intenta disminuir la productivitat (o no gastar més), per exemple a Alemanya i Bèlgica, introduint mecanismes com el pagament per capitació per als metges i pressupostos tancats per Atenció Primària: el metge cobra el mateix independentment del número de malalts que visiti.

En els darrers anys molts Estats intenten aconseguir una reducció de costos basada en la disminució dels tractaments infecciosos. S'han iniciat noves formes de *managed care* com l'establiment de guies de compra i pràctica clínica, especialment a prescripcions d'alt cost, risc i alta incidència. La finalitat és controlar la despesa i millorar l'assistència⁶², s'inclouen només aquells procediments que estan fonamentats en l'evidència. En posteriors fases es fan estudis d'eficiència i, inclòs es contemplen en contractes amb els proveïdors. En aquesta línia a Anglaterra la majoria de societats científiques estan elaborant guies de pràctica clínica.

A Alemanya⁶³ la introducció de guies de pràctica clínica no ha estat tan sistemàtica, encara que impulsada per la possible descentralització dels pressupostos dels hospitals als Landers. S'han introduït PBM Pharmaceutical Benefits Managers, encarregats de la gestió de la despesa farmacèutica, que han suscitat l'oposició de la indústria farmacèutica.

A Holanda, el col·legi de metges ha iniciat l'elaboració d'estàndards el 1987, de forma independent del govern i de les companyies d'assegurances. L'acceptació ha estat bona.

A França el 1994 van iniciar un programa 'de referències', amb penalitzacions econòmiques i el risc de ser exclosos del sistema de la seguretat social. El programa assenyala quan utilitzar procediments diagnòstics i terapèutics en relació a malalties o estats de salut⁶⁴. Els estudis posteriors no mostren que hagi tingut massa efecte.

La Medicina Basada en l'Evidència MBE

La Medicina Basada en l'Evidència (Taula 4) i els estudis d'avaluació econòmica han pres una gran empenta a l'ombra d'aquest moviment com a facilitadors en el procés de presa de decisions, tant al nivell de compra com a la pròpia pràctica clínica^{65 66}. Hi ha un debat obert entre medicina basada en l'evidència (el més eficaç pot ser el més car) i l'avaluació econòmica (la limitació dels recursos)⁶⁷.

Taula 4: La Medicina Basada en l'Evidència

La Medicina Basada en l'Evidència^{68 69} o més correctament traduïda la paraula *evidence*, basada en proves, es fonamenta en l'epidemiologia clínica per tal de cercar els millors tractaments i actuacions.

Tradicionalment la medicina ha basat la seva pràctica en l'experiència clínica i la físiopatologia. Amb el desenvolupament de l'epidemiologia clínica és possible fonamentar-se també –o sobretot– en les evidències/proves que aporten els assajos clínics controlats. La Col·laboració Cochrane és un esforç internacional de recerca i sistematització d'aquest coneixement.

La Medicina Basada en l'Evidència pot portar a una escalada de costos que no és políticament atractiva per un costat, però que suposa el repte de demostrar que el que preocupa és l'assistència i no els costos.

La medicina basada en l'evidència és un intent de la professió mèdica de retenir el seu paper de líder en la decisió sobre l'assignació de recursos. Els dilemes que apareixen són:

- ✓ Que cal fer amb els tractaments que s'ha demostrat que són molt efectius però són molt cars?
- ✓ Canviarà cada cop que s'introdueixi un nou tractament el rati de cost - eficiència d'un tractament?
- ✓ Com es comunicaran aquest canvis a la població i els pacients?
- ✓ Que farà la professió mèdica davant de tot això?.

Els programes de Gestió de Patologies i de gestió de les prestacions farmacèutiques (Pharmaceutical Benefit Management) no s'han desenvolupat a Europa. S'han començat molts

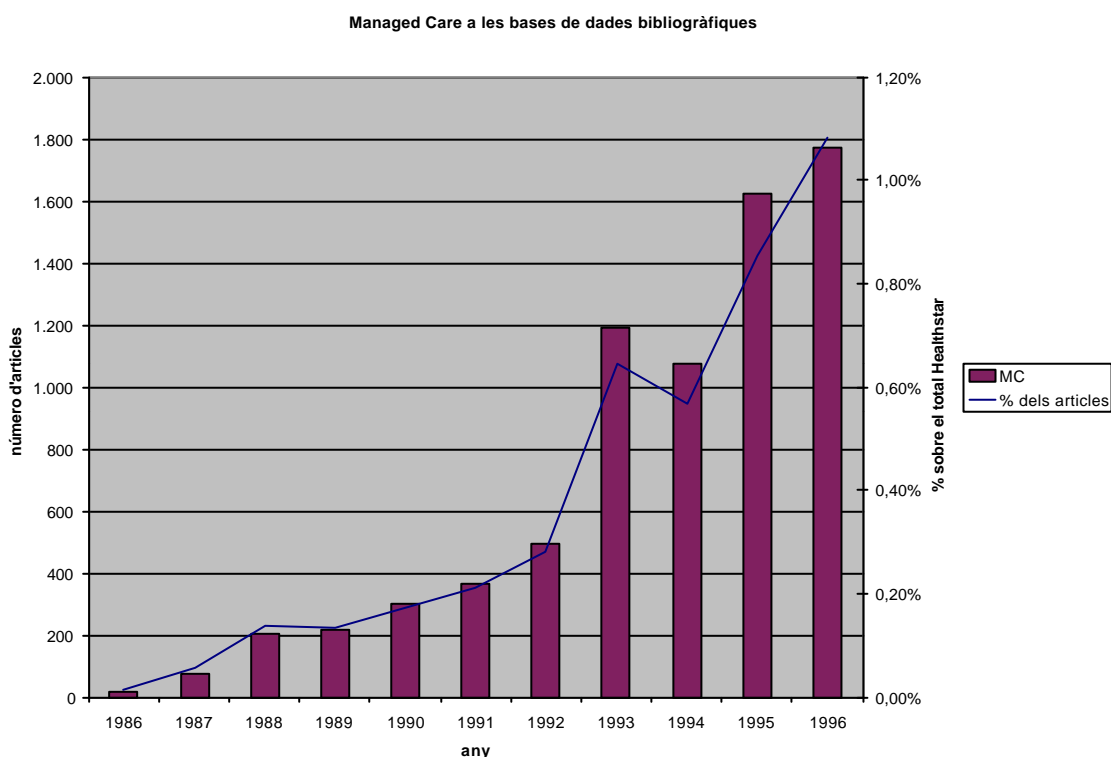
estudis pilots per part de les indústries farmacèutiques però fins ara han estat vistos amb recel pels responsables de les polítiques sanitàries.

Intents d'establir un marc conceptual per al *managed care*

Diversos autors, no gaires, han intentat abordar el *managed care* des de un punt de vista conceptual. Si analitzem la bibliografia existent utilitzant com a paraula clau de recerca '*managed care*' veurem com apareixen molts articles la majoria dels quals es refereixen a les implicacions del *managed care* a una determinada malaltia o especialitat.

Veurem (Figura 3) com progressivament han anat apareixent més i més publicacions que inclouen aquest terme com a paraula clau. Sembla doncs, que és una paraula de moda. En molts casos, repassant els articles, veiem com *managed care* en si és, o be un marc que es cita però no es descriu, o be un element tractat tangencialment.

Figura 3 : Evolució de referències a Health Star amb la recerca '*managed care*'



També veurem que els articles que no desenvolupen elements diagnòstics o terapèutics concrets són amargues crítiques a aquest sistema.

Queden doncs pocs articles que hagin volgut fer una aproximació conceptual al terme. En aquest apartat descriurem les visions d'alguns d'aquests autors.

J.K. Iglehart⁷⁰

El defineix com un sistema que integra el finançament i la provisió d'assistència sanitària apropiada amb les següents característiques:

1. contractes amb metges i hospitals seleccionats que proporcionen un conjunt complet de serveis assistencials als afiliats habitualment per una prima anual
2. controls d'utilització i de qualitat que els proveïdors estan d'acord en acceptar
3. incentius financers pels pacients per tal que utilitzin els proveïdors i serveis associats amb el pla d'assegurament.
4. assumptió d'algun risc financer per part dels metges, el que altera fonamentalment el seu rol com a agent del benestar dels pacients passant a contraposar les necessitats dels pacients amb la necessitat de control de la despesa.

Q.D. Sandifer⁷¹

Aquests autors analitzen el NHS (National Health Service) del Regne Unit en relació al *managed care*. Per fer-ho estudien el *managed care* als Estats Units, determinant que les seves característiques són:

1. Limitació a l'elecció de metges
2. Control a l'accés d'especialistes
3. Contractació selectiva
4. Incentius financers
5. Gestió de la qualitat
6. Gestió de la utilització

A continuació comparen el les organitzacions de *managed care* amb el funcionament del National Health Service (NHS), el Sistema Nacional de Salut del Regne Unit (Taula 5):

Taula 5 : Comparació entre el NHS del Regne Unit i Organitzacions de *managed care*

Limitacions a l'elecció de metges	
USA	Regne Unit
Els afiliats escullen el proveïdor d'assistència primària d'entre una llista de metges contractats per l'organització de <i>managed care</i>	Els residents a un Districte Sanitari escullen d'entre una llista de metges generals -General Practitioner (GP)- contractats pel National Health Service a través de les District Health Authority (DHA) que són les unitats administratives territorials que el componen.

Tant les Organitzacions de <i>managed care</i> (MCO) com les District Health Authority (DHA) aproven i controlen els proveïdors. Les District Health Authority (DHA) donen accés universal, cobrint a tota la població d'un territori donat	
Control a l'accés als especialistes	
USA	Regne Unit
El metge d'assistència primària actua com a 'gatekeeper' o porta d'entrada al sistema	El General Practitioner (GP) -metge de capçalera- actua com a gatekeeper
Contractació selectiva	
USA	Regne Unit
Entre les Organitzacions de <i>managed care</i> (MCO) i els metges i hospitals proveïdors	Entre la District Health Authority (DHA) o els General Practitioner (GP) -metge de capçalera- Fund Holders ^α i hospitals determinats o altres proveïdors ⁷² . Entre la District Health Authority (DHA) i els General Practitioner (GP) -metge de capçalera- pels serveis de medicina general
Incentius financers	
USA	Regne Unit
Per exemple: plusos relacionats amb el rendiment, bosses d'incentius, compartir beneficis	Els General Practitioner (GP) -metge de capçalera- reben capitació ajustada per edat i en alguns casos pagaments extres
Gestió de la qualitat	
USA	Regne Unit
<input checked="" type="checkbox"/> Audit clínic <input checked="" type="checkbox"/> Acreditació d'organitzacions <input checked="" type="checkbox"/> Certificació pels metges <input checked="" type="checkbox"/> Perfils de proveïdors	<input checked="" type="checkbox"/> Audit clínic (obligatori pel personal mèdic sènior, però pels General Practitioner (GP) -metge de capçalera-) <input checked="" type="checkbox"/> Acreditació d'organitzacions per la King's Fund <input checked="" type="checkbox"/> Acreditació de General Practitioner (GP) -metge de capçalera- per serveis específics <input checked="" type="checkbox"/> 'Patients Charter'
Gestió de la utilització	
USA	Regne Unit
Per exemple: <input checked="" type="checkbox"/> Precertificació, <input checked="" type="checkbox"/> Preoperatoris pre-ingrés,	Per exemple: <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia sense ingrés <input checked="" type="checkbox"/> Patrons de prescripció ⁷³ dels General

^α La figura Fund Holder suposa que el metge de capçalera pot escollir a quin hospital deriva els malalts i que aquest hospital reb més o menys pressupost (funds) en funció del número de pacients que atén. En aquest sentit el General Practitioner GP -metge de capçalera- és 'fund holder' perquè és qui 'te el pressupost' de l'hospital.

<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Major Ambulatòria preceptiva <input checked="" type="checkbox"/> Alternatives a la hospitalització convencional, <input checked="" type="checkbox"/> Reducció d'unitats d'hospitalització, <input checked="" type="checkbox"/> Estada mitja màxima, infermeres encarregades de la gestió de la utilització, <input checked="" type="checkbox"/> direcció mèdica, <input checked="" type="checkbox"/> guies de pràctica clínica, <input checked="" type="checkbox"/> protocols d'infermeria, <input checked="" type="checkbox"/> revisió de la utilització <input checked="" type="checkbox"/> establiment de patrons d'actuació 	<p>Practitioner (GP) -metge de capçalera-</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Guies de pràctica clínica
<p>El director mèdic en una organització de <i>managed care</i> té un rol més explícit en la gestió del rendiment dels metges i la utilització dels recursos</p> <p>La revisió retrospectiva de la utilització, els patrons d'actuació i la revisió de la facturació són utilitzats per a la presa decisions.</p>	

K. Flynn i col.laboradors⁷⁴

Aquests autors identifiquen els principis bàsics del *managed care* en la bibliografia i a través d'entrevistes amb directius de diferents Health Maintenance Organization (HMO). Assumeixen que els principis del *managed care* estan representats per les organitzacions que actuen 'fent' *managed care*. Constaten que hi ha tantes definicions de *managed care* com organitzacions de *managed care*. Aquestes organitzacions tenen en comú ser complexos sistemes d'assistència sanitària. Les seves estructures i formes d'actuar estan evolucionant ràpidament.

Les pràctiques del *managed care* (Taula 6) són categoritzades en:

1. Gestió del comportament dels metges
2. Gestió de la qualitat, entesa com:
 - 2.1. Millora de l'accessibilitat
 - 2.2. Medicina preventiva
 - 2.3. Millora de processos
 - 2.4. Gestió i coordinació de l'assistència
 - 2.5. Millora del compliment dels tractaments
 - 2.6. Millora de la satisfacció dels usuaris
 - 2.7. Atenció personalitzada
 - 2.8. Continuitat assistencial
 - 2.9. Millora de les infraestructures
 - 2.10. Millora dels *outcomes*: mortalitat i morbiditat

3. Control de la despesa
4. Donar importància a l'Assistència Primària
5. Promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Taula 6: pràctiques de *managed care*

Gestió del comportament dels metges

- Adequació del número i tipus de metges als quals poden accedir els afiliats a les pòlisses d'assegurament en relació a les necessitats de la població assegurada
- els metges d'Atenció Primària actuen com a gatekeepers (porta d'entrada al sistema), assegurant l'accessibilitat a l'Atenció Primària i disposant d'un ventall adient d'especialistes
- diversos tipus de revisió de la utilització, entre ells els perfils de prescripció i indicació i els gestors de casos per coordinar l'assistència en els casos que generin moltes despeses
- influenciar la conducta dels metges a través de l'educació, la retro-alimentació i la participació dels metges en la presa de decisions sobre els canvis, normes administratives, incentius i penalitzacions econòmiques.

Gestió de la Qualitat

Millora de l'accessibilitat

- Grups de metges associats a facultats amb ampla cobertura i consulta telefònica
- estendre les xarxes assistencials a zones amb poca cobertura

Medicina Preventiva

- recordatoris assistits per ordinador, per exemple de consell antitabàquic
- informes mensuals de retro-alimentació sobre la pràctica assistencial per als metges
- comitès per a l'establiment de circuits
- rotació per centres d'assistència ambulatoria amb formació
- protocols de cribatge administrats per infermeres

Millora de processos

- equips multidisciplinaris a geriatria
- notificació als metges dels pacients polimedicats

Gestió i coordinació de l'assistència

- infermeres coordinadores
- protocols de cribatge
- seguiment intensiu post-alta
- grups de metges associats a facultats dedicats a un grup de pacients
- grups interdisciplinaris, per exemple a geriatria i assistència hospitalària

Millora del compliment dels tractaments

- contactes telefònics de recordatori

Millora de la satisfacció dels usuaris

- desenvolupament de l'assistència ambulatoria
- Atenció personalitzada
- 'tracte humà'

Continuïtat assistencial

Millora de les infraestructures

Millora dels resultats, per exemple, mortalitat i morbiditat

Control de la despesa

Reducció de la demanda de serveis per part dels metges

- retro-alimentació informàtica dels tests de laboratori indicats anteriorment
- informació en temps real sobre prevalença
- informació en temps real de costos individuals i totals de proves indicades
- dispensació per farmacèutics
- notificació dels pacients polimedicats
- retroalimentació dels costos de la prescripció
- comparació amb els perfils de prescripció i indicació de col·legues

Incrementar l'adequació

- seguiment telefònic post alta per infermeres
- xarxa de centres d'Atenció Primària
- educació dels pacients sobre la utilització de centres d'Atenció Primària

Ambulatorització dels tractaments

Millora de l'eficiència

- grups de coordinació
- ús del telèfon en lloc de les visites personalitzades per rutines de seguiment
- centralització de la gestió de pacients

Donar importància a l'Atenció Primària

- Les Health Maintenance Organization (HMO) tendeixen a tenir xarxes d'Atenció Primària pròpies, més que metges generals treballant en sols o en Independent Practice Association (IPA)'s

Promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Programes per reduir els comportaments d'alt risc

- consell antitabàquic
- control de la hipercolesterolèmia i sobreprés
- promoció de l'activitat física

Educació dels consumidors

- informar activament als consumidors

Programes d'autogestió de malalties

- guies d'actuació per malalties cròniques: diabetis, HTA
- facilitar el tractament domiciliari

Disminuir l'ús de recursos en malalts terminals

- millora de la comunicació amb el metge
- testaments vitals

Promoció de la salut al lloc de treball

K.W. Kizer⁷⁵

Aquest autor conceptualitza el *managed care* per tal de proposar la seva implantació a la Veterans Affairs Administration (VA). Per aquest autor el *managed care* es concreta en:

1. ènfasi en l'Atenció Primària i l'assistència ambulatoria
2. promoció de la salut i prevenció de la malaltia
3. finançament basat en capitació
4. gestió de l'assistència a través de la revisió de la utilització
5. gestió de casos
6. centres 'd'excel·lència' clínics. (En terminologia anglosaxona, l'excel·lència fa referència a la qualitat assistencial, és a dir, centres amb un alt grau de compromís amb la qualitat de l'assistència).
7. gestió de Patologies
8. estandardització dels processos assistencials utilitzant guies de pràctica clínica i 'clinical pathways'.
9. expansió del rol de proveïdors no mèdics
10. triatge. Aquest concepte és anàleg al de la funció de 'gatekeeping' o porta d'entrada, on el pacient no pot acudir directament als especialistes sinó que ha de ser adreçat, si és oportú, per un metge de capçalera
11. programes de consell telefònic
12. establiment de perfils de prescripció dels metges
13. seguiment i comparació de resultats de l'assistència –*outcomes* (veure pàgina 58)- a través de sistemes d'informació sofisticats amb les dades disponibles
14. ús de mesures de rendiment tipus HEDIS de la NCQA –sistema d'informació sobre salut per empresaris que contracten asseguradores per als seus treballadors (veure pàgina 59)

E. Mossialos i col.laboradors⁷⁶

Aquests autors analitzen el *managed care* als Estats Units i a Europa. El seu interès és l'estudi de la seva implicació en el camp farmacèutic.

Estats Units

L'esquema general de funcionament és que les persones s'afilien a una assegurança i reben atenció integral per una prima fixa a través de proveïdors majoritàriament privats.

El que caracteritza al *managed care* és:

1. integració del finançament i la provisió de l'assistència sanitària a través de contractes amb hospitals i metges seleccionats,
2. gestió de l'assistència als pacients a través de 'contractació agressiva' o controls de la utilització,
3. control de costos a través de la modificació de la conducta a través de l'ús de protocols clínics,
4. restringir l'accés de la població assegurada als metges que no estan afiliats a l'assegurança,
5. contractar o utilitzar més metges d'Atenció Primària que no pas especialistes, de manera que els primers adquireixen un rol més important.

Són aquests autors els que proposen que als Estats Units el *managed care* ha evolucionat des de intents de minimitzar costos de l'atenció a través de la reducció de l'atenció hospitalària i la implantació de barreres a l'accés a especialistes cap a l'intent de controlar la intensitat de la utilització de recursos clínics mentre s'intenta millorar la satisfacció dels usuaris amb l'assistència rebuda.

Europa

L'esquema general de funcionament és que hi ha una assegurança sanitària obligatòria (tret d'Holanda) i dret a cobertura universal en la majoria de països, tot i que també es pot contractar cobertures voluntàries complementàries. La provisió és privada o pública, encara que varia molt entre els diferents estats.

En aquest entorn conviuen dues tendències contradictòries, l'una pretén incrementar la productivitat mentre l'altre vol limitar-la. Així, les característiques del *managed care* són (Taula 7):

Taula 7: Pràctiques de *managed care* a Europa

	Països on es dóna:
1. imposició de controls pressupostaris orientats a la contenció de costos	<input checked="" type="checkbox"/> iniciat al Regne Unit
2. separació de compra i provisió, establint-se models contractació i en alguns casos competència entre proveïdors	<input checked="" type="checkbox"/> Regne Unit, Suècia, Catalunya, País Basc <input checked="" type="checkbox"/> Itàlia, Holanda, Suècia
3. pagament per capitació als metges d'Atenció Primària	<input checked="" type="checkbox"/> Regne Unit, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suècia, Finlàndia
4. monitorització de la prescripció de proves i fàrmacs	<input checked="" type="checkbox"/> Bèlgica, França, Alemanya, Holanda, Regne Unit
5. llistats de fàrmacs limitats	<input checked="" type="checkbox"/> Bèlgica, França, Alemanya, Holanda, Regne Unit
6. establiment de metodologies de priorització i definició d'un paquet de serveis	<input checked="" type="checkbox"/> Alemanya, Suècia, França, Espanya
7. Interès explicitat, encara que secundari, en la satisfacció dels pacients i l'adequació de l'assistència.	

Muir⁷⁷

Per aquest autor el *managed care* és el conjunt d'intents d'administrar un tractament normalitzat a pacients que pateixen el mateix trastorn, difuminant la frontera entre la pràctica clínica i la salut pública.

Així, dins un sistema de *managed care* l'assistència normalitzada es presta a grups de pacients que tenen certs trastorns comuns per als quals es pot definir un conjunt bàsic d'intervencions i serveis que han de rebre tots aquells que pateixen aquests trastorns.

Per aconseguir-ho, i donat que en molts casos aquest sistema ha fet que hi participi en major grau personal d'infermeria, s'han desenvolupat i utilitzat guies de pràctica clínica. L'autor considera que 'si tots els elements d'un sistema estan regits per l'ús de guies, l'assistència prestada pot anomenar-se *managed care*'.

G. Fairfield i col·laboradors⁷⁸

Aquests autors descriuen el *managed care* en el entorn dels Estats Units i a Europa.

Estats Units

Consideren que el *managed care* busca retallar els costos de l'assistència sanitària mentre es manté la qualitat.

El *managed care* s'ha desenvolupat com a resposta a l'increment continuat dels costos sanitaris a uns serveis fragmentats. Cobreix un ventall d'activitats que es porten a terme en diferents formes organitzatives, de manera que es pot dir que no és una entitat discreta si no un espectre d'activitats portades a terme en un sistema que evoluciona contínuament tenint com a motor el canvi en la pràctica clínica.

Degut a la seva natura canviant, el *managed care* és un concepte que evoluciona, però tots els seus canvis tenen en comú un intent d'influenciar i modificar el comportament i la pràctica dels metges i altres professionals de la salut cap una assistència cost efectiva. Els mecanismes per assolir-ho són:

1. utilització de metges d'Atenció Primària com a gatekeepers
2. selecció de metges i altres proveïdors
3. establiment d'incentius (capitació total o parcial, pagaments i retencions lligats a l'acompliment d'objectius de qualitat, de rendiment, de satisfacció dels usuaris, rotació dels usuaris, nombre de clients, rendiment, etc.)
4. utilització de guies de pràctica clínica
5. revisió de la utilització prèvia (segones opinions i autoritzacions), concurrent o posterior (perfils de prescripció)

La lògica del *managed care* per a una població és passar el risc financer a l'asseguradora i als proveïdors i donar als proveïdors incentius per a que utilitzen els recursos racionalment.

Les organitzacions que ofereixen assistència de tipus *managed care* són les Health Maintenance Organization (HMO). Aquestes són un sistema assistencial organitzat amb finançament per pre-paga, és a dir, es fixa una quantitat de diners per tal de cobrir les necessitats de salut dels seus afiliats. L'organització assumeix risc financer que pot o no transferir als metges o altres proveïdors.

Les Preferred Provider Organization (PPO) no són tècnicament organitzacions de *managed care* perquè estableixen xarxes de metges que serveixen a una població en un model de pagament per acte amb descompte i utilitzen diverses estratègies per monitoritzar i controlar la provisió de serveis.

Europa

A Europa el *managed care* és un procés per maximitzar el guany de salut d'una comunitat amb uns recursos donats a través d'assegurar un ventall i nivell de recursos adients i monitoritzant cas a cas per assegurar la millora continua que permeti assolir els objectius nacionals de salut i les necessitats individuals.

Els mecanismes utilitzats en aquest entorn són:

1. la millora del coneixement dels processos de compra
 - establiment de l'estat i les necessitats de salut
 - avaluació de l'eficiència i l'eficàcia dels tractaments
 - establiment de prioritats amb la participació de la població (Àrea escandinava) o l'establiment de carteres de serveis (Holanda i Alemanya)
 - mecanismes de pagament basats en el rendiment, utilitzant case-mix i indicadors de qualitat
 - els metges d'Atenció Primària com a gatekeepers
 - la salut de la comunitat com a referent del procés de compra
2. les guies de pràctica clínica
3. la Gestió de Patologies

L. Lebel⁷⁹

Aquest autor fa una anàlisi del *managed care* per tal d'avaluar el seu potencial al Quebec^{80 81 82}^{83 84}, analitzant el funcionament de les organitzacions de *managed care* dels Estats Units.

Els elements que troba característics del *managed care* els categoritza en:

1. les xarxes integrades de serveis sanitaris, que poden ser de quatre tipus:
 - ⇒ les que tenen com a base a un hospital
 - ⇒ les que tenen com a nucli un grup de metges
 - ⇒ un sistema híbrid hospita/metges
 - ⇒ una companyia d'assegurances

Per integració s'entén la prestació de serveis preventius, diagnòstics i terapèutics.

2. Risc associat a pagament per capitació:
 - pagament anual fix per l'assistència dins un catàleg establert de serveis.
3. La supervisió i el control de la utilització de serveis a través de:
 - revisió de la utilització
 - els metges d'Atenció Primària com a gatekeepers
 - selecció dels metges proveïdors
 - formació i retroalimentació
 - guies de pràctica
 - incentius financers

L'autor diu que 'el terme *managed care* s'aplica a tota organització que gestiona la coordinació dels serveis de salut oferts a una població donada'. El seu objectiu principal és la reducció de les despeses en sanitat a través de la utilització apropiada dels serveis. Busquen també l'increment de la qualitat incrementant l'accessibilitat, la qualitat tècnica i la continuïtat i la coordinació dels serveis.

Les formes concretes d'organització, supervisió i control els fixarà el finançador en funció d'objectius econòmics i qualitatius.

P. Ibern⁸⁵

Aquest autor considera que el *managed care*, que tradueix com assistència gestionada, engloba un conjunt d'estratègies orientades a controlar el creixement dels costos sanitaris des de l'oferta, experimentat bàsicament als Estats Units a la dècada dels 80 i que introdueix més responsabilitat a les decisions clíniques i dels pacients.

Parteix de la caracterització d'Spitz (Spitz 1985) que descriu el *managed care* com els sistemes que contenen aquests tres elements:

1. limitació de la lliure elecció de proveïdor
2. modificació dels patrons d'utilització mercès la coordinació de l'assistència
3. incentius financers i riscos compartits per modificar el comportament del metge i/o per formar noves organitzacions

L'autor concreta els elements característics del *managed care* en:

1. contractes amb un conjunt de metges i hospitals seleccionats que ofereixen assistència global al afiliats per una prima mensual fixa
2. controls de qualitat i utilització acceptats pels proveïdors
3. incentius financers als pacients per que canalitzin l'assistència a través dels proveïdors seleccionats
4. trasllat de risc financer als metges

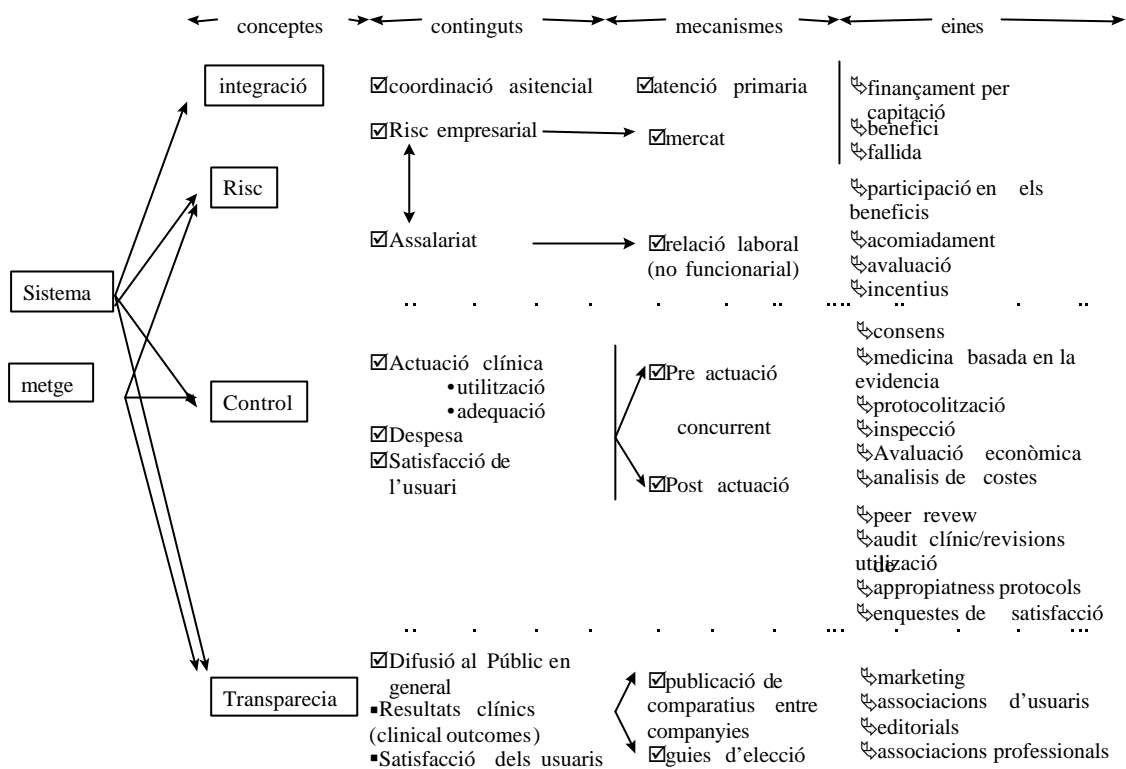
Marc conceptual del *managed care*

A partir de la revisió bibliogràfica i l'estudi d'altre documentació sobre *managed care* als Estats Units i a Europa s'elabora un marc conceptual que servirà per l'anàlisi d'un sistema per tal de determinar si pot considerar-se un entorn de *managed care*.

El marc proposat parteix del fonament que el *managed care* és un model conceptual que es sustenta en la utilització interrelacionada (o intent d'utilització, com succeeix en tots els entorns organitzatius socials) de diversos mecanismes i eines de gestió i que es poden agrupar sota quatre grans conceptes (Figura 4).

- A) integració o integralitat
- B) control
- C) transferència de risc
- D) transparència

Figura 4: conceptes, continguts, mecanismes i eines al *managed care*



A) Integració, integralitat o longitudinalitat

El concepte integralitat té diverses accepcions en el context de la sanitat. Així habitualment es parla d'integració del finançament, d'integració dels proveïdors i d'integració de les funcions. A l'entorn de *managed care*, integració té una altra connotació.

Es parla d'integració del finançament per referir-se a la situació en que totes les fonts de finançament conflueixen en una sola bossa comú que finança l'assistència de tota la població, independentment de la seva contribució.

En el cas espanyol a partir de la Llei General de Sanitat hi ha hagut integració dels fons, doncs les aportacions via cotitzacions a la Seguretat Social –fins el 1998- i les dels impostos via pressupostos de l'Estat serveixen per finançar l'assistència a tota la població. A la majoria de països llatinoamericans aquesta situació no es dona i les aportacions de l'Estat financen l'atenció a la població no assegurada i la població treballadora assegurada rep assistència finançada per les cotitzacions a la Seguretat Social, en un sistema no integrat.

Es descriu com integració en la provisió aquella situació en que un mateix proveïdor, independentment de la seva titularitat, atén població coberta per diferents fonts de finançament.

En el context llatinoamericà es parla d'integració⁸⁶ quan un mateix hospital atén tan pacients assegurats per la Seguretat Social com pacients amb cobertura pública (generalment a través d'aportacions del Ministeri de Salut corresponent). Aquest hospital, a diferència dels sistemes on el finançament està integrat, rep (o hauria de rebre) dues fonts de finançament, l'una de la Seguretat Social i l'altre del Ministeri.

Una tercera accepció és la integració de funcions; quan és el mateix agent qui realitza diverses funcions, habitualment el finançament i la provisió de l'assistència. Així es diu que a l'Insalud, a diferència de Catalunya, el finançament i la provisió estan integrats, doncs és la mateixa entitat que té assignada ambdues funcions.

A l'entorn de *managed care*, concretament al seu origen nord-americà, es parla d'integració per referir-se a una visió de la salut no només assistencial, o com a mínim no només referida a l'atenció especialitzada⁸⁷. Integració, doncs, correspon al concepte de longitudinalitat que s'utilitza en l'Atenció Primària en el nostre entorn^{88 89 90}.

Pels usuaris la integració suposa que pagant una única prima tenen accés no només a l'assistència especialitzada, com succeeix en el model tradicional, sinó a activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, Atenció Primària i rehabilitació.

B) Control

Entenem que hi ha control quan existeix un mecanisme d'avaluació del desenvolupament de les organitzacions i/o professionals que les formen⁹¹.

Les eines i mecanismes de control de la utilització dels recursos assistencial són omnipresents en les organitzacions de *managed care*. Això es justifica pel fet que el 75% de les decisions d'assignació de recursos en els serveis de salut les prenen ells metges.

La justificació de d'aquesta limitació i control està en que, a canvi, es garanteixen uns costos més baixos de l'assegurament.

El *managed care* utilitza el control de la utilització dels recursos assistencials com a mitjà per assegurar-ne l'ús més eficient. Si s'utilitzen els recursos amb criteris d'eficiència podran aconseguir-se més guanys en la salut col·lectiva perquè s'empraran els recursos de la millor manera possible, minimitzant el cost d'oportunitat. Taula 8

Els que en són crítics argumenten que aquest control només busca la disminució de costos, no l'eficiència, pel que es disminueix la qualitat. L'argument es basa en que un procediment diagnòstic o terapèutic pot ser alhora molt eficient i car, i les organitzacions de *managed care*

es fixen només en la vessant d'alt cost. Un exemple d'això és el no finançament de l'auto-trasplantament de medul·la òssia.

Taula 8: Eficiència i Cost d'oportunitat

<p>Eficiència</p> <p>Eficiència= $\frac{\text{efectivitat}}{\text{cost}}$, on:</p> <p>Eficàcia: capacitat per aconseguir un efecte desitjat en condicions ideals Efectivitat: capacitat per aconseguir un efecte determinat en condicions reals.</p> <p>Lògicament l'efectivitat és menor que l'eficàcia.</p> <p>Cost: recursos necessaris.</p> <p>Un tractament és més eficient que un altre si a igual efectivitat té un cost menor.</p> <p>Per tant per a que una activitat assistencial pugui ser considerada eficient ha d'ésser en primer lloc eficaç, seguidament efectiva i finalment tenir un cost relatiu menor.</p> <p>La quantificació de l'efectivitat i els costos són altament complexes en l'entorn sanitari, especialment per la multifactorialitat dels efectes, el lapse temporal o la subjectivitat de la percepció de l'estat de salut. L'avaluació Econòmica i les seves branques, com la fàrmaco-economia, estudien aquest camp.</p> <p>Cost d'oportunitat:</p> <p>Existeix un conflicte entre els interessos individuals (eficàcia) i els col·lectius (efectivitat i eficiència). Si fem tot el possible, amb el consum de recursos que sigui per un pacient donat, deixarem de poder assistir-ne a d'altres, que potser amb mesures menys costoses tenien més probabilitat de guariment. Per exemple, si dediquem tots els recursos en cirurgia coronària en lloc de programes de deshabitació tabàquica possiblement salvarem menys vides.</p> <p>Aquest conflicte es descriu com a cost d'oportunitat: és el rendiment que obtindríem si esmercem els recursos disponibles en la segona millor alternativa.</p>

El control de la utilització té normalment una connotació de disminució, però en alguns casos també vetlla per que es portin a terme actuacions preventives, diagnòstiques i terapèutiques en situacions on s'ha comprovat que són cost efectives⁹². És a dir, la no realització d'un determinat procediment pot comportar a mig o llarg termini que calgui utilitzar més recursos per atendre la morbiditat evitable o que hi hagi mortalitat

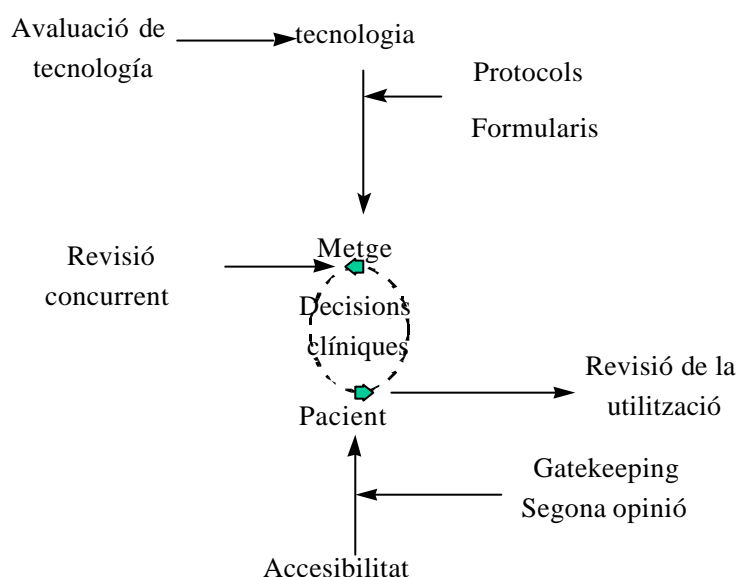
Per exemple, fer un seguiment de l'acompliment de la medicació antihirpertsiva, la realització de programes de cribratge a persones amb risc de patir alguna malaltia o la cobertura de programes de vacunació, eviten que a mig o llarg termini puguin aparèixer complicacions greus

com accidents vasculars, càncer de mama o poliomeilitis, que requereixen tractaments d'alt cost i/o generen mortalitat.

Mecanismes de Control de la Utilització

Per descriure els diferents mecanismes de control de la utilització (terminologia abreujada de control o revisió de la utilització de recursos assistencials) prendrem com a referència el moment en que es realitza en relació a l'acte assistencial. Així tenim que els controls poden ser previs, concurrents i posteriors. (Figura 5)

Figura 5: Control de la utilització



Algunes de les eines que s'utilitzen poden ser utilitzades en diversos temps. Per exemple, l'adequació d'un ingrés hospitalari pot determinar-se prèviament a l'ingrés, durant l'estada del malalt a l'hospital o revisant la història clínica un cop donada l'alta.

Les tecnologies de la informació estan possibilitant que hi hagi una evolució en el sentit que eines que eren utilitzades per al control a posteriori estiguin sent utilitzades de forma concurrent. El tractament informàtic de quantitat important d'informació, permet fer en temps real anàlisis, que no fa gaires anys eren només a l'abast d'estudis 'ad hoc' o per mostreig^{93 94}.

De la mateixa manera algunes eines tenen un abast previ a l'ús i concurrent alhora. Normalment són eines complexes que combinen diversos instruments per abastar tot el procés diagnòstic i terapèutic, com les guies de pràctica clínica (Taula 9). En altres casos apareixen

abordatges força innovadors que transcendeixen els enfocaments clàssics. Exemple d'aquest darrer són les empreses dedicades a la Gestió de Patologies i les Pharmaceutical Benefit Management.

Aquestes tècniques no són totes les que utilitza el *managed care* ni són patrimoni exclusiu d'aquest. Cadascuna és un procés complex en si mateixa i moltes d'elles precedeixen l'aparició del *managed care* i han anat depurant-se.

Taula 9: Control de la utilització

Moment	Fonament	Eines, exemples
a) Previ	Limitació a l'accés als recursos	Avaluació de tecnologies Gatekeeping Programes de segona opinió Pre autorització de l'ingrés Protocols
b) Concurrent	Utilització adient dels recursos fent un seguiment en 'temps real'	Gestió de casos Planificació de l'alta Appropiatnes Evaluation Protocol
c) A posteriori	Revisió de la utilització que s'ha fet dels recursos	Revisió de la prescripció a la dispensació DUR-POS (Drug Utilization Review on Point of Sale) Revisió de la prescripció
d) Enfocaments innovadors		Guies de Pràctica Clínica Gestió de Patologies Pharmaceutical Benefit Management

a) Previ

Són mecanismes de control que limiten l'accés als recursos assistencials.

a1. Avaluació de la tecnologia

El desenvolupament tecnològic accelerat ha posat a disposició del sistema sanitari d'un ventall ampli de noves tecnologies, habitualment d'alt cost. En aquest sentit es pot parlar tant d'equipaments com de nous fàrmacs.

La generalització de l'obligatorietat dels assaigs clínics controlats ha permès assegurar en gran mesura la seguretat i eficàcia d'aquests nous mitjans terapèutics i diagnòstics. Però aquest tipus d'estudi no permet avaluar-ne generalment l'eficiència i l'adequació^{95 96}.

La legítima ambició de la indústria ha portat en alguns casos a l'adopció de tecnologies d'alt cost que posteriorment s'ha comprovat que han estat utilitzades de forma no adequada (per exemple les densitometries òssies) o poc eficient.

Per establir els criteris d'adequació i la utilització eficient en entorns concrets, s'han desenvolupat les agències d'avaluació de tecnologies. A Catalunya comptem amb l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques (veure a la pàgina 133 la Taula 35).

Els metges (i usuaris) només poden accedir a determinades tecnologies en les condicions que les agències d'avaluació tecnològica han determinat que són adequades.

a2. *Gatekeeping*

D'entre els mecanismes que les Organitzacions de *managed care* (MCO) pot utilitzar per millorar l'eficiència de la seva gestió assistencial, possiblement el més rellevant és el paper que juga l'Atenció Primària com a responsable directe de la salut dels clients i entorn en que s'han de resoldre la majoria de problemes, d'acord amb criteris d'eficiència assistencial⁹⁷.

Aquest plantejament, anomenat 'primary shifting', suposa primar l'assistència primària en relació al paper preponderant que ha tingut l'assistència hospitalària^{98 99}.

La majoria de Plans de *managed care* utilitzen el mètode anomenat de "gatekeeper" –porta d'entrada- on el metge d'Atenció Primària controla l'ús dels altres proveïdors¹⁰⁰ i serveis. El pacient no pot acudir a un especialista i/o hospital sense autorització del metge d'Atenció Primària, a diferència dels models de pagament per acte mèdic on l'usuari pot acudir-hi directament.

a3. Programes de segona opinió i autorització prèvia

En aquest tipus de programa l'asseguradora demana l'opinió d'un consultor, un segon metge, abans del procediment quirúrgic.

Un altre mètode és l'autorització prèvia, en la que el metge ha d'obtenir autorització per tal que una tècnica diagnòstica, terapèutica o fàrmac d'alt cost sigui finançat a un usuari concret. Una modalitat d'aquest programa és l'establiment d'una estada hospitalària màxima dependent del diagnòstics.

Aquest mètode de *managed care* ha esta anomenat, caricaturitzant-lo, 'racionament per assetjament' o "harrassement rationing".

a4. Protocols i llistats de medicaments

Els protocols¹⁰¹ estableixen la conducta recomanada als metges davant situacions clíniques prèviament establertes: indiquen quin són els procediments terapèutics i diagnòstics més adients. El metge limita la seva llibertat a canvi de minimitzar la variabilitat en la pràctica clínica com a mesura per millorar la qualitat assistencial.

No s'escapa però, que pot haver-hi una component de control de costos important no aconsellant la realització de proves de suport d'alt cost o recomanant alternatives terapèutiques més econòmiques.

Una forma menys desenvolupada de protocolització són els clàssics formularis terapèutics o vademecums. En aquests casos el metge només pot prescriure els fàrmacs d'una determinada llista. Igualment poden desenvolupar-se amb una filosofia fonamentada en la qualitat, per exemple evitar l'aparició de resistències microbianes o en funció de la contenció de costos. En el nostre entorn ja ho eren els 'petitorios' que determinaven quins eren els medicaments que finançava la Seguretat Social.

b) Concurrent

Aquests mètodes de control s'utilitzen durant l'acte assistencial. Gràcies al desenvolupament de les tecnologies de la informació, especialment amb la incorporació de la història clínica informatitzada i els sistemes de suport a la decisió, molts dels mètodes de control a posteriori estan esdevenint concurrents^{102 103}. Malgrat això els mètodes de control clàssicament concurrents més utilitzats són:

b1. Gestió de casos

La gestió de casos apareix lligada a la necessitat de limitar les estades hospitalàries. El seu objectiu és limitar la utilització innecessària de la hospitalització convencional en casos que tenen elevada probabilitat de complicar-se.

Amb aquesta finalitat s'anomena un responsable del cas, habitualment un professional d'infermeria, que s'encarrega de vetllar per la coordinació entre els diferents departaments mèdics implicats en l'assistència del pacient i la realització de procediments diagnòstics i terapèutics de manera que es minimitzi la pèrdua de temps

b2. Planificació de l'alta

La planificació de l'alta pot considerar-se com una variant de la gestió de casos orientada a facilitar el procés de donada d'alta a pacients que requeriran després de l'internament hospitalari algun tipus de suport assistencial o social.

S'intenta evitar aquelles situacions en que els malalts un cop poden ser donats d'alta d'un hospital d'aguts des de la vessant mèdica, romanen ingressats. Les situacions més freqüents són aquelles que requereixen, per exemple rehabilitació i no compten amb una plaça en un centre adient, o en altres casos presenten una problemàtica social, com viure sols, i necessiten un suport durant la convalescència, ja sigui en regim d'internament en un centre sòcio-sanitari o amb ajut domiciliari.

Per aconseguir coordinar els diferents dispositius assistencials es compta amb un responsable, normalment associat a treball social, que s'encarrega de trobar un recurs adient i coordinar el trasllat.

c) A posteriori:

Els mètodes de control a posteriori es fonamenten en la revisió i avaluació de les pràctiques clíniques, bàsicament documentades a la història clínica. Com s'ha mencionat les tecnologies de la informació estan permetent que cada cop més puguin ser utilitzats de forma concurrent, augmentant-ne la potència. Genèricament reben el nom de revisió de la utilització

La revisió de la utilització és un concepte ampli que pot aplicar-se a la utilització de qualsevol mitja terapèutic o diagnòstic: proves complementàries, fàrmacs, procediments terapèutics, etc.¹⁰⁴.

El procés que se segueix és:

- 1r. Establiment d'uns criteris d'utilització idònia o adequada d'un determinat recurs en consens amb els professionals assistencials
- 2n. Revisió de la documentació clínica per avaluar com ha estat utilitzat realment a la pràctica assistencial, ja sigui sobre utilitzat o infra¹⁰⁵.
- 3r. Retroalimentació als professionals per tal d'establir les mesures correctores que s'escaiguin.

c1. Hospitalària

La revisió de la utilització hospitalària analitza la utilització de l'internament en hospital d'aguts en relació al que hauria de ser l'òptim. Es classifica en mètodes implícits i explícits. Aquests darrers es divideixen en diagnòstic dependents i diagnòstic independents.

i. Mètodes implícits: es fonamenten en la revisió per part de consultors o experts. Són, per tant, mètodes força subjectius.^{106 107 108}

ii. Explícits: es fonamenten en la comparació amb estàndards establerts per tercers.

-Diagnòstics dependents.

Es basen en la comparació d'estades mitges ajustades en funció de diagnòstics i procediments. Són complexes al valorar situacions clíniques. Presenten dificultats per establir grups de comparació realment homogenis en els casos de pacients amb diagnòstics múltiples.

El més utilitzat és la raó de funcionament estandar calculada a partir de bases de dades d'estades mitges per GRD (Grups Relacionats de Diagnòstic) (veure la Taula 53 a la pàgina 204)

-Diagnòstic independents¹⁰⁹.

Es fonamenten en la valoració de les necessitats assistencials, en funció de l'estat dels malalts¹¹⁰.

ISD-A ® (intensity severity discharge criteria set): especialment concebut per cirurgia ginecologia i medicina interna.

SMI® (standarized medreview instrument)

AEP (Aproppiatness evaluation protocol)¹¹¹ : concebut per medicina interna, cirurgia electiva i pediatria.^{112 113}

Té tres protocols:

>mèdic quirúrgic: per a pacients adults, no pediàtrics, aguts, sense malaltia psiquiàtrica ni obstètrica.

>pediàtric

>cirurgia electiva: valora la necessitat d'ingrés versus la indicació de CMA (cirurgia major ambulatoria), el lloc de la intervenció i la demora entre ingrés i intervenció.

DTO (delay tool): s'aplica sobre les estades inadequades per determinar la causa del retard assistencial.

c2. Revisió de la utilització de fàrmacs o Drug Utilization Review (DUR)

Ha estat impulsat per les Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) i per l'escalada de cost farmacèutic a Europa.

Existeixen diferents formes d'abordatge de la DUR. En el mitjà hospitalari el més utilitzat és la revisió a través de les comissions de farmàcia. A l'Atenció Primària s'analitza el valor intrínsec dels medicaments prescrits, és a dir quina proporció de la prescripció correspon a fàrmacs amb elevada efectivitat.

S'estan desenvolupant tècniques per analitzar l'adequació davant per evitar els biaixos que s'han detectat: un metge pot utilitzar medicaments molt efectius per incrementar el seu valor

intrínsec, però que no estan indicats en l'entorn de l'Atenció Primària (per exemple ciclosporines de quarta generació)

Als Estats Units algunes Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) utilitzen software amb terminals a les oficines de farmàcia (Point of Sale – POS-) que permet accés en temps real a tota la informació relacionada amb la prescripció i administració dels medicaments: prescripció, interaccions, facturació, etc..

c3. Revisió de la utilització de proves diagnòstiques

Seguint la mateixa metodologia s'analitza la utilització de proves complementàries com les anàlisis i el diagnòstic per la imatge. Com a conseqüència, tant per a l'entorn hospitalari com a l'Atenció Primària s'estan desenvolupant perfils de sol·licituds de proves, en el camí de desenvolupament de protocols.

c4. Revisió de la utilització de procediments terapèutics.

La variabilitat de la pràctica clínica, especialment de les taxes de risc quirúrgic ha portat a l'anàlisi d'eines per avaluar la utilització de procediments terapèutics o diagnòstics invasius. Actualment el major desenvolupament és al voltant dels procediments quirúrgics.

d) Enfocaments innovadors del control de la utilització

d1. Guies de practica clínica

Les pràctiques de *managed care* suposen una visió integral de l'assistència que comporta la participació de diversos professionals ja siguin metges o personal d'infermeria, tant a nivell d'Atenció Primària com especialitzat. Això ha comportat el desenvolupament d'instruments que en facilitin la coordinació.^{114 115} Les guies de pràctica clínica són un d'aquests instruments.^{116 117}
118

S'han establert guies de pràctica clínica amb la intenció d'explicitar les respostes adients a les diferents situacions clíniques. Presenten el problema de la seva ambigüitat donada la diversitat de condicions clíniques, a més de la diferents resultats de procediments codificats de manera similar.^{119 120}

d2. Gestió de Patologies

La Gestió de Patologies (una traducció més acurada és 'malalties' en lloc de 'patologies') parteix del mateix concepte que la gestió de casos però va més enllà de l'entorn hospitalari i del pacient concret. Cerca comptar amb un enfoc integral de l'assistència als malalts amb malalties cròniques o de llarga durada.^{121 122 123}

Vol donar solució als problemes que planteja el que s'anomena coordinació entre nivells, continuum assistencial o longitudinalitat tenint en compte no només els aspectes curatius de l'assistència si no la promoció de la salut i la prevenció.

L'objectiu és evitar morbiditats previsible, i per tant, produir estalvis. Això s'aconsegueix ajudant els pacients diagnosticats de malalties cròniques a aconseguir i mantenir un nivell de salut acceptable a un cost relativament baix. Es fa especial èmfasi a la prevenció de recaigudes o complicacions molt costoses de tractar. (Un exemple és la prevenció de coma cetoacidòtic a diabètics, facilitant-los tires reactivas de control de la glucèmia i assessorant en hàbits alimentaris). Poden adoptar múltiples formes.

En entorns amb tradició d'Atenció Primària aquesta funció és assumida (o hauria de ser-ho) per aquest nivell assistencial, en el context de la funció de gatekeeper i de la longitudinalitat. A l'entorn dels Estats Units on no hi ha aquesta funció, s'han desenvolupat altres mecanismes que s'han anomenat de Gestió de Patologies. Això ha fet que freqüentment hagi estat identificada amb el *managed care*.

La Gestió de Patologies la porten a terme professionals i/o empreses que assumeixen el seguiment de malalts amb una determinada malaltia de tipus crònic, com per exemple la diabetis, l'asma infantil o la hipertensió.

Les seves funcions són:

- >detecció de pacients susceptibles d'entrar en un programa de Gestió de Patologies
- >promoció d'hàbits saludables: formació dietètica, consell antitabàquic, foment de l'esport, etc.
- >prevenció de complicacions: vetllar per l'acompliment terapèutic, (per exemple amb trucades telefòniques per verificar que el pacient pren la medicació)¹²⁴, serveis de podologia
- >coordinació entre nivells assistencials: establiment de consensos i protocols sistemes de referència i contrarreferència
- >formació als metges i professionals sanitaris que es fan càrrec del pacient sobre protocols i guies de pràctica clínica
- >subministrament a domicili de la medicació
- >avaluació dels programes i de la pràctica dels metges que intervenen
- >determinació i seguiment dels criteris d'avaluació més eficients (per exemple la hemoglobina glicosilada a diabètics o la utilització de corticoides inhalats a asmàtics)
- >suport a companyies de *managed care* en el disseny de programes d'educació sanitària i Gestió de Patologies

d3. Pharmaceutical Benefit Management

Les Pharmaceutical Benefit Management són empreses que gestionen la cobertura farmacèutica de les pòlisses d'assistència sanitària, especialment de les que utilitzen pràctiques de *managed care*, però no en exclusiva.¹²⁵

Els seus serveis cerquen la disminució de costos de les asseguradores¹²⁶, mitjançant diferents mecanismes al voltant de la prescripció farmacèutica, com ara, la negociació de preus i descomptes amb les oficines de farmàcia, l'elaboració de formularis, el control de l'accés i del frau, serveis opcionals de venda per correu (actualment suposen el 30% de les vendes de medicaments als EEUU), programes d'us i substitució de genèrics, processament electrònic de les receptes, sistemes on-line en els punts de venda per a la implementació concurrent de revisions de la utilització, etc.

Moltes d'elles han desenvolupat també programes de Gestió de Patologies.

C) Transferència de Risc

Històricament es pot observar una evolució de l'assumpció del risc que suposa el necessitar assistència sanitària del pacient cap el proveïdor. Figura 6

Figura 6: evolució del risc

	Pacient	Asseguradora	Proveïdor
relació professional	Cost de l'assistència		Solvència del pacient
assegurament sanitari i pagament per acte	Cost de l'assegurança/franquícia	Cost de l'assistència	Solvència de l'asseguradora
<i>managed care</i>	Cost de l'assegurança	Solvència del proveïdor	Cost de l'assistència

En un entorn de relació professional amb pagament per acte sense assegurament el risc d'assumir les despeses que suposa el requerir assistència sanitària recau fonamentalment en el pacient. El risc que corre el metge o proveïdor és que el pacient no pugui pagar-li les despeses generades. Per limitar-lo, el proveïdor pot demanar pagaments per anticipat.

Amb l'aparició de l'assegurament el nou agent, l'asseguradora, corre el risc financer que les quotes que cobra siguin inferiors a les despeses generades per l'assistència als assegurats. Per limitar-lo s'utilitzen les tècniques de càlcul actuarial i la selecció de riscos. El pacient corre el risc de no poder pagar el cost de l'assegurança i/o les franquícies o copagaments que puguin haver-hi i de que l'asseguradora faci fallida, risc en que també incorre el proveïdor.

El *managed care* suposa la transferència de risc cap el proveïdor, doncs és qui es farà càrrec de les despeses de l'assistència, variables en funció de la demanda, a partir d'una quantitat fixa en funció de la població assegurada. L'asseguradora corre el risc que el proveïdor faci fallida, deixi d'assistir als seus clients i hagi de contractar-ne un altre. En aquest cas no hi acostuma a haver-hi franquícies o copagaments per als usuaris

El mecanisme de transferència de risc més genuïnament identificat amb el *managed care* és el pagament per capitació. La capitació suposa que el metge o organització proveïdora rep una quota mensual per cada afiliat o PMPM (per member per month)¹²⁷. Aquesta quota és pagada per l'Organització de *managed care* independentment que l'afiliat utilitzi o no els serveis del metge o proveïdor. Aquest és un mecanisme de pagament que suposa l'assumpció de risc perquè si els afiliats tenen una freqüentació molt alta, el metge ha d'assumir la feina generada amb els mateixos ingressos.^{128 129}

Si bé aquest és el mecanisme amb més capacitat de transmissió de risc, qualsevol model de contractació que no estigui fonamentat en el pagament per acte suposa una transferència de risc en el sentit usuari-proveïdor^{130 131}.

Efectivament, al pagament per acte també hi ha risc, però aquest es genera pel mecanisme contrari, la manca de demanda, ja sigui en quantitat o en capacitat de pagament, de manera que no es puguin cobrir els costos d'inversió o funcionament.

La contractació no fonamentada en el pagament per acte suposa que encara que en l'assignació dels recursos es tingui en compte l'activitat assistencial realitzada, no és cert el principi que diu que 'a més activitat, més recursos'.^{132 133 134}

Així podem trobar diferents models, que suposen més risc per al finançador o per al proveïdor. Entre els primer tenim els contractes que ajusten l'assignació dels pressupostos en funció de l'estructura instal·lada¹³⁵ i/o l'activitat assistencial realitzada, és a dir modulats per l'oferta. Entre els segons tenim els que ajusten per variables suposadament predictores de les necessitats de serveis sanitari com edat, sexe o altres variables socio-demogràfiques i/o de morbi-mortalitat, és a dir modulats per la demanda.^{136 137}

Associats als models de capitació hi ha les bosses de risc (risc pool)^{138 139} que giren entorn a compartir la capitació entre diversos proveïdors de manera que comparteixin el risc. Com més proveïdors hi ha implicats (Atenció Primària, especialistes, hospital), més gran és la bossa, el risc i el potencial benefici.¹⁴⁰

Un mètode de transferència de risc en un entorn de pagament per acte és la retenció (withhold). En aquest cas el metge rep un pagament per acte mèdic, fee-for-service, però una

part de la factura queda retinguda i dipositada en un compte. Periòdicament la retenció és revisada per veure si, en relació al pressupost d'assistència, s'han generat estalvis i, si n'hi ha, una part és lliurada al proveïdor.¹⁴¹

A la Taula 10 es pot veure quins són els efectes dels diferents mecanismes de pagament.

Taula 10: Mecanismes de pagament

Mecanisme de pagament	Efecte
Fee-for-Service	risc financer mínim, fort incentiu a produir, amb el conseqüent risc d'inadequació
Salari fix	baix incentiu a la productivitat i al control de costos
Càpita per serveis definits (pre-paga)	Incentiu per afegir més pacients a la llista de pacients a càrreg, però minimitzar la provisió de serveis. Incentiu a produir els serveis més ben remunerats o referir els pacients que requereixen més despeses a altres proveïdors 'cream skinning i risk shifting' ¹⁴²
Càpita amb bosses de risc amb tots els proveïdors implicats.	elimina la tendència a produir diagnòstics més ben remunerats, però incrementa la pressió a restringir l'assistència i transferir risc. ¹⁴³

Una de les crítiques que més s'ha fet a la utilització de la transferència de risc és l'anomenat enfoc de component o 'component approach'. Aquesta situació es dona quan es fragmenta la relació amb diversos proveïdors¹⁴⁴, generant-se incentius contradictoris que poden fer empitjorar els resultats globals¹⁴⁵. La situació més habitual és quan a l'incentivar la disminució d'estades hospitalàries es produeixen recaigudes i reingressos en pitjors condicions.^{146 147}

D) Transparència

Entenem com a transparència la publicació i/o difusió entre els usuaris dels serveis assistencials dels resultats que obtenen les organitzacions que compren¹⁴⁸ i/o presten els serveis, d'una manera sistemàtica.

Habitualment en el sector sanitari la font informativa més utilitzada ha estat el boca a boca per a la construcció de "fama" o estat d'opinió, a través de la difusió més o menys continua de resultats puntuals amb un propòsit determinat o esbiaixat a través de notícies espectaculars favorables o negatives. En contraposició, entenem que hi ha transparència quan la difusió es fa de forma regular en el temps i normalitzada en quant a continguts.

La transparència és un element bàsic del *managed care*, lligat a la llibertat d'elecció que tenen els usuaris en un entorn de mercat.^{149 150}

Un dels temors que s'expressen més freqüentment sobre les Health Maintenance Organization (HMO) és la tendència a restringir els serveis i a disminuir la qualitat.¹⁵¹ Per contrarestar-ho s'han endegat diverses activitats, destinades a fer públics els resultats d'aquest model, per provar que això no és cert.¹⁵²

La idea subjacent és que la publicitat entesa com transparència és una garantia de qualitat per als usuaris.

Així doncs, *managed care* i publicació¹⁵³ de resultats han esdevingut inseparables, convertint-se aquesta última en una de les eines de comunicació i marketing fonamentals de les organitzacions que treballen amb aquest model.

Com es pot veure en la resta d'instruments utilitzats en el *managed care*, pràcticament no hi ha res d'original, sinó la utilització sistemàtica d'eines i instruments que altres van començar a utilitzar amb anterioritat. El mateix passa amb la transparència.

El punt de partença va ser l'expansió de la cirurgia major ambulatoria com a conseqüència del sistema de pagament prospectiu per part de les agències públiques d'assegurament (en altres paraules, gràcies a la introducció del pagament per cas o Grups Relacionats de Diagnòstic). Des del primer moment va caldre una política de comunicació que volia evitar que fos percebuda purament com un mecanisme d'estalvi.¹⁵⁴

Efectivament, què res més cruel que enviar a la gent a casa el mateix dia que patia una intervenció quirúrgica que fins aleshores requeria una setmana d'hospitalització.¹⁵⁵ Com podia ser allò si no era per escatimar en l'assistència?, no era evident que menys cost és sinònim de menys qualitat?¹⁵⁶ La qualitat va ser el principal eix de crítica a les alternatives a l'assistència tradicional.

La resposta a aquestes crítiques es va desenvolupar sobre dues dimensions de la qualitat, la qualitat percebuda¹⁵⁷ i la qualitat intrínseca o científico-tècnica. La primera sobretot a través de les enquestes de satisfacció dels usuaris¹⁵⁸, la segona a través dels anomenats *outcomes*.

a) Qualitat percebuda

Les enquestes de satisfacció dels usuaris han anat vinculades a la cirurgia major ambulatoria. És quasi un axioma que la posada en marxa d'un d'aquests programes porta associat el desenvolupament d'un mecanisme per mesurar la suposada satisfacció dels usuaris.¹⁵⁹

En els congressos de cirurgia major ambulatoria hi ha indefectiblement, com a mínim, una taula rodona o ponència dedicada a aquest tema, cosa que rarament succeeix en esdeveniments similars d'altres modalitats assistencials tradicionals. Pot afirmar-se que la introducció de qualsevol altre tipus de modalitat organitzativa per al lliurament de serveis assistencials no havia anat mai acompanyada per aquest interès per mesurar la seva acceptació.

Aquestes pràctiques van fer que es popularitzés la comunicació dels resultats de les unitats dedicades a la cirurgia major ambulatoria no només en termes clínics si no en relació a la satisfacció dels usuaris, malgrat molts cops fos discutible la metodologia d'obtenció d'aquestes mesures.^{160 161 162163}

Es va fer palès que la introducció de noves modalitats assistencials o organitzatives que poguessin ser percebudes com el que aquí s'anomenen "economicistes", és a dir com a retalls en les prestacions pròpiament assistencials o hoteleres, haurien d'anar acompanyades de la demostració que el canvi no era a pitjor; havien de demostrar la seva innocència.^{164 165}

b) Outcomes

'*Outcome*' (literalment 'resultat') és una síntesi de pràctica mèdica i salut pública que incorpora estratègies anticipatòries, responsabilitat i pressupostació basades en comunitats. Als USA el moviment *outcome* gira al voltant de la reducció de costos, dimensió que no apareix a Europa.^{166 167}

S'utilitza el concepte '*outcome*' com a mesura de resultats de l'assistència des del punt científic-tècnic per diferenciar-lo d'*output*'. *Output* (o 'producció') s'acostuma a utilitzar en relació a la quantificació del que s'anomenen productes intermitjos de l'assistència sanitària com poden ser les estades, les consultes o proves complementaries. *Outcome* pretén abastar els resultats de l'assistència en relació amb la salut.¹⁶⁸

És evident que aquest enfocament és ambiciós i presenta força dificultats¹⁶⁹. És sabut que en l'estat de salut intervenen més factors que no pas l'assistència sanitària com la genètica, el nivell de renda, l'educació, etc. A més cal tenir en compte els temps d'observació¹⁷⁰ perquè en molts casos hi ha malalties amb períodes preclínic que poden durar d'anys.

L'objectiu és aconseguir la mesura de guanys i pèrdues de salut en termes monetaris i no monetaris¹⁷¹, a partir de l'estudi a nivell individual, de grup o de societat, tenint en compte que els beneficis a un nivell no han de beneficiar necessàriament a la resta. Es requereix un important esforç metodològic¹⁷² que involucra la quantificació de resultats i recursos.^{173 174 175}

Els *Outcomes* es diferencien dels estàndards en que els darrers es fixen prospectivament (que és el que hauria de ser), mentre que els *outcomes* són impredecibles (que és el que està succeint).

c) La difusió de resultats

Aquestes eines de mesura de resultats assistencials, afegides a les tradicionals de rendiment de les empreses (rendibilitat, cotització a borsa, etc.), pròpia de l'entorn d'assegurament i provisió privats dels Estats Units, es desenvolupen i vehiculitzen com un element omnipresent en el *managed care*¹⁷⁶.

En aquest entorn es desenvolupen iniciatives públiques i privades, les més rellevants de les quals són la NCQA (National Committee on Quality Assurance), la FACT (Foundation for Accountability) i l'acreditació governamental de les Health Maintenance Organization (HMO).

La NCQA ha desenvolupat un procediment propi d'acreditació i el Health Employers Data Information Set que ja va per la seva tercera versió (HEDIS 3.0®) (Conjunt de Dades i Informació sobre Salut per Patrons). Constitueix una sèrie de mesures de qualitat amb les que es poden baremar i comparar les diferents organitzacions de *managed care* entre si i amb altres modalitats de finançament.

La NCQA fa públics els resultats de l'acreditació i del HEDIS, que s'apliquen amb règim de voluntarietat. Aquestes dades són difoses tant en suports tradicionals com Internet a través de la web de la NCQA <http://www.ncqa.org>.

Des de 1997 es publica el Quality Compass (Brúixola de la Qualitat), un informe elaborat a partir de la base de dades generada per l'aplicació del HEDIS. Aquest informe fa un resum de la situació i proposa estàndards de qualitat, utilitzant la metodologia anomenada 'benchmarking' (que s'explica més endavant a la Taula 11).

El HEDIS 3.0® està enfocat a mesures de resultat, més que de procés o estructura, dimensions avaluades a l'acreditació. Les variables que mesura s'agrupen en vuit àrees:

1. efectivitat de l'assistència
2. accessibilitat i disponibilitat de l'assistència
3. satisfacció amb l'assistència rebuda
4. estabilitat del pla
5. us dels serveis
6. cost
7. informació donada sobre les possibilitats d'elecció en les decisions sobre l'assistència
8. informació descriptiva del pla

La metodologia desenvolupada al HEDIS també aporta un canvi qualitatiu en l'avaluació de la qualitat respecte al model tradicional, on aquesta funció ha estat capitanejada per la JCAHO (Join Comission on Accreditation of Health Care Organizations o Comissió Conjunta d'Accreditació d'Organitzacions Sanitàries).

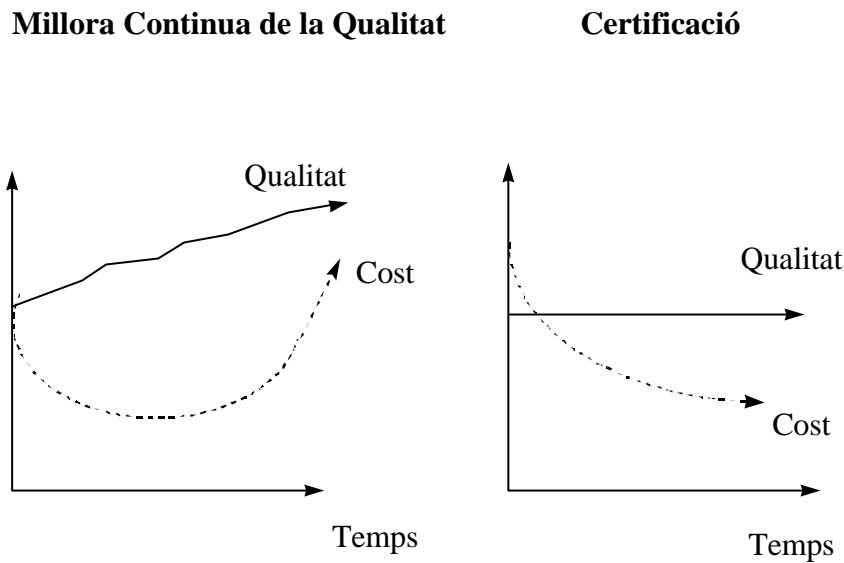
La JCAHO va instituir un mecanisme d'acreditació fonamentat en la Millora Continua de la Qualitat (Continuous Quality Improvement CQI)^{177 178} i la Gestió de la Qualitat Total (Total Quality Management TQM)¹⁷⁹ que són mètodes essencialment inflacionistes en l'entorn sanitari. Aquests sistemes, a diferència de mètodes com la certificació i el benchmarking, propugnen una escalada, millora continua, de la qualitat del producte, el que genera a mig termini l'increment dels costos.

La CQI i la TQM es fonamenten en un treball organitzatiu continu per tal de millorar els processos de l'organització, i d'aquesta manera, millorar-ne els resultats. Utilitza tècniques altament participatives (grups de millora, cercles de qualitat, etc.) per tal d'incrementar l'adhesió dels professionals a l'organització, com un element clau de motivació per tal d'assolir l'excel·lència.

La certificació, el paradigma de la qual són les normes ISO 9000¹⁸⁰, proposa l'establiment d'uns nivells donats de qualitat als quals cenyir-se estrictament, sense desviar-se per excés ni per defecte.

Així mentre que en la CQI es produirà inicialment una davallada de costos, fruit de la millora en els processos, a mig termini caldrà incrementar-los si es pretén una millora indefinida de la qualitat. En el cas de la certificació, al deixar la variable qualitat fixa o en relació al mercat (a través del benchmarking), els costos s'incrementaran al principi per la posada en marxa dels mecanismes d'assegurament de la qualitat però després disminuiran gràcies a la corba d'experiència de l'organització. Figura 7

Figura 7: CQI vs Certificació



El benchmarking¹⁸¹ és una metodologia que es fonamenta en trobar quines són els millors resultats obtinguts per unitats de negoci similars a les nostres (que s'anomenen benchmarks), esbrinar com els aconseguixen i fixar-los com els nostres objectius, generant els canvis necessaris a la nostra organització. La qualitat esdevé quelcom relatiu al mercat.

Taula 11: El Benchmarking

En primer lloc cal determinar quin és el nostre negoci, és a dir, determinar el millor possible quin és el nostre producte o servei i a quin mercat l'ofereim. Només tenint clar això podrem detectar apropiadament qui més el comparteix. Poden ser altres unitats de la mateixa empresa o organització o competidors. Per exemple, és clar que malgrat tots dos siguin hospitals, no és el mateix un hospital universitari urbà que un hospital comarcal rural.

En segon lloc hem d'analitzar quins resultats són els rellevants per a la nostra organització, per tal de mesurar-los i esmerçar esforços en aconseguir els que obtenen les organitzacions amb que ens compararem. Per exemple, en un entorn públic potser no té la mateixa importància que en un entorn privat els dividends repartits, mentre pot ser a l'inrevés en el cas de la quantitat de cops que s'ha aparegut a la premsa en un any.

Seguidament hem de detectar aquelles organitzacions que aconseguixen els millors resultats i intentar comprendre com els aconseguixen, ja sigui gràcies a formes organitzatives,

tecnologia, infraestructura, capacitat dels recursos humans, etc.

Finalment hem d'analitzar la nostra pròpia organització per tal d'implementar les mesures oportunes que ens permetin assolir els mateixos resultats.

L'establiment d'uns nivells de qualitat suposa el problema ètic de considerar que certs nivells de qualitat¹⁸² o, per passiva, de no qualitat han de ser considerats com un objectiu assolit. Cal respondre's a preguntes com si es pot donar per bona una determinada taxa d'infecció nòssocomial o un índex de reingressos.

El benchmarking dóna com a resposta que els objectius han de ser ambiciosos, ser els millors, però assolibles. Un altre enfocament és des del punt de vista de l'eficiència i el cost d'oportunitat: la definició d'uns estàndards donats permet fer assignacions de recursos tenint en compte criteris d'eficiència i efectivitat en les intervencions. Com es pot veure és un debat obert i molt complex.

L'autorregulació exercida pels proveïdors, representats per la JCAHO (Join Commission on Accreditation of Health Care Organizations o Comissió Conjunta d'Accreditació d'Organitzacions Sanitàries)¹⁸³ i l'AMA (American Medical Association), ha permès el control de l'oferta. No és d'estranyar que amb l'argument de mantenir uns requeriments que assegurin la màxima qualitat¹⁸⁴, s'hagi generat una espiral inflacionista que a garantit uns elevats ingressos per als proveïdors. El fet que la NCQA, com a finançadora i client en darrer terme, fixi els estàndards de qualitat és un canvi prou rellevant .

EL SISTEMA SANITARI ALS ESTATS UNITS (USA)

ELS ESTATS UNITS (USA)

ELS ESTATS UNITS (USA)	64
INTERESSOS DELS SECTORS PÚBLIC I PRIVAT	65
A) MEDICARE	67
B) MEDICAID	72
RELACIONS ENTRE ELS AGENTS	80
EL MODEL TRADICIONAL O PROFESSIONAL	81
LES <i>MANAGED CARE</i> ORGANIZATIONS (MCO's)	85
MECANISMES I EINES	89
A) INTEGRACIÓ O INTEGRITAT	89
B) CONTROL	90
C) TRANSFERÈNCIA DE RISC	94
D) TRANSPARÈNCIA	95
LEGISLACIÓ	96
AVALUACIÓ	97

En aquest capítol s'estudia quina ha estat l'evolució del sistema sanitari dels Estats Units des dels anys 40 fins a l'actualitat on s'ha consolidat l'anomenat *managed care*.

S'analitza com aquest sistema ha permès (a l'hora que n'és conseqüència) la confluència dels interessos del sector privat i el sector públic. Constatarem com ha estat impulsat per circumstàncies alienes al sistema sanitari en si, com la globalització de l'economia i l'extensió de la cobertura social o Welfare State, i pròpies, com la sobre oferta de llits hospitalaris com a conseqüència de les noves tecnologies assistencial i organitzatives.

S'ha produït una evolució des d'un esquema de relacions entre els diferents agents basats en el pagament per acte al voltant d'un model de relacions professional a un sistema molt més sofisticat i plural que s'engloba sota el nom de *managed care* Organitzacions (MCO o Organitzacions d'Assistència Gestionada). En aquest nou entorn, que conviu amb l'anterior, es parla de transferència de risc, amb la capitació com a paradigma, control de la utilització o mesura de "outcomes" o resultats. Les relacions entre els agents han esdevingut les pròpies d'un model industrial.

Es descriuen aquests mecanismes de relació i les eines de gestió que s'utilitzen, per constatar com moltes d'elles tenen un origen clarament anterior al nou sistema. En aquest sentit és important constatar com el *managed care* ha d'ésser abordat des d'un enfocament holístic, és a dir, no és suficient fer una anàlisi aïllada de cadascun dels seus components si no que cal estudiar-ne alhora les seves interrelacions.

L'aplicació d'algunes d'aquestes eines i mecanismes de relació i gestió han tingut un impacte prou important com perquè s'hagin desenvolupat iniciatives legislatives al respecte, que citarem com a prova que no han tingut una acollida unànimement favorable.

Finalment es repassa els diferents esforços que s'ha fet per avaluar els resultats de l'aplicació del nou model als Estats Units. Veurem que, malauradament, han estat pocs i presenten nombroses dificultats degudes al seu caràcter evolutiu, a més de les pròpies de l'avaluació en els models no experimentals

Interessos dels sectors públic i privat

Durant la Segona Guerra Mundial als Estats Units la mobilització va comportar l'escassetat de ma d'obra alhora que el model d'economia de guerra comportava la congelació salarial. En aquestes circumstàncies, les empreses, per tal de captar treballadors, van començar a oferir cobertura sanitària com a alternativa al increment retributiu. Aquest mecanisme estava afavorit pel fet que les despeses en salut eren, i continuen sent, lliures d'impostos. Això va suposar l'establiment del mercat de l'assegurança sanitària, amb unes característiques pròpies.¹⁸⁵

Durant més de 40 anys, els consumidors van poder escollir lliurement metge i lloc d'assistència sense que hi hagués pràcticament diferències de preus, gràcies a acords tàcits entre metges, hospitals i asseguradores.¹⁸⁶

Des d'aleshores les despeses en sanitat han anat creixent per damunt el creixement de l'economia, a un ritme del 6% anual en termes reals. D'aquesta manera la sanitat va passar de representar el 4.4% del PIB el 1950 al 6.1% el 1965.

La major part d'aquest increment es va deure a l'extensió de la cobertura, a l'esdevenir l'assegurament sanitari una avantatge social que oferien cada cop més empreses.

Als anys 60, en un entorn de bonança econòmica, s'inicia un interessant diàleg entre el sector públic i el privat, generant alternativament iniciatives de cobertura, gestió i contenció de les despeses, on es detecten, tendències que es consoliden en els 90 amb el *managed care* (encara que, certament, algunes venen de més enrera).

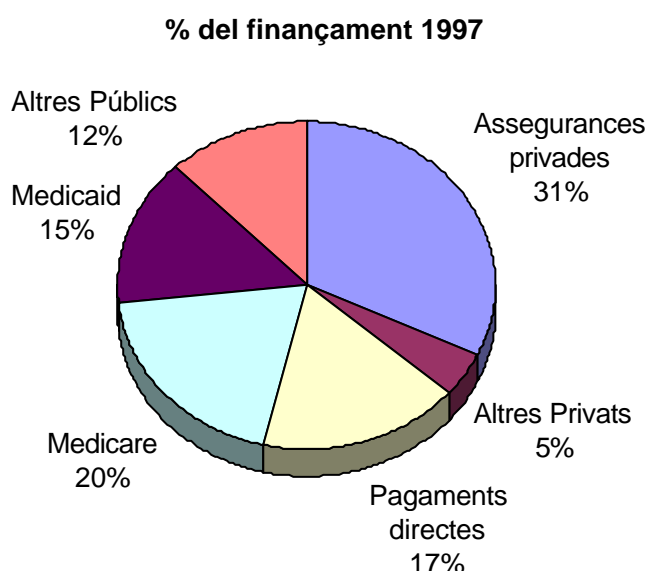
L'Estat, el govern federal i els estats, ofereixen cobertura sanitària a través de programes com CHAMPUS (pels militars en actiu), Veterans Affairs Administration (pels ex militars, que són molts comptant els conflictes on han intervingut des de la Segona Guerra Mundial) i sobretot, Medicaid (pels indigents) i Medicare (pels jubilats).¹⁸⁷

El 1965 el Congrés dels Estats Units van aprovar els Títols XVIII i XIX de la Social Security Act, que estableixen els programes Medicare i Medicaid.

Medicare es va establir en resposta a les necessitats d'assistència mèdica del de les persones grans (i el 1973, de les persones amb incapacitats severes i certes persones amb malaltia renal). Medicaid es va establir en resposta a la percepció estesa de la inadequació de l'assistència mèdica de 'benèficència' (welfare medical care) finançada públicament. El 1977 es va crear la Health Care Financing Administration (HCFA) adscrita al Departament de Salut i Serveis Humans (Department of Health and Human Services) per tal d'administrar els programes Medicare i Medicaid.

Medicare i Medicaid¹⁸⁸ van finançar 351 bilions de \$ el 1996, el que suposa més d'una tercera part de la despesa en salut total i tres quartes parts de la despesa pública (Figura 8). Les despeses globals en salut als Estats Units són el 13.6% del PIB al període 1993-96, el que suposa 3.759 \$ per persona.

Figura 8: El finançament de la Sanitat als Estats Units el 1997



Font :Health Care Financing Administration, Office of the Actuary, National Health Statistics Group

a) Medicare

Quan es va establir el 1966 només oferia cobertura als més grans de 65 anys. Cap el final de 1966, havien rebut assistència a través de Medicare 3.7 milions de persones i hi estaven afiliades 19. El 1973 la cobertura es va estendre a persones cobertes pel règim de seguretat social dels ferroviaris, persones amb malaltia renal terminal que requerissin trasplantament o hemodiàlisi i tots aquells que volguessin comprar la pòlissa Medicare.

El 1997 cobria el 95% de la població de més de 65 anys amb unes despeses totals de 213.575 \$ bilions, el que suposa 6.300 \$ per afiliat.

El programa té dos trams principals:

1. Assegurament Hospitalari (HI Hospital Insurance), conegut com Part A
2. Supplementary Medical Insurance SMI conegut com part B

El 1997, i dins l'acord per a l'eliminació del dèficit públic entre l'administració Clinton i els Republicans (anomenat Balanced Budget Act – BBA- Acta d'Equilibri Pressupostari)- Public Law 105-33) es va afegir un tercer tram, anomenat Medicare + Choice program,

1. La part A o HI es proveeix automàticament a totes les persones de més de 65 anys. El 1997 tenia una cobertura de 38 milions de persones, el 22 %de les quals van fer servir serveis coberts per aquesta pòlissa el que generant unes despeses de 137.8 bilions (un 7% més que el 1996), el que suposa una mitja de 3.600 \$ per afiliat.

La cobertura de la part A es resumeix a la Taula 12 i abasta l'hospitalització convencional, l'internament de tipus sòcio-sanitari (Skilled Nursing Facility, SNF), la hospitalització a domicili per malalts crònics (Home Health Agency, HHA), i cures paliatives en internament (Hospice). En tots els casos hi ha algun tipus de limitació temporal o cal fer copagaments.

Taula 12 : cobertura de Medicare HI o part A

Serveis	Limitacions	Bestreta a deduïble dels copagaments (1)	Copagament
Hospitalització	90 dies per any, amb una única pròrroga 'lifetime reserve' de 60 dies.	764 \$ el 1998 per any	A partir de 60 dies, 191 \$ per dia, fins als 90 dies (després Medicare no paga res). Si s'opta per la pròrroga 382 \$ per dia fins a 60 dies.

Skilled Nursing Facility (SNF) --(Equivalent al concepte de Sòcio-Sanitari)	Cobreix fins a 100 dies per any. Cal que l'ingrés s'hagi produït abans dels 30 dies després d'hospitalització i amb autorització prèvia.	No	A partir del dia 21, fins el 100. 95.50 \$ dia. A partir del dia 100 Medicare no paga res.
Home Health Agency HHA (Equivalent a la hospitalització domiciliària a malalts crònics)	Assistència d'infermeria a temps parcial. No inclou fàrmacs Cal un pla de tractament i supervisió mèdica	No	No. En cas que calgui equips mèdics, cal pagar-ne el 20 %.
Hospice (Equivalent cures pal·liatives)	Per malalts terminals (menys de 6 mesos d'esperança de vida) que opten per tractament pal·liatiu. No hi ha límit.	No	Per fàrmacs

(1) L'usuari ha de pagar una quantitat per avançat que després podrà descomptar dels copagaments

2. Supplementary Medical Insurance (SMI) o part B.

Cobreix el cost dels honoraris mèdics a hospitalització i ambulatoris i algunes altres despeses com laboratori, equips mèdics, subministres, ambulància, tests diagnòstics, vacunes, alguns fàrmacs (els que requereixen administració per personal assistencial; anticancerosos o similars) i sang. També cobreix els tractaments ambulatoris, incloent la Cirurgia Major Ambulatòria.

Sempre cal prescripció mèdica i hi ha copagaments. Aquests són del 20% excepte en hemodialisis i trasplantament. En alguns casos cal que l'usuari boni els copagaments abans de rebre la prestació (per exemple per les transfusions sanguínies), o els copagaments són superiors a aquest percentatge (malalties mentals i fisioteràpia).

El 1997 tenia una cobertura de 36 milions de persones de les quals el 87% van usar-ne els serveis amb un cost total de 72.8 \$ bilions el 1997.

3. Medicare + Choice (Part C).

Es va establir el 1.997 d'acord a la BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari). Per afiliar-se cal estar afiliat a les parts A i B (en el cas dels malalts amb insuficiència renal terminal només poden optar-hi abans d'entrar a la fase terminal). Cobreix l'assistència a través del que s'anomena plans d'assegurament basats en risc¹⁸⁹, que inclouen:

1. Coordinated Care Plans. Funcionen sota un mecanisme de prepagament i s'anomenen CMP Competitive Medicals Plans o HMO (Health Maintenance Organizations o

- Organitzacions de Manteniment de la Salut). Reben una un pagament per persona establert per llei (Secció 1853 de la Social Security Act) d'acord amb les característiques demogràfiques dels beneficiaris afiliats al Pla. Ofereixen a més dels serveis que cobreix Medicare 'tradicional' prevenció, fàrmacs, ulleres i ajuts auditius i odontologia.
2. Els plans privats de pagament per acte que permeten escollir als beneficiaris alguns proveïdors (són PPO -Preferred Providers Organizations o Organitzacions de Proveïdors Preferits). En aquest cas el proveïdor ha d'acceptar unes determinades condicions contractuals (bàsicament grans descomptes sobre la tarifa) però no hi ha risc pel proveïdor.
 3. Els Medical Savings Account (MAS, Comptes d'Estalvi Mèdics)¹⁹⁰ permet als beneficiaris (un número limitat els primers 5 anys) afiliar-se a un Pla o Pòlissa que té una quota deduïble d'impostos (fins un màxim de 6.000\$ el 1996). El Govern Federal paga una part de la càpita¹⁹¹ a un fons d'assegurament per cada afiliat. La diferència entre la càpita aportada i la quota del Pla o Pòlissa escollit per l'individu es diposita al MSA. El traspàs de fons es fa al principi de l'any: després es paga als proveïdors la quantitat menor que resulti de calcular o bé el 100% de les despeses en el règim de risc o el 100% de les quantitats que s'haurien d'haver pagat en el mecanisme de pagament per acte. Si queden diners es poden utilitzar per pagar altres despeses sanitàries, incloent aquelles no cobertes per Medicare, -dentista- o en alguns casos despeses no mèdiques.

Entre les mesures acordades en la BBA (Balanced Budget Act o Acta D'equilibri Pressupostari) també està la creació dels PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly o Programa Tot Inclòs per a Gent Gran)¹⁹² com una alternativa a l'assistència institucionalitzada per les persones de més de 55 anys que requereixen assistència socio-sanitària (del tipus SNF o Skilled Nursing Facility) tant per Medicare com per Medicaid.

Aquests programes ofereixen tots els serveis sanitaris i socials necessaris tant a nivell de serveis preventius, curatius, rehabilitadors com de suport, per tal d'intentar maximitzar la independència, la dignitat i la qualitat de vida. Tampoc no té cap limitació de prestacions ni temporal ni els usuaris han de fer cap copagament.

A més de les limitacions a les prestacions ja esmentades, Medicare no cobreix els fàrmacs de dispensació ambulatoria, l'assistència odontològica, ulleres i aparells per a la sordesa, ni internament crònic. Això fa que s'hagi generat un mercat d'assegurament privat (dominat per Blue Cross i Blue Shield) regulat per normes Federals, per a les despeses no cobertes per Medicare que s'anomenen popularment 'medigap insurances'. Aquest mercat ha facilitat el desenvolupament de les empreses dedicades a la gestió de la prestació farmacèutica (les anomenades Pharmaceutical Benefit Management).

La necessitat d'aquestes assegurances explica per que pot ser atractiva la contractació de la Part C de Medicare per tal de poder elegir un Pla o Pòlissa de *managed care*, que si inclou les prestacions no cobertes pel Medicare tradicional.

✓ Finançament.

La part A o HI es financia fonamentalment a través d'una deducció obligatòria de la nòmina (FICA tax) que suposa el 2.90 % del costs salarials (pagat a mitges per treballador i empresari o totalment pels treballadors per compte propi). Abans del 1994 hi havia un topall, però s'ha eliminat. A partir del 65 anys si s'ha cotitzat (o el cònjuge) no es paga res. Altres ingressos són les quotes de persones que, sense tenir-ne dret, opten per aquesta cobertura (per optar-hi ha de comprar a més la part B; el pagament era el 1997 de 170\$ o 390 \$/mes segons l'import de la pensió), copagaments i, finalment, ingressos financers del superàvit del fons invertit en deute públic dels Estats Units. Els fons de la part A només poden utilitzar-se per la HI i no poden transferir-se a la SMI

La part B o SMI es financia en un 25 % a través de quotes dels afiliats que es descompta de la pensió(43.8 \$/mes el 1998) . La resta es cobreix amb aportacions del pressupostos del Estats Units.

La part C té un sistema força complex de finançament, depenent del tipus de pla escollit, però en general el finançament prové dels fons de la part A i de la part B en la proporció que suposen de la despesa general de Medicare. Els afiliats poden tenir que pagar alguna quota mensual, depenent de cada pla.

✓ Pagaments als proveïdors

Per pagar els serveis coberts per la Part A (HI) es va fer servir fins el 1.983 el concepte de 'cost raonable' (reasonable cost). Actualment per a la majoria de pagaments als hospitals s'utilitza el Prospective Payment System (PPS), basat en els Grups Relacionats de Diagnòstics (Diagnostic Related Groups) modulats pels casos catastròfics i, darrerament, amb altres limitacions introduïdes per la BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari). La rehabilitació en internament, el tractament psiquiàtric, l'assistència domiciliària, les cures pal·liatives (Hospice) i els serveis socio-sanitaris (Skilled Nursing Facility) segueixen pagant-se d'acord amb el 'cost raonable' amb limitacions i restriccions.

Les despeses generades per la cobertura de la part B (SMI) es pagaven fins el 1992 segons 'preu raonable' (reasonable charge), considerat com el més baix entre el que cobra el metge, la tarifa habitual i la tarifa més freqüent a la zona. A partir de 1992 s'estableix una taula RVS (Relative Value Scale) que estableix una escala de tarifes –tipus nomenclàtor- i es paga la més baixa entre la tarifa calculada per la taula o bé la tarifa del metge. El pagament de l'equipament mèdic i del laboratori es paga en funció de tarifes. Els serveis hospitalaris ambulatoris i HHA es

paguen segons 'reasonable cost'. La BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) preveu que s'instaurin sistemes de pagament prospectiu en el futur.

Els metges i altres proveïdors poden demanar ser 'participants' (participating) això vol dir que accepten ('take assignment') les tarifes com a pressupostos clínics, és a dir, un cop acceptada una tarifa, el malalt no haurà de fer cap altre pagament. Si no són 'participants' poden demanar pagaments extres –amb certes limitacions–, que poden finançar-se amb les 'medigap insurance'. Els usuaris tenen informació a priori de si un metge és o no participant i per tant poden escollir

Els pagaments als proveïdors de la part C (Medicare + Choice) es basen en una barreja de càpites nacionals i locals segons les característiques dels afiliats. Es preveu canviar els sistemes d'ajustaments de risc el 2.000.

✓ Control de qualitat

Les Peer Review Organizations PRO's (Organitzacions de Revisió de Col·legues)¹⁹³ són grups de professionals de l'assistència sanitària que són pagats pel govern federal per tal de revisar l'assistència prestada als beneficiaris de Medicare a cada Estat i millorar la qualitat dels serveis. La funció de les PRO és la formació i la promoció d'assistència efectiva i eficient a la població coberta per Medicare.

✓ Administració de Medicare.

El Department of Health and Human Services (DHHS) té la darrera responsabilitat sobre la gestió de Medicare, amb el suport de la Social Security Administration (SSA), com a responsable del manteniment de la base de dades de beneficiaris.

La Health Care Financing Administration (HCFA) és un organisme de la Department of Health and Human Services (DHHS) i és el responsable directe del programa: formula les polítiques i directrius, la formulació i vigilància dels contractes, el manteniment i la revisió de la documentació i el finançament. Hi ha un 'Board of Trustees' o Patronat que vetlla pels fons del programa. El Secretari del Departament del Tresor (l'equivalent al Ministeri d'Economia) és el patró encarregat de la seva gestió.

Aquest Board o Patronat compareix anualment davant del Congrés dels Estats Units (USA) per informar de la situació del programa.

Els Departaments de Sanitat dels diferents estats (State Health Department) ajuden a la Department of Health and Human Services (DHHS), a identificar, vigilar, inspeccionar i acreditar als proveïdors i subministradors que participen o volen participar a Medicare.

La gestió dels pagaments als proveïdors Medicare els fan organitzacions o agències no governamentals que són contractades per l'Estat per actuar com a compradors. S'anomenen 'intermediaries' (intermediaris), per a la part A (HI) i 'carriers' per a la part B (SMI) i la seva funció és pagar als proveïdors amb els fons públics d'acord a les normes del programa. Els més estesos són Blue Cross i Blue Shield Association.

b) Medicaid

El Títol XIX de la Social Security Act és un programa amb competències i finançament compartits entre el Govern Federal i els Estats que finança l'assistència mèdica a certs individus vulnerables i necessitats i les famílies amb pocs ingressos. Aquest programa va esdevenir llei el 1965 constituint el que es coneix com Medicaid. El 1996 va prestar assistència a més de 36 milions de persones amb un cost de 160 bilions de \$.

D'acord a un conjunt de principis generals, regulacions i polítiques establerts a nivell Federal, cada Estat té competències per:

- i. Fixar les normes d'inclusió de beneficiaris
- ii. Definir la Cartera de serveis: el tipus, quantitat, durada i abast dels serveis
- iii. Establir el sistema de pagament i les tarifes dels serveis
- iv. La gestió del programa.

i. Criteris generals d'inclusió.

Medicaid no cobreix tota la població pobre, només aquella que es troba dins uns determinats grups, per que el nivell d'ingressos és només un criteri entre d'altres. Els Estats tenen un ampli marge per decidir aquests criteris. A més el llindar de pobresa el fixa cada Estat, segons criteris Federals. D'aquesta manera una persona beneficiaria segons un Estat pot no ser-ho a un altre .

De totes maneres hi ha un grups poblacionals anomenats 'categorically needy' que han de ser coberts pel programa Medicaid de l'Estat si aquest vol rebre fons federals. Els Estats poden, també, oferir programes anomenats 'State Only' a grups anomenats 'categorically related' (Taula 13).

Taula 13: Categorically needy i Categorally related

Categorically needy
Acompleix els criteris de l'Aid to Families with Dependent Children (AFDC o Ajuda a Famílies amb Fills Dependents.) fins el 1996 (any en que es suspèn el programa)
Nens menors de 6 anys a famílies que estan per sota el 133% del nivell federal de pobresa

(FPL o Federal Poverty Level)
Dones embarassades a famílies que estan per sota el 133% del nivell federal de pobresa, però només per assistència relacionada amb l'embaràs, el part i el postpart.
Perceptors del Supplemental Security Income (SSI) que són ajuts econòmics a la subsistència. Alguns Estats, però, tenen en compte altres criteris afegits.
Persones que reben assistència en raó del Títol IV de la Social Security Act
Grups especialment protegits
Tots els nens nascuts després del 10/10/1983 menors de 19 anys a famílies amb ingressos per sota el FPL. L'objectiu és que tots els nens pobres menors de 19 anys estiguin coberts el 2002.
Alguns beneficiaris de Medicare.
Categorically related
Nens menors d'un any i dones embarassades amb ingressos menors al 185% del nivell federal de pobresa (la quantitat varia segons l'Estat)
Menors de 21 anys que compleixen els criteris ADFC que hi havia el 1996
Persones institucionalitzades que tenen ingressos que com a molt assoleixen el 300% del Supplemental Security Income (el % varia segons els estats)
Persones que complirien criteris si estiguessin institucionalitzades però que reben assistència domiciliària o comunitària
Algunes persones grans, cegues o amb altres discapacitats amb ingressos per sota el llindar federal de pobresa –FPL- (segons l'estat)
Receptors del SSI
Alguns treballadors i discapacitats de famílies amb ingressos per sota el 250% del FPL i que tindrien dret al SSI si no treballessin.
Persones infectades per la Tuberculosi, però només pel tractament de la tuberculosi, i que tindrien dret a cobertura de Medicare (majors de 65 anys o amb insuficiència renal terminal).
Optional targeted low income children', incloses al Children's Health Insurance Program CHIP, establert al BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) de 1997
Persones 'medically needy'. Són persones que complirien tots els criteris per estar inclosos en algun dels grups anteriors ('categorically related o needy') excepte el dels seus ingressos - perquè són superiors al mínim establert per entrar a Medicaid- La persona entra a la categoria de Medically needy quan al restar les despeses generades per la seva malaltia dels seus ingressos la xifra resultant està per sota els ingressos que donen dret al programa.

En el cas que un Estat vulgui incloure el programa 'medically needy' (n'hi ha a 42 estats) pot decidir a quines de les categories l'aplica. El govern federal aporta fons en el cas que l'apliqui a les dones embarassades i als menors de 19 anys.

La Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act de 1996 (public law 104-193), coneguda per la 'welfare reform bill' o llei de reforma del benestar, va suposar la inclusió

de mesures restrictives a la cobertura de Medicaid. Les més rellevants són la limitació als ajuts als residents estrangers i els canvis a al programa AFDC Aid to Families with Dependent Children.

En el primer cas s'estableix un període de carència de 5 anys per tots els immigrants posteriors a 1996 (els Estats poden oferir la cobertura durant aquest període si volen), excepte per urgències. Els nens afectats per aquesta mesura han quedat però coberts per el programa CHIP (Children's Health Insurance Program o Programa d'Assegurança de Salut per als nens). En el cas del AFDC ha passat de ser un programa que no tenia limitació temporal al anomenat TANF (Temporary Assistance for Needy Families) que limita els ajuts a 5 anys.

El CHIP o Children's Health Insurance Program és el nom pel que es coneix el Títol XXI de la Social Security Act. És un nou programa inclòs al BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) que pretén estendre la cobertura de Medicaid a nens que no estan assegurats.

Els criteris d'inclusió es revisen mensualment, tret en els menors de 19 anys en que es fa anualment.

ii. Definició de la cartera de Serveis.

Els estats poden definir el tipus, quantitat, durada i abast dels serveis, de manera que les carteres de serveis poden variar entre diferents Estats. L'estat d'Oregon ha desenvolupat un mecanisme participatiu de definició de la seva cartera de serveis que ha esdevingut un model de referència –i controvèrsia¹⁹⁴- conegut com a 'model Oregon' 195 (Taula 14).

Taula 14 : El 'model Oregon' de fixació prioritització de cobertura sanitària

A l'Estat d'Oregon als Estats Units es va desenvolupar un procés participatiu on la població a través de grups d'opinió va definir quina era la cobertura del sistema públic per als indigents. Es tractava de prioritzar intervencions per tal de, limitant els serveis oferts, poder estendre la cobertura a més població.

Els serveis bàsics que han d'oferir els estats, si volen rebre fons federals, són: hospitalització, assistència hospitalària ambulatoria, assistència prenatal, vacunes per als nens, honoraris mèdics, Nursing Facility Services (sòcio-sanitari) per a majors de 21 anys, planificació familiar, assistència a l'entorn rural, hospitalització a domicili, laboratori, radiologia, serveis d'infermeria pediàtrica, llevadora, serveis de cribatge per menors de 21 anys. Els Estats poden oferir, a més a més, serveis diagnòstics, centres per malalts mentals crònics (ICF/MR -intermediate care facilities for the mentally retarded-), fàrmacs, pròtesis, ulleres i optometria, assistència sòcio-

sanitària (NFS) per menors de 21 anys, transport, rehabilitació, assistència domiciliaria o comunitària a malalts crònics.

També s'inclou el programa PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly o Programa Tot Inclòs per a Gent Gran) per a majors de 55 anys amb alta dependència com alternativa a la institucionalització

La durada i quantitat de les prestacions s'estableix per l'Estat amb dues limitacions: la suficiència dels serveis i la no discriminació en funció del diagnòstic. Hi ha dos condicions més. La primera és que quan el beneficiari és un menor de 21 anys que entra a un programa com a 'medically needy' cal que l'Estat li ofereixi, com a mínim, els serveis determinats a nivell federal, especialment serveis de prevenció i detecció precoç de malalties. La segona és que l'Estat pot finançar serveis de tipus domiciliari o comunitari a persones que de no rebre'ls, estarien institucionalitzades.

iii. Sistema de Pagament

Medicaid està configurat com un model que integra les funcions de finançament i compra en l'Estat, és a dir, l'Estat pot comprar serveis directament als proveïdors. Alguns Estats, però han separat la funció de compra assignant-la a prepagues com les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut).¹⁹⁶

Cada Estat pot establir els mecanismes de pagament que desitgi, dins unes normes bàsiques federals, que en essència diuen que el pagament serà per acte i la tarifa ha de cobrir els costos. Si un proveïdor vol participar al programa Medicaid ha d'acceptar aquestes tarifes i no pot cobrar cap mena de copagament ni reclamar pagaments addicionals (ha de ser 'participant' en la terminologia de Medicare). Com que s'admet que aquestes tarifes són molt ajustades als costos, l'Estat pot donar pagaments addicionals a aquells centres que tenen una gran proporció de pacients del programa Medicaid; són els anomenats Disproportionate Share Hospital (DSH) adjustment, encara que la BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) ha posat límits a aquestes subvencions.

iv. la gestió del programa

S'estan desenvolupant nous mecanismes de contractació de proveïdors, en la línia de les prepagues (Prepaid Health Plans) i el *managed care*. Per tal de potenciar-ho s'han establert les excepcions a la norma general del pagament per acte (anomenades reserves –waivers- '1915(b)' -que permet el desenvolupament de noves formes de gestió- i la '1115' -que permet

realitzar experiències pilot-). La BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) permet també el funcionament del programa com una HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut). S'espera que el 50% de la població protegida per Medicaid ho estigui sota alguna forma de *managed care*.

✓ Finançament

Els Estats poden incloure bestretes deduïbles dels copagaments i copagaments per certs individus i certs serveis, però mai a dones embarassades, menors de 18 anys, pacients institucionalitzats a centres socio-sanitaris, urgències i planificació familiar.

El govern federal paga una part del programa Medicaid de cada Estat. Aquesta part s'anomena Federal Medical Assistance Percentage (FMAP) i es determina anualment amb una fórmula que compara els ingressos per càpita de l'Estat i la mitja Federal, de manera que els Estats amb una renda més alta reben un percentatge menor. Aquests percentatges tenen establerta per llei una forquilla entre el 50% i el 83% (el 1997 l'Estat que va tenir un percentatge més alt va ser Mississipí amb un 77%, sent la mitja del 57%).

Les quantitats aportades no tenen topall i els percentatges es calculen sobre el total de programa Medicaid, tant la part establerta federalment com l'opcional de l'Estat. Això suposa un incentiu (o com a mínim no és un desincentiu) a estendre la cobertura.

El programa CHIP (Children's Health Insurance Program o Programa d'Assegurança de Salut per als nens) rep una aportació del 70%, i el dedicat a les minories natives (els Indis) el 100%. El govern federal subvenciona l'atenció urgent a immigrants il·legals. Els costos de gestió del programa es paguen a parts iguals entre el govern de l'Estat i el Federal (que a més financia específicament projectes d'informatització de la gestió).

L'increment de despeses al programa Medicaid és atribuït a:

- Extensió de la cobertura, per l'increment de la població, l'increment de grups considerats a protegir i la crisi econòmica dels 1980.
- Els pagaments DHS (les subvencions als hospitals que atenen Medicaid).
- L'increment de l'esperança de vida.
- L'increment en la supervivència de nadons de molt baix pes i de politraumàtics.
- L'increment de les tarifes per damunt de la inflació

✓ cobertura i finançament

Les despeses de Medicaid el 1996 van ser de 160\$ bilions, 91\$ aportats pel govern federal i 69\$ pels estats. La BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) preveu que el 2003 les despeses s'incrementaran fins a 250\$ bilions.

Medicaid assegura a 17 milions de nens (46% de la cobertura) , amb una despesa de 1.000\$ per càpita, mentre que la mitja és de 3.400\$ per persona. Els conceptes de despesa es resumeixen a la Taula 15

El 45% del serveis sòcio-sanitaris (Skilled Nursing Facility) i de l'assistència domiciliària es financen a través de Medicaid; 40.5\$ bilions per 3.6 milions de persones.

Taula 15 : Pagaments de Medicaid el 1996

Concepte	Quantitat
Pagaments per acte	\$122 bilions
Càpites	16 \$ bilions
Subvencions a hospitals (DHS)	15\$ bilions
Total	160\$ bilions

✓Relació entre Medicare i Medicaid

Medicaid es considera com 'la última opció' alhora de decidir qui es farà càrrec de la cobertura en el cas que hom tingui dret a la cobertura de Medicare i Medicaid. Medicaid comença a finançar quan s'ha exhaurit la cobertura de Medicare, per exemple en estades de més de 100 dies a centres sòcio-sanitaris.

Hi ha individus amb cobertura de Medicare però que, alhora, reben ajuts de Medicaid. són els Qualified Medicare Beneficiaries (QMB) i els Specified Low Income Medicare Beneficiaries (SLMB) (Taula 16).

Taula 16: Qualified Medicare Beneficiaries (QMB)

Els QMB són aquells beneficiaris de Medicare que tenen ingressos equivalents a menys de la meitat del SSI o el 100% sota la FLP. Medicaid paga per ells les bestreta a deduïble dels copagaments de HI i SMI i les quotes de SMI. SLMB tenen uns ingressos de fins el 120% per sota FLP i Medicaid només paga les quotes de SMI. Finalment hi ha els QDWI Qualified Disabled and Working Individuals són persones que tenien dret a Medicare per una invalidesa però que han perdut el dret per que tornen a treballa. Si els seus ingressos estan per sota LFP, Medicaid paga les seves bestreta a deduïble dels copagaments de HI. En conjunt són 5.9 milions de persones, que suposen el 17% dels afiliats a Medicare i generen el 35% de les despeses de Medicaid, el 1995.

La BBA (Balanced Budget Act o Acta d'Equilibri Pressupostari) ha establert el que anomena Qualifying Individuals QI les despeses dels quals es financen el 100% per fons federals. Es tracta de persones amb ingressos per sota del 120% al 175% del FLP als quals se'ls pagarà les quotes del SMI de Medicare.

Amb l'aparició d'aquests programes –Medicare i Medicaid- el ritme de creixement de la despesa sanitària en termes reals es va accelerar fins arribar al 7.9% anual entre 1965 i 1970, arribant a significar el 7.6% de PIB.

L'extensió de la cobertura pública i la lligada al lloc de treball, fan que tant les empreses com el sector públic guanyin terreny com a finançadors de la despesa sanitària enfront dels particulars. En altres paraules, el finançament, la compra i la provisió d'assistència sanitària esdevenen cada cop més un sistema organitzat. En efecte, les empreses han passat de suposar el 16 % del finançament el 1965 al 29 % el 1990 mentre que el sector públic ha arribat al 43 % el 1994. De 1974 a 1991 els fons privats van passar del 58 al 60 % de les despeses en salut. El 1996 el finançament privat va baixar al 53.3%.

Aquesta evolució ha fet que, malgrat el model sanitari dels Estats Units es caracteritza per la provisió privada, el pes del sector públic és prou important: actualment suposa quasi la meitat de la demanda en forma directa, a la que cal afegir l'aportació indirecta que suposa el fet que les despeses sanitàries siguin deduïbles de la base imposable.

El 1969 el Bureau of Health Insurance, predecessor de la Health Care Financing Administration (HCFA) va començar l'estratègia de comprar al menor preu possible, per tal d'intentar frenar els dèficits pressupostaris que presentava; el cost comença a ser un element important per un dels agents del sistema. L'alternativa, actuar disminuint la cobertura o la qualitat dels tractaments, no hagués estat políticament acceptada com a mecanisme per disminuir les despeses.

En termes de mercat, el govern va actuar de manera oligopsonista, és a dir, fent prevaler el seu poder com a comprador majoritari. El missatge que es transmet al mercat és que la mida, (que la força associada a la mida o poder de mercat) és quelcom important, més enllà de l'eficiència.

El que van fer els hospitals davant d'aquesta situació va ser incrementar el preus al sector privat, fenomen que s'ha anomenat “cost shifting”. Encara avui, alguns hospitals inclouen als seus quaderns de comandament l'anàlisi de “quant han deixat de guanyar” (loss revenue) degut als preus inferiors de Medicare en relació als preus facturats al sector privat.

En aquesta línia, el 1970 el programa Medicare va començar a contractar un conjunt de tractaments alternatius a la hospitalització convencional, llista que es va ampliar el 1983 alhora que introduïa el Pagament Prospectiu, a través dels famosos DRG (Diagnostic Related Groups o Grups Relacionats de Diagnòstic).

El nou mecanisme de pagament i el desenvolupament tecnològic (anestèsia, analgèsica, endoscòpia, laparoscòpia) van fer possible que molts tractaments passessin de l'hospital convencional a centres ambulatoris o “free standings”. Els proveïdors van començar a aplicar

de manera sistemàtica mecanismes de revisió de la utilització, especialment centrats en el control de l'estada mitja i les indicacions d'hospitalització.

Aquestes mesures van aconseguir que l'increment de despesa pública fos menor que el de la despesa privada, malgrat l'increment de beneficiaris. Així el sector públic va créixer un 9.7% anual entre 1969 i 1993, mentre que el privat ho va fer a un ritme del 11.9%.

Si el mercat sanitari fos un mercat competitiu aquesta situació no s'hagués pogut donar. Quan hi ha una situació d'oligopsomi, és a dir un client majoritari que compra forçant descomptes, si hi ha veritable competència, els proveïdors no poden augmentar el preu a la resta de clients per que aquests marxarien a la competència.

Tampoc les asseguradores privades no van forçar els preus a la baixa aprofitant que degut a les alternatives a la hospitalització convencional¹⁹⁷ es va fer palesa la sobre oferta de serveis hospitalaris. Això va portar a que durant els '80 els hospitals tinguessin més guanys que mai, malgrat l'excés d'oferta, contradient les lleis habituals de mercat.^{198 199}

El 1983 Medical, el programa Medicaid de Califòrnia, va començar a negociar de forma individual amb diferents proveïdors per tal d'aconseguir millors preus. En lloc de permetre l'ingrés dels pacients coberts per aquesta assegurança pública a qualsevol hospital, va limitar-ne l'accés als seleccionats en un concurs públic de preus.²⁰⁰

Tal com va passar amb la introducció de les alternatives a la hospitalització convencional, un cop establerta la limitació d'accés per part del sector públic, el sector privat va començar a actuar de forma similar, negociant amb proveïdors i limitant la llibertat d'elecció dels assegurats.

D'aquesta manera es van anar generalitzant tot un seguit de nous mecanismes de relació entre els agents implicats, asseguradores privades, agències públiques d'assegurament, proveïdors, clients i usuaris. Algunes de les organitzacions que les utilitzaven de forma sistemàtica van començar a anomenar-se *managed care Organizations*, i els seus productes *managed care Plans*.²⁰¹ L'expansió va ser meteòrica, arribant a afiliar al 63 % dels treballadors el 1994.

La carrera per la contenció de les despeses es va veure impulsada per la globalització de l'economia. Les despeses en salut que havien de suportar els productes nord-americans els feien perdre competitivitat davant els provinents d'altres regions del planeta com Àsia, o inclòs dins el propi país.²⁰² Així, Chrysler calcula que el preu de cada cotxe que ven porta incorporats 1.500 U\$ en assistència sanitària, mentre que per Ford (que utilitza *managed care*) suposa 700 U\$.

Continuant el diàleg industria-govern, la HCFA (Health Care Financing Administration) ha començat experiències per tal d'intentar aprofitar les rebaixes de costos que comporten les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut): Medicare Choices Demonstration, on s'ofereix la possibilitat d'escollir entre 22 HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) als beneficiaris de Medicare,²⁰³ la Medicaid Competition Demonstration, en la mateixa línia, o el CHAMPUS Reform Initiative, per al personal militar.

La frustrada reforma Clinton que perseguir la universalització de la cobertura sanitària només es podia haver arribat a plantejar en un entorn on existeixi el *managed care*.²⁰⁴

Podem concloure com hi ha un creixent i mutu interès tant de l'Estat com del sector privat²⁰⁵ per tal d'introduir noves formes d'assegurament sanitari que el facin sostenible, encara que sigui per diferents motivacions²⁰⁶, i el *managed care* ha estat la resposta més vàlida per ambdós àmbits.²⁰⁷

En el proper apartat s'explica el model que anomenarem "tradicional o professional" i el nou model de relació que cristal·litza en les organitzacions de "*managed care*". Ambdós serveixen per explicar els sistemes majoritaris en el seu moment històric, però en cap cas els únics. En entorns complexos i extensos geogràficament i demogràfica i en una economia de mercat no es pot parlar d'un model, si no del que és més freqüent.

Relacions entre els agents.

En aquest apartat caracteritzarem els sistemes de relació en el sistema sanitari dels Estats Units que permeten explicar l'aparició de l'anomenat *managed care*. Compararem el que anomenem model tradicional o professional amb el que es desenvolupa a les Organitzacions de *managed care*.

No es pot parlar del pas d'un model a un altre, considerats com a incompatibles, si no com a tendències majoritàries. Ambdós models estan convivint en l'actualitat, igualment que durant el regnat del model tradicional existien pràctiques que després s'han caracteritzat com pròpies del *managed care*.

Així, per exemple, el pagament capitiu era i continua sent una pràctica comú a zones rurals de "l'Amèrica profunda"²⁰⁸ iniciada a principis del segle XX, quan encara no existia el concepte de *managed care*. Igualment és evident que el *managed care* ha esdevingut la forma

d'assegurament i provisió d'assistència sanitària majoritària però conviu amb el pagament per acte inclusivament dins les organitzacions de *managed care*.

Al descriure cada un dels models ho farem essent conscients que no són models purs. Dibuixarem els trets extrems, tenint sempre presents que totes les afirmacions són matisables.

El model tradicional o professional

El model que anomenem "tradicional" té com a paradigma d'organització dels serveis la relació professional entre metge i pacient. El pacient ho és d'un metge determinat. Aquests són els agents principals i en molts casos únics del sistema. El mètode de pagament és per acte o 'fee for service', és a dir, el metge cobra per cadascun dels actes assistencials.

La llibertat d'elecció de metge està limitada únicament per la capacitat de pagament. Els usuaris acudeixen al metge que vulguin, en funció de la seva capacitat financera per fer front a les despeses que es generin, ja sigui amb el seu patrimoni o per que compten amb una pòlissa d'assegurament sanitari.

Les asseguradores apareixen com a agent que cobreix el risc financer que suposa pels usuaris el poder fer front a les despeses que es generin en cas que requereixi assistència sanitària.

L'assegurament sanitari és voluntari, encara que a la majoria de mitjanes i grans empreses les pòlisses acostumen a ser pagades pels empresaris com a complement a les retribucions salarials. El treballador també pot pagar-ne una part, ja sigui complementant la pòlissa o, el més freqüent, en forma de franquícia o copagament al fer us dels serveis. Els copagaments són variables, acostumant a ser màxims en els tractaments psiquiàtrics i mínims en les urgències vitals. Tant la pòlissa com els copagaments són totalment desgravables fiscalment.

Les asseguradores són companyies d'assegurances enteses com a empreses, amb o sense ànim de lucre que cobreixen un determinat risc, en aquest cas les despeses generades per l'assistència sanitària que rebin els seus assegurats, amb o sense franquícia.

Fixem-nos que es tracta de companyies d'assegurances i per tant estan sotmeses a les regulacions pròpies del sector de l'assegurament, no del sector sanitari i que cobreixen un risc financer, el fer front a un pagament, no a donar un servei d'assistència sanitària i molt menys a garantir el manteniment de la salut.

Les asseguradores paguen als metges, hospitals i altres proveïdors les factures que els presenten pels serveis assistencials que han prestat als seus assegurats, en un esquema de pagament per acte. L'assegurat no té cap limitació per escollir metge o centre assistencial que no sigui vinculada a l'import de la cobertura. La factura conté, bàsicament informació de l'assegurat, el diagnòstic en codi Classificació Internacional de Malalties CIM (ICD International Classification of Diseases) i els procediments realitzats, amb la seva tarifa corresponent.

L'usuari haurà pagat el copagament (franquícia) corresponent i la resta de les despeses les financia l'asseguradora, sense que li arribi informació del total de la despesa que ha generat la seva assistència. Indirectament en tindrà informació si al renovar el seu contracte d'assegurament aprecia que pateix un "bonus malus" o increment de la pòlissa per sinistralitat.

En aquest entorn es feia cert el paradigma de qui consumeix no paga (o poc per que hi ha copagament), qui paga no consumeix i qui genera la despesa ni paga ni consumeix.

Aquest mecanisme ha permès el finançament de les despeses dels hospitals universitaris que acostumen a ser superiors per les seves càrregues docents i investigadores, així com atendre una quota de pacients sense capacitat de pagament.

Com a contrapartida, la població sense capacitat de pagament esdevé una externalitat del sistema. No hi ha ningú responsable que tingui com a missió assegurar una cobertura universal.

De fet, les asseguradores tenen llibertat per ajustar les pòlisses individualment, i seleccionar els seus clients en funció de riscos (Taula 17), fent diagnòstics de salut (ja sigui a través de revisions mèdiques o declaracions d'estat de salut) . En altres paraules, poden no assegurar persones que a priori puguin suposar despeses molt elevades, ja sigui no admetent-les o posant una prima elevadíssima. L'alternativa és la indigència i la caritat.²⁰⁹

Taula 17: Exemple de les conseqüències de la selecció adversa

Un individu amb Síndrome de Marfan amb afectació cardíaca es matriculava a una Universitat per tal de quedar cobert per la pòlissa col·lectiva. Li sortia més a compte pagar la matrícula - gens econòmica - que la pòlissa d'assegurament sanitari

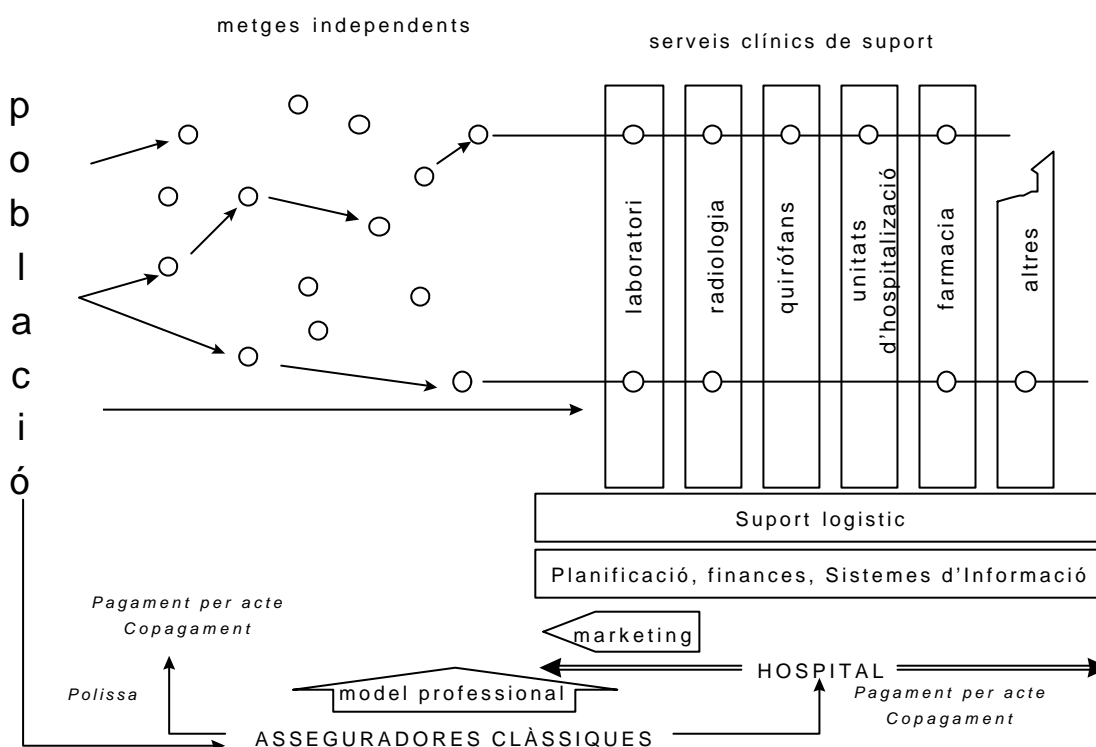
*Hi ha 40 milions de nord-americans sense cobertura sanitària.*²¹⁰

Les agències públiques d'assegurament sanitàries, ja siguin estatals o federals actuen amb la mateixa lògica que una asseguradora: la cobertura del risc financer associat a l'assistència, no de l'assegurament de la salut. En efecte, aquest paper és contractat a asseguradores privades que realitzen aquesta funció per compte del govern, destacant Blue Cross i Blue Shield.

Els hospitals són les organitzacions que donen suport a l'assistència sanitària aportant el suport organitzatiu i sobretot tecnològic necessari per a l'activitat dels metges. Ofereixen la seva estructura física, equipament tecnològic, mitjans terapèutics i diagnòstics complementaris -els serveis centrals-, la logística i serveis de suport (hostaleria, facturació, finances, marketing, etc.). (Figura 9)

Figura 9 : Model 'Tradicional' als Estats Units (USA)

Situació "tradicional" als USA



Reengineering Health Care: Management Systems for Survivors
 J.R. Griffith. Hospital & Health Services Administration 39:4 Winter 1994 pag 451-470

La majoria pertanyen a organitzacions sense ànim de lucre, vinculades a esglésies i entitats filantròpiques.²¹¹ No cal oblidar aquest aspecte en una societat com la dels Estats units on és més arrelada la benèficència que l'estat del benestar i on no s'aplica de cap de les maneres el consell de St. Mateu que alhora de fer el bé la teva mà dreta no sàpiga que fa l'esquerra.

Els pacients ho són del metge, no de l'hospital ni de l'asseguradora. Així doncs, la manera que tenen els hospitals d'assegurar-se activitat és comptar amb una cartera de metges. Això fa que la funció de marketing vagi des de l'hospital cap als metges en primer lloc i secundàriament als pacients, per que metge i hospitals són entitats diferenciades.

La relació entre metges i hospitals no és en exclusiva. Es pot donar la situació que hospitals que competeixin entre si comptin, ni que sigui parcialment, amb el mateix quadre mèdic. Es comprén que una de les informacions més preuades és la capacitat de facturació dels diferents metges, i existeixen competicions per “fitxar” els millors -en termes de volum de facturació- entre els hospitals.

El més freqüent és que els metges treballin de forma individual o en despatxos professionals en petits grups compartint serveis comuns (secretaria, compres, local, etc.) especialment si són metges generalistes o comunitaris.

Les facultats de medicina són les organitzacions mèdiques per excel·lència. Ofereixen el seu professorat com a quadre mèdic conjunt a un hospital donat. Amb això s'asseguren la capacitat d'oferir docència i l'hospital adquireix el prestigi d'universitari alhora que redueix el nombre d'interlocutors. (Taula 18)

Taula 18: El Baylor College of Medicine al Texas Medical Center

El Baylor College of Medicine de Houston, Texas és una facultat de medicina situada al Texas Medical Center on hi ha diversos hospitals sense ànim de lucre que competeixen entre si (MD Anderson, The Methodist, St. Luke's, Hermann, etc.). Baylor té un acord amb diversos d'aquests hospitals per tal que els seus professors hi exerceixin i els seus alumnes rebin formació.

Poden existir també algunes empreses amb metges contractats, però normalment ho són per serveis específics, com urgències. Però, en general, els hospitals amb una plantilla de metges són una excepció.

Així és fàcil deduir que no existeixen proveïdors d'Atenció Primària estructurats (Taula 19). Aquesta funció l'exerceixen metges individuals, com a molt en petits grups a través de les “Family Practices” que en molts casos tenen accés als “Community Hospitals” -equivalents a hospitals comarcals- on atenen directament els seus pacients.

El pagament que reben és per acte, encara que en algunes comunitats rurals poden existir pagaments per capitació tipus “igualada”. Això succeeix en comunitats aïllades o amb poca població per tal de contractar metges als quals no seria atractiu cobrar per acte pel poc volum de feina (un retrat d'aquesta situació és la pel·lícula ‘Doc Hollywood’ amb M.J. Fox²¹²).

Taula 19: Els inicis de l'Atenció Comunitària als Estats Units (USA)

El Dr. Carles Vallbona és un dels pioners de l'atenció comunitària als Estats Units, des de la seva càtedra al Baylor College of Medicine

Les *managed care Organizations* (MCO's)

El model de *managed care*, com ja s'ha explicat, a diferència del model tradicional requereix de la presència en tots els casos, a més del pacient, de com a mínim quatre agents o funcions: el tercer pagador, les companyies d'assegurament, les organitzacions de *managed care* i els proveïdors, és per tant, un sistema més complex.

1. L'anomenat tercer pagador és qui es fa càrrec del finançament de les pòlisses (normalment l'empresari)
2. Les companyies d'assegurances són les que ofereixen plans d'assegurament..
3. Les organitzacions de *managed care* (MCO) que asseguren a una clientela determinada serveis sanitaris en base a una capitació.
4. Els proveïdors de serveis assistencials.

Una de les característiques fonamentals del *managed care* és que encara que es pugui dibuixar un model teòric^{213 214} de relacions i agents, la seva constant evolució^{215 216} i tendència simultània a la integració vertical²¹⁷ i a la descentralització del risc, el que fa que no es puguin establir tipologies pures ja sigui d'agent, funció o organització.²¹⁸

Seguidament es fa un repàs i es contextualitzen les principals formes organitzatives que s'agrupen sota el paraigües del *managed care*. Al capítol ' Que és el *managed care*' se'n fa una descripció més detallada.

Taula 20 : Tipus de *Managed Care Organizations* (MCO) o Organitzacions que fan *managed care*.

PPO (Preferred Provider Organization)
IPA (Independent Practice Association)
HMO (Health Maintenance Organizations)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HMO 'tipus staff' ▪ HMO 'tipus grup' ▪ HMO 'tipus xarxa' ▪ HMO 'tipus mixt'
PSO Providers Service Organizations o PSN Providers Service Networks

Preferred Providers Organizations PPO

A imatge del programa Medical, Blue Cross i Blue Shield van començar a contractar en funció de preus. Els hospitals i clíniques van posicionar-se oferint descomptes a les asseguradores o directament a les empreses. D'aquesta manera van aparèixer les anomenades PPO (Preferred

Providers Organizations o Organitzacions de Proveïdors Preferits), començant el que després s'anomenaria *managed care*.

Les PPO (Preferred Providers Organizations o Organitzacions de Proveïdors Preferits) es van mantenir el pagament pe acte (*fee-for-service*) però limitant els copagaments i la llibertat d'elecció, alhora que estenien els controls de la utilització de serveis hospitalaris i/o d'alt cost: és la transició del model amb llibertat total d'elecció, a les formes de *managed care*.

Independent Practice Association o Foundation. (IPA)

Les IPA (Independent Practice Association o Associació de Consultes Independents) són associacions de metges. Això vol dir que els usuaris no contracten amb elles, si no amb les asseguradores.

Les IPA (Independent Practice Association o Associació de Consultes Independents) permeten que metges individuals o que treballen en petits grups (Independent Practice) puguin contractar amb una HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) amb una relació no exclusiva -oferint a més serveis administratius i compres centralitzades als seus associats.²¹⁹-. D'aquesta manera un metge pot contractar amb tantes HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) com vulgui i la HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) amb els metges que desitgi. Alhora el metge pot continuar visitant pacients sota la fórmula del pagament per acte.²²⁰

Aquesta ha estat una de les formes amb que els metges han reaccionat davant l'amenaça als seus interessos que suposen les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut). En zones amb una "alta penetració"²²¹ de HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut), és a dir on tenen una elevada quota de mercat, quedar exclòs de la llista de proveïdors de les asseguradores pot suposar una gran pèrdua de clients per un metge determinat. Això permet a les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) forçar grans descomptes sobre les tarifes als metges que volen formar part dels seus quadres facultatius. Dit d'una altra manera, si un metge es queda fora de les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) es queda sense pacients, i si hi entra, té pacients però ha de treballar amb preus més baixos.²²²

Les IPA (Independent Practice Association o Associació de Consultes Independents) han permès als metges guanyar poder de negociació. Si una HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) vol implantar-se en una

determinada àrea on la majoria dels metges són membres d'una IPA (Independent Practice Association o Associació de Consultes Independents), ha de fer ofertes atractives, com no forçar tarifes amb grans descomptes, o pel contrari quedarà fora d'aquell mercat. És una altre exemple de les maniobres per guanyar poder de negociació ²²³,

HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut)

Les HMO o Organitzacions de Manteniment de la Salut, són les que proporcionen realment *managed care*. Són asseguradores –amb o sense ànim de lucre-, que a canvi d'una prima fixa ofereixen assistència integral, és a dir, promoció de la salut, prevenció, assistència curativa, i rehabilitadora a nivell d'Atenció Primària i especialitzada²²⁴. A canvi d'aquesta visió integral i d'unes primes més baixes els usuaris tenen restriccions a l'accés als recursos assistencials, ja sigui per l'existència d'una cartera de serveis limitada, d'un pannel tancat de metges o l'obligatorietat d'acudir primer a un metge d'Atenció Primària abans de l'accés a qualsevol especialista.

Sota el nom d'HMO (*Health Maintenance Organizations*) trobem diverses formes organitzatives:

Staff model

El que les caracteritza és que els metges són tots empleats de la HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut). Un exemple és el Pudget Sound Cooperative al Nord-oest dels Estats Units

Group model

S'estableix un contracte d'exclusiva recíproca entre un grup de metges i una asseguradora. Per exemple, la Kaiser Foundations Health Plan, l'asseguradora, contracta amb un sol proveïdor de serveis mèdics, el Permanente Medical Group, que només atén pacients del primer.

Xarxa

L'asseguradora és qui garanteix la integralitat de l'assistència comprant serveis a diversos proveïdors, que poden no tenir cap relació entre ells.

Mixtes

Aquest títol engloba aquelles asseguradores que combinen diverses fórmules de contractació (metges en nòmina i contractes amb IPA's, contractes amb companyies de Gestió de Patologies, etc.)

PSO Providers Service Organizations/PSN Providers Service Network²²⁵

Les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) són asseguradores sanitàries. Com s'ha indicat són agents dedicats a cobrir el risc financer que genera l'assistència. Han de respondre doncs, a la lògica del negoci de l'assegurament.

En alguns estats (el primer va ser Nova York), les agències públiques de finançament van començar a contractar directament amb xarxes assistencials, obviant l'asseguradora. Amb això es pretén disminuir costos eliminant un intermediari i contractant amb proveïdors sanitaris, que no estan sotmesos a la legislació de l'assegurament. Com que no tenen que mantenir reserves obligatòries (pròpies del negoci assegurador per cobrir riscos), tenen menys costos d'estructura.

Aquestes xarxes s'anomenen Providers Service Organizations PSO o Providers Service Network PSN: Organitzacions de Proveïdors de Serveis o Xarxes de Proveïdors de Serveis.

Cal distingir aquest tipus d'organitzacions de les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) que tenen algunes xarxes assistencials, generalment associades a grans hospitals. En aquests casos una xarxa assistencial crea²²⁶ o compra una HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) com asseguradora que contracta a la seva vegada els serveis de la xarxa. És una forma d'oferir un producte cada cop més demandat alhora que es controlen les condicions de contractació (el proveïdor és el propietari del comprador).²²⁷

Més enllà d'altres mecanismes de competició sembla que tothom busca poder de mercat, la força de la mida, més enllà de les economies d'escala.²²⁸

Això es reflexa en l'onada de fusions i adquisicions²²⁹ que ha creuat els Estats Units, especialment en les zones on la majoria de la població està afiliada a una organització de *managed care*, en situacions que s'anomenen de 'mercat madur'.

Els proveïdors volen créixer per esdevenir atractius per als consumidors, no necessàriament per esdevenir més eficients.

Aquests moviments han fet que tant les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) com els proveïdors que clàssicament no tenien ànim de lucre estan passant cap al lucre, per tal de poder accedir amb més facilitat als mercats de capital, incloent la borsa, per tal d'aconseguir la capacitat financera per a l'expansió.

Els metges, com hem vist, també intenten aconseguir poder de negociació a través de les IPA (Independent Practice Association o Associació de Consultes Independents).

Els patrons, els principals finançadors, no es queden enrera i també actuen de forma conjunta per negociar amb les empreses de *managed care*.²³⁰ Un exemple és The Pacific Group on Health, que agrupa companyies de mida important de l'àrea de la badia de San Francisco a Califòrnia.

Mecanismes i eines

Encara que es pot considerar una tautologia, per motius metodològics es descriuen els mecanismes i eines utilitzats a l'entorn del *managed care* als Estats Units utilitzant el marc conceptual proposat al capítol "Que és el *managed care*".

Tal com s'exposa en l'esmentat apartat els mecanismes i eines que s'utilitzen al *managed care* poden agrupar-se sota quatre grans conceptes:

- E) integració o integritat
- F) control
- G) transferència de risc
- H) transparència

a) Integració o integritat

Com s'ha esmentat anteriorment als Estats Units es parla d'integració quan els serveis assistencials no tenen una funció únicament centrada en la curació a nivell especialitzat, sinó que també fan tasques pròpies de l'Atenció Primària, de prevenció i de promoció de la salut.

Des del punt de vista assistencial, al descriure el model que s'ha anomenat tradicional es feia palès que els usuaris accedien directament als especialistes, en un entorn on l'Atenció Primària juga un paper poc més que testimonial i on el sistema de pagament als metges, el pagament per acte, desincentiva qualsevol activitat que no sigui assistencial. Així la promoció i la prevenció queden relegades.

Tampoc hi ha cap visió longitudinal dels problemes de salut. És a dir, les persones només tenen contacte amb els dispositius assistencials concrets en el cas que presentin un problema que requereixi d'aquella especialitat determinada, sense que hi hagi cap tipus d'integració.

Integració, doncs, correspon al concepte de longitudinalitat que s'utilitza en l'Atenció Primària en el nostre entorn.

La integració comporta que per primera vegada els usuaris poden adquirir un producte assegurador que també inclou activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, Atenció Primària i rehabilitació, a més de la tradicional assistència especialitzada.

D'aquesta manera, les Organitzacions de *managed care*, especialment les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut), tenen programes específics de promoció d'hàbits saludables (com de foment de l'activitat física, consells de dietètica i nutrició, deshabitació tabàquica, etc.) o prevenció (per exemple facilitant la vacunació antigripal o les mamografies).

Aquests programes es porten a terme tant directament amb els clients com a través de les empreses, en el lloc de treball, donat que el principal finançador de l'assegurança és l'empresa.

b) Control

Les eines i mecanismes de control de la utilització dels recursos assistencial són omnipresent en les organitzacions de *managed care* (Taula 21 i Taula 22).

A diferència del model tradicional on els usuaris podien accedir al nivell assistencial i a la tecnologia que desitgessin lliurement (només limitats per la seva capacitat de pagament), en entorns de *managed care* existeix algun grau de limitació. Alhora es controla l'ús que fan els metges dels recursos assistencials.

La justificació de d'aquesta limitació i control està en que, a canvi, es garanteixen uns costos més baixos de l'assegurament, gràcies a l'ús més eficient i adequat dels recursos que s'obté.

En termes pràctics, si un usuari accepta un pannel limitat de proveïdors haurà de pagar una prima d'assegurança més baixa. Per als metge i altres proveïdors acceptar el control els suposarà ser a un pannel el que els garantirà un volum mínim d'activitat. Del contrari es quedaran sense clients.

Taula 21: Mecanismes de control de la utilització de recursos utilitzats als Estats Units (i)

Mecanisme	Exemple
Optimitzar l'ús de les tecnologies de la informació	Història clínica informatitzada ^{231 232} Xarxes informàtiques bases de dades relacionades sistemes de gestió de casos

	sistemes de suport a les decisions ²³³
Plena utilització de les dades disponibles	analitzar i difusió de la informació retroalimentació i formació continuada ²³⁴
Fomentar la competència	
Comparar rendiments	Mesures de rendiment estandarditzades: (HEDIS Health Plan Employer Database and Information Set) ²³⁵
Externalització de serveis quan sigui més eficient	Farmàcia Revisió d'utilització UR Gestió de patologies
Limitació de l'adopció de noves tecnologies no provades	Avaluació de la tecnologia

Taula 22: Mecanismes de control de la utilització de recursos utilitzats als Estats Units (ii)

Mecanisme	Exemple
Fomentar proveïdors alternatius	Rehabilitació i llarga estada Assistència domiciliaria (Home Care) Residències Sòcio-Sanitàries
Restringir el rang de prestacions	Prestacions en relació al pagament (cartera de serveis limitada) possible selecció de risc (com no admetre cardíopates o diabètics) ^{236 237}
Premiar estils de vida saludables	tarifes menors (per exemple a no fumadors)
Responsabilitzar els usuaris	Cribatges inclosos als programes tarifes ajustades al risc copagaments penalitzacions per us inadequat de serveis (com anar a urgències per processos lleus)
Limitar els nombre de subministradors	Formularis de prescripció de farmàcia Genèrics i substitució terapèutica Negociació de descomptes
Identificar i gestionar activament problemes amb potencial alt cost	Èmfasi en la prevenció i la salut monitorització a domicili control del compliment dels tractaments educació dels pacients
Requeriment d'aprovació a priori per la utilització de serveis d'alt cost	Assistència primària com a porta d'entrada al sistema Segones opinions pre-autoritzacions per a ingressos hospitalaris, procediments terapèutics quirúrgics i farmacològics i diagnòstics cars

Subministrar els serveis el més a prop possible del punt on es necessiten	Èmfasi en assistència primària i comunitària Localització dels serveis ambulatoris a prop dels clients Assistència aguda a domicili
Minimitzar l'ús d'equipaments d'alt cost	Revisió de casos per minimitzar l'estada Altes precoces i rehabilitació
Reducció de la sobrecapacitat	Concentrar 'expertise' en centres d'excel·lència Revisió de la utilització (Utilization Review)
Restringir la llibertat d'elecció del metge	Guies de pràctica clínica i protocols Eliminar tests no necessaris
Recerca de les maneres més eficients per assolir el mateix o millor servei	Prescripció eficient (us de fàrmacs d'alt valor terapèutic) Incrementar l'ús de professionals sanitaris de menor cost
Assegurar l'obtenció d'estàndards de qualitat	Monitoritzar <i>outcomes</i> ²³⁸ formularis de compliment del tractament ²³⁹ tècniques de millora continua de la qualitat ²⁴⁰
Minimitzar el cost-shifting	Gestió de malalties
Millores en eficiència administrativa	

Moltes d'aquestes eines són comunes a l'entorn europeu. Cal destacar però, la gestió de patologies i les Pharmaceutical Benefit Management com quelcom endèmic dels Estats Units (USA).

✓Gestió de Patologies

Malgrat la Gestió de patologies ha estat identificada amb el *managed care*²⁴¹, no són el mateix; és simplement una bona pràctica clínica que té conseqüències financeres positives, cosa que és fonamental en l'entorn dels Estats Units. El fet és que la Gestió de Patologies és una eina molt útil per al *managed care*.

La seva raó de ser als Estats Units es deu a la manca d'una Atenció Primària que suporti la longitudinalitat de l'assistència. Pot adoptar múltiples formes de manera que aquesta funció és assumida o be directament per l'asseguradora o be subcontractada a empreses especialitzades.

Com s'ha assenyalat anteriorment hi ha companyies que cobreixen l'atenció integral de diabètics, cardiòpates o hipertensos. Les seves funcions van des de la detecció de persones de risc a l'educació dietètica passant pel subministrament a domicili de la medicació pertinent a recordar la necessitat d'acudir al metge per fer-se els controls pertinents i la formació continuada dels especialistes al càrrec.

En alguns casos la gestió de patologies és un dels serveis de les empreses de Pharmaceutical Benefit Management.

✓Pharmaceutical Benefit Management o PBM

Es preveu que l'any 2000 únicament el 16% de les vendes en farmàcies comunitàries seran finançades directament per l'usuari, mentre que el 80 % ho seran a través d'un Pla o Pòlissa d'assegurament privat (el 1993 la proporció era 50%-35%)²⁴².

Aquesta situació, si bé ha incentivat l'increment del consum de medicaments, ha generat l'aparició d'empreses especialitzades en la gestió de farmàcia, les Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques). Com ja s'ha explicat els seus serveis cerquen la disminució de costos en medicaments de les asseguradores.

Per a les oficines de farmàcia comunitària (ja siguin grans cadenes o independents) la conseqüència més rellevant ha estat la necessitat de pertànyer a una xarxa de farmàcies a fi i efecte de poder continuar dispensant a diferents Plans. Les oficines de farmàcia han tingut que rebaixar considerablement els seus ingressos per unitat dispensada a causa de la forta pressió de les Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) i la competència existent per a mantenir un volum de vendes acceptable. Per exemple, durant l'any 1995 el benefici net per dispensació es situava en 3.90 dòlars en el cas dels particulars i en 0.17 dòlars per dispensació finançada en els Plans de Salut. La possibilitat de sobreviure fora de les xarxes de dispensació és escassa, sobretot per als farmacèutics independents (diàriament cinc farmàcies independents van desaparèixer del mercat durant 1995).

La reducció de beneficis derivada exclusivament de la dispensació, a banda de l'evident impacte negatiu sobre l'economia dels farmacèutics, ha forçat alguns canvis professionals positius, com la necessitat d'ofertar altres tipus de serveis en el punt de venda a efectes de compensar parcialment les esmentades reduccions. És el cas dels serveis que algunes Pharmaceutica Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) proporcionen a les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) dirigits fonamentalment a maximitzar els beneficis de la teràpia farmacològica i minimitzar les seves inefectivitats i ineficiències.

Aquests serveis inclouen remuneracions addicionals a les oficines de farmàcia per la realització d'activitats, com ara, la monitorització i gestió del compliment terapèutic, revisió de la utilització, informació als pacients, etc. Aquests serveis han estat recolzats per les corporacions professionals ja que suposen una ampliació important del paper del farmacèutic en la gestió de pacients i, a la vegada, és també una forma de compensar parcialment els ingressos perduts en l'àmbit de la dispensació. El concepte d'atenció farmacèutica neix, com una resposta a les

pressions i necessitats de l'entorn, que d'una forma clara, incentiva a visualitzar la pràctica habitual de dispensació com una activitat cada vegada menys reconeguda econòmicament i formalment.^{243 244 245}

El sector de les oficines de farmàcia ha respost amb la creació de Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) pròpies que agrupen farmàcies independents²⁴⁶. També han aconseguit regulacions legals que impedeixen que una farmàcia sigui exclosa d'una Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) sempre que compleixi les condicions corresponents. Són les anomenades lleis 'any willing provider'. Malgrat això, les grans Pharmaceutical Benefits Management (PBM o Gestió de prestacions farmacèutiques) controlen la major part del mercat, especialment en les àrees urbanes. A més han estat absorbides per grans companyies farmacèutiques en estratègies d'integració vertical. Aquest és el cas de Medco i MSD o Diversify i Novartis.

c) Transferència de Risc

Ja s'ha explicat que existeixen força mecanismes de transferència de risc (Taula 23). Els mecanismes habituals són el pagament per capitació als metges, les bosses de risc "risc pools" o les retencions "withholds".

Taula 23 : Mecanismes de transferència de risc utilitzats als Estats Units

Mecanisme	Exemple
Reduir incentius perversos que afavoreixen produir activitats clíniques més que <i>outcomes</i>	Pagament prospectiu en lloc de per acte –fee for service- o per estada, pagament per capitació i pressupostos basats en capitacions
Donar incentius al comportament eficient	Permetre la retenció dels estalvis generats pel proveïdor Pressupostos ajustats als riscos i utilització de serveis ²⁴⁷
Negociar volums grans per aconseguir preus baixos	Acords de proveïdor preferent o exclusiu
Control de la satisfacció dels usuaris	Enquestes de satisfacció
Penalització de la ineficiència i actuacions inacceptables	El proveïdor ha d'assumir els dèficits No pagament per serveis innecessaris Possibilitat de perdre el negoci en favor de competidors més eficients

d) Transparència

La transparència és un element bàsic del *managed care*, fruit de l'existència del mercat de l'assegurament i l'assistència sanitària als Estats Units²⁴⁸. Efectivament, el mercat suposa la llibertat d'elecció dels usuaris, que poden escollir asseguradora i proveïdor²⁴⁹ (en funció de la seva capacitat de pagament, és clar). Així, les organitzacions de *managed care* han hagut de guanyar-se un lloc al mercat sanitari²⁵⁰.

La JCAHO (Join Commission on Health Care Organizations o Comissió Conjunta sobre Organitzacions Sanitàries) és una organització sense ànim de lucre creada pels propis proveïdors; pels proveïdors més importants en el que hem anomenat model tradicional, els hospitals. És doncs, una organització destinada a l'auto-regulació. En la mateixa línia hi ha l'AMA (American Medical Association o Associació Mèdica Americana) que agrupa als metges per tal de regular la professió mèdica.

Aquestes dues organitzacions, JCAHO (Join Commission on Health Care Organizations o Comissió Conjunta sobre Organitzacions Sanitàries) i AMA (American Medical Association o Associació Mèdica Americana), han determinat durant dècades els estàndards de qualitat dels proveïdors sanitaris, amb un elevadíssim grau de credibilitat i influència.²⁵¹

Hem citat com, pel contrari, la NCQA (National Committee on Quality Assurance o Comitè Nacional d'Assegurament de la Qualitat), ha estat establerta pels finançadors de l'assistència, els patrons, com a resposta o prevenció davant les acusacions que amb la introducció del *managed care* només es busca estalviar costos sense tenir en compte la qualitat de l'assistència rebuda pels seus beneficiaris, els seus treballadors. La NCQA (National Committee on Quality Assurance o Comitè Nacional d'Assegurament de la Qualitat), doncs, ha de vetllar per la qualitat de l'assistència per desmentir-ho feafentment.

A més vetlla pel conjunt de l'assistència rebuda, com quelcom integral, no només pels proveïdors com ens aïllats, per que el seu control abasta les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut). Com ja s'ha esmentat anteriorment, el resultat dels seus treballs es publica a través del HEDIS ® (Health Employer Data Information Set o Conjunt de Dades i Informació sobre Salut per Patrons) i el Quality Compass que ofereixen informació al públic per tal de facilitar les seves decisions de compra.

Ja s'ha citat també que amb la mateixa finalitat s'ha constituït la Foundation for Accountability (FACT o Associació per la Responsabilitat), una altra organització sense ànim de lucre formada per clients, compradors i representants del govern i que pretén una aproximació a la qualitat més orientada als usuaris.

Les agències públiques d'assegurament, Medicaid i Medicare, exigeixen que les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) amb que contracten siguin declarades Federally Qualified HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut), acreditació que obtenen quan compleixen el Title XIII of the Public Health Services Act.

Legislació

Les organitzacions de *managed care* són asseguradores, per tant el seu marc legal és la legislació referent a assegurances dels estats on es desenvolupen les seves activitats. Són normes que es refereixen fonamentalment a la solvència econòmica, per que tècnicament el seu negoci és cobrir el risc financer de l'atenció sanitària, no l'assistència en si.

En aquest entorn regulador²⁵², orientat a la vessant financera, les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) han pres decisions que han entrat en conflicte amb els interessos dels clients com a pacients i dels proveïdors. Com a resposta s'ha generat legislació relacionada amb elements assistencials. Les més conegudes són les lleis anti "gag rules" (literalment 'mordassa'), anti "drive through delivery" (que podríem traduir com 'part-express') i les "any willing provider" (literalment: qualsevol proveïdor que n'estigui disposat).²⁵³

Les "gag rules" o clàusules mordassa limiten la informació que un metge pot donar als seus clients en relació a alternatives de tractament o diagnòstic. Persegueixen que el pacient no pugui, a la pràctica i per manca d'informació, optar per possibilitats terapèutiques o diagnòstiques amb cost més alt que les que suggereixen els protocols de l'organització que ha contractat el metge. Aquest tampoc pot mostrar-se crític sobre els serveis o procediments administratius, com per exemple si hi ha programes de segona opinió obligatoris.

La legislació que s'ha promulgat prohibeix que les asseguradores incloguin aquest tipus de clàusules en els seus contractes.

La limitació de l'estada post part no complicat a menys de dos dies d'estada mitja com a conseqüència dels mecanismes de contractació de les asseguradores va fer que es comencés a parlar dels 'drive through deliveries' fent un joc de paraules amb els autoserveis de les hamburgueseries (on hom arriba en cotxe, fa la comanda per una finestreta i en minuts té el menjar).

L'AMA (American Medical Association o Associació Mèdica Americana) va establir normes²⁵⁴ de conducta que després es van recollir en legislació on s'establia una estada mínima en cas de part normal de 48 hores.

Les Pharmaceutical Benefits Management són empreses que gestionen la prestació farmacèutica per compte de les asseguradores. Són grans empreses que van començar amb la distribució a l'engròs i detall, a través de farmàcies i la distribució per correu, assolint un considerable poder de mercat. Com a majoristes podien oferir bons preus a les grans asseguradores, a canvi d'això aconseguien contractes amb exclusiva. Això feia que en un territori determinat la majoria d'assegurats acudissin només a les seves farmàcies, deixant fora del mercat els farmacèutics independents. Aquests ni tan sol podien oferir-se a les cadenes de distribució per entrar a la seva xarxa.

Les "any willing providers" o 'qualsevol proveïdor que n'estigui disposat' obliguen a les cadenes de distribució a admetre en les seves xarxes a aquells proveïdors que acceptin la seva forma de treballar (tarifes, marges comercials, sistemes d'informació, etc.).

Aquesta normativa també s'estén als metges i altres proveïdors de serveis sanitaris, que podien ser exclosos d'un determinat quadre si no compleixen els estàndards que fixa l'asseguradora.

Avaluació

Hi ha hagut una gran evolució des de les HMO (Health Maintenance Organizations o Organitzacions de Manteniment de la Salut) sense ànim de lucre dels anys '80 que van servir com a model de comparació. Hi ha molts models i molts mecanismes d'incentivació, en molts casos no publicats que dificulten les comparacions, i per tant, arribar a conclusions²⁵⁵.

El sector assegurador públic (Medicare, Medicaid i el Departament de Defensa) ha realitzat diverses experiències per avaluar la possibilitat d'incorporar el model de *managed care*:

- ✓ Medicare Social/Health Maintenance Demonstration. Aquest programa integra l'atenció socio-sanitària, assistència aguda y altres prestacions com l'odontologia y la farmàcia.²⁵⁹ El resultat va ser una millora en els *outcomes* malgrat que el nou model no va solucionar adientment els problemes crònics, i sense que el programa pogués frenar les despeses significativament²⁶⁰.
- ✓ Medicaid Competition Demonstration. A Medicaid és on s'ha utilitzat més el sistema del *managed care*, arribant al 32% dels afiliats al 1995. S'ha aconseguit limitar la inadequació i

la predictibilitat i control de la despesa, malgrat Medicaid continua tenint problemes financers ²⁶¹

- ✓ CHAMPUS Reform Initiative. Aquest programa del departament de defensa intentava frenar les despeses de l'assistència al personal civil del Departament de Defensa. Es va introduir una modalitat de *managed care* amb pagament per acte als metges, però no es va aconseguir frenar l'escalada de costos ²⁶²

Hi ha un estudi més ampli, el dut a terme per Robinson i Steiner ²⁶³ que han revisat 70 estudis publicats en el període 1990-95 comparant els resultats de les Organitzacions de *managed care* i de models tradicionals. Aquests estudis analitzen 600 observacions de 22 dimensions de rendiment. Les principals conclusions a les que han arribat són que les Organitzacions de *managed care*:

1. Tenen menors nivells d'utilització de serveis, especialment pel que fa la hospitalització ²⁶⁴ tant en nombre d'admissions com d'estada mitja.
2. Utilitzen en menys casos les alternatives terapèutiques i diagnòstiques més cares (per exemple cessaries versus parts) sense pitjors resultats terapèutics (*outcomes*)
3. Realitzen igual o més vistes en consultes externes, excepte en psiquiatria, en que el nombre és molt menor.
4. Fan més èmfasi en la prevenció
5. No s'observen diferències en quant a mortalitat, supervivència, marcadors clínics o estat funcional (*outcomes*) o, si s'observen, són millors
6. Presenten pitjors nivells en la satisfacció dels pacients que consideren que els metges els dediquen temps insuficient i són poc competents
7. No hi ha diferències en quant a accessibilitat ²⁶⁵, especialment de dones, nens i gent gran
8. Tenen millors resultats en el tractament d'IAM (Infart Agut de Miocardi) i càncer
9. Tenen pitjors resultats en el tractament de la depressió
10. Ofereixen igual o millors resultats en el tractament de les malalties cròniques, amb menor nombre d'hospitalitzacions i usos de tractaments inadequats
11. Redueixen la difusió de noves tecnologies ²⁶⁶.

EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

CATALUNYA

CATALUNYA	100
ANTECEDENTS	101
EL MARC CONSTITUCIONAL	103
L'INICI, LES TRANSFERÈNCIES	107
LA PRIMERA ETAPA, LA PLANIFICACIÓ NORMATIVA I L'INICI DE LA DESCENTRALITZACIÓ	113
a) El Mapa sanitari	113
b) Ordre de regulació de l'acció concertada	114
c) Primera Ordre d'acreditació:	114
LA SEGONA ETAPA, LA PRIMERA SEPARACIÓ DE FUNCIONS	118
LA TERCERA ETAPA, LA SEPARACIÓ DE FUNCIONS DE COMPRA I PROVISIÓ (ÉS A DIR LA GESTIÓ)	118
La XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)	119
La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat)	126
La RAP (Reforma de l'Atenció Primària)	136
La separació de funcions	142
La Llei General de Sanitat: la universalització de l'assistència, el Servei Nacional de Salut.	145
La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (un cop s'ha fet, es legisla).	183
QUE S'HA FET: L'ASSIGNACIÓ DE RECURSOS	196
REPTES DEL PRESENT	202
Nou Sistema de pagament	202
El sector privat	209

L'anàlisi que s'abordarà del sistema sanitari català es centrarà en la seva evolució des de la transició democràtica, i, especialment a partir de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, que normativitza i explicita el model, a partir del marc dibuixat per la Constitució (1978), l'Estatut (1979) i la Llei General de Sanitat (1.990).

Taula 24. Cronograma del Model 1.978 a 1.998

Any	Etapes	Marc Legal
< 1.978	Antecedents	Pre-constitucional
1.978	El marc constitucional	Constitució Espanyola
1.979		Estatut d'Autonomia de Catalunya
1.981	L'inici, les transferències	Transferències de les competències en Sanitat
1.981-1984	La primera etapa, la planificació normativa i l'inici de la descentralització	El Mapa Sanitari Ordre de regulació de l'acció concertada Ordre d'acreditació Àrees de Gestió de l'Institut Català de la Salut
1.985	La segona etapa, la primera separació de funcions	Creació de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària
1.985	La tercera etapa, la separació de funcions de compra i provisió (és a dir la gestió)	La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública La Reforma de l'Atenció Primària
1.986	La Llei General de Sanitat: la universalització de l'assistència, el Servei Nacional de Salut.	La Llei General de Sanitat ²⁶⁷
1.991	La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (un cop s'ha fet, es legisla).	Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya ²⁶⁸
1.998	Reptes del present	Nou Sistema de Pagament

Antecedents

Cal ser conscients que el model té unes arrels que van, si es vol, fins l'edat mitjana, o a més recentment, fins l'evolució de l'organització dels serveis sanitaris a partir de la industrialització i la Renaixença a mitjans del segle XIX i que expliquen gran part de les seves característiques particulars.

Exemples d'aquest arrelament en el temps són l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau o molts dels actuals hospitals comarcals, amb més de 500 anys d'història, i les mutualitats com les Aliances i les Mutuals nascudes fa 100 anys.

Com antecedents més propers hi ha l'estatalització de la cobertura sanitària amb l'aparició de les assegurances de malaltia obligatòries a partir dels anys 20 i la seva extensió durant el franquisme.

La transició democràtica amb la Constitució del 1978, i la recuperació de la Generalitat de Catalunya i l'Estatut de 1979 (i els seus desplegaments legals i normatius) estableixen, però, canvis prou rellevants que permeten parlar de Model Sanitari Català.

Si bé existeixen magnífiques revisions i històries del sistema sanitari, seguidament farem un breu repàs dels trets més rellevants (Taula 25).

Taula 25: Antecedents del Model Sanitari Català

Any	Esdeveniment
1.899	Llei de Benèficència, els hospitals de l'església passen a ser municipals
1.920	Consolidació de les Mutualitats i les assegurances obligatòria de malalties.
1.931	L'Estatut de la República crea la Xarxa Pública d'Hospitals de Catalunya
1.948	Declaració Universal dels Drets Humans
1.961	Carta Social Europea
1.966	Pacte internacional dels drets econòmics, socials i culturals

El 1.899 amb la Ley de Beneficiencia els hospitals que pertanyien a l'Església i afectats per la Desamortització passen als ajuntaments i són declarats inembargables. Els alcaldes esdevenen presidents i comencen a elaborar-se estatuts on s'estableix que la seva missió és l'assistència als pobres i necessitats dels pobles. Amb el temps els alcaldes van cedint la gestió a comunitats religioses.

Cap el 1920 els moviments mutuels irrumpeixen amb força, creant-se mútues patronals i mútues obreres per professions. La seva activitat s'orienta al manteniment de la capacitat productiva dels treballadors, deixant de banda altres serveis, com l'assistència a la vellesa.

El 1931, amb la República i l'Estatut de Núria es crea la xarxa pública d'hospitals de Catalunya.

Després de la Guerra Civil el Seguro Obligatorio de Enfermedades (SOE) construeix una Residència Sanitària a cada capçalera de província.

L'estructura demogràfica de Catalunya, amb un bon nombre de ciutats intermitges, a diferència de la resta de l'Estat, feia que una part important de la població no comptés amb aquest tipus d'hospital públic. Aquesta situació portava a que la Seguretat Social necessites contractar els serveis d'altres proveïdors per tal d'atendre als seus assegurats, a través del que s'anomena *concertació* o *concerts*.

Això fa que mentre al conjunt de l'Estat el 70% del llits hospitalaris d'aguts eren propietat del Ministeri de Sanitat i el 30% d'altres titularitats, públiques (diputacions, municipis) o privades amb o sense ànim de lucre (Església, Creu Roja, Mutualitats, etc.) la proporció a Catalunya era inversa.

El 1948 es promulga la Declaració Universal dels Drets Humans on es reconeix el dret a la salut. Espanya, en plena època autàrquica, no és admesa a l'ONU fins el 1.955.

La Carta Social Europea es signa el 1961, malauradament a Espanya encara li queden 27 anys per formar part de la Unió Europea.

Durant el 'desarrollisme' es signa el Pacte internacional de drets econòmics socials i culturals de 1.966, reafirmant el dret a la salut.

Malgrat la situació política, i molts cops des d'un enfoc paternalista, el dret a la salut s'ha anat estenent de forma segmentada però inexorable dins un context internacional favorable a aquesta evolució.

El 20 de novembre de 1.975 mor Francisco Franco, Caudillo por la Gracia de Dios, i s'inicia l'anomenada transició democràtica, que es comença a plasmar en la Constitució de 1978, la Constitució del 'consenso'.

El marc constitucional

El 6 de desembre de 1.978 és aprovada per referèndum la Constitució democràtica.

El model socio-econòmic que propugna és l'anomenada economia social de mercat (encara queden onze anys per la caiguda del mur de Berlín). Es pretén apropar a España a l'anomenat estat del benestar o 'welfare state' amb que compten les democràcies de l'Europa occidental.

En el referent a la salut, a l'article 43 es reconeix el dret a la protecció de la salut i es defineix com una competència dels poders públics l'organització de la salut pública, a través de mesures preventives, prestacions i serveis. Als ciutadans de la tercera edat i als consumidors se'ls reconeix específicament aquest dret.

Legislació 1 Constitució Espanyola, articles 43, 50 i 51. Dret a la protecció de la Salut.

Article 43.

Es reconeix el dret a la protecció de la salut

És competència dels poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris. La llei establirà els drets i deures de tots al respecte.

Els poders públics fomentaran l'educació sanitària, l'educació física i l'esport. Així mateix facilitarà l'adient utilització de l'oci.

Article 50.

Els poders públics garantiran, mercès pensions adients i periòdicament actualitzades, la suficiència econòmica als ciutadans durant la tercera edat. Així mateix, i amb independència de les obligacions familiars, promouran el seu benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els seus problemes específics de salut, vivenda, cultura i oci.

Article 51.

1. Els poders públics garantiran la defensa dels consumidors i usuaris, protegint, mercès procediments eficaços, la seguretat, la salut i els legítims interessos econòmics dels mateixos.

L'article 43 es desenvoluparà en la Llei General de Sanitat i l'article 51 en la Llei de Defensa de Consumidors i Usuaris.

Es defineix un estructura estatal a mig camí entre la descentralització i la desconcentració que es concreta en el model anomenat Estat de les Autonomies. Hi ha 17 comunitats autònomes que tindran diversos graus de competències que aniran adquirint en diferents ritmes. Són el que s'anomenen autonomies de via ràpida i de via lenta.

Catalunya, País Basc, Galícia i Andalusia reben la consideració de comunitats històriques per que abans de la guerra civil havien tingut o varen estar a punt de tenir sengles estatuts d'autonomia. Com a tal esdevenen autonomies de via ràpida, és a dir amb capacitat per assumir el màxim grau de competències en el mínim de temps establert.

Els articles 148 i 149 defineixen quines competències podran ser assumides per les comunitats autònomes i quines romandran en mans de l'Estat de manera exclusiva. Pel que fa a la sanitat es podran transferir a les comunitats les competències en sanitat i higiene. L'Estat es queda amb la sanitat exterior, les bases i coordinació general de la sanitat i la legislació sobre productes farmacèutics.

L'Estat també tindrà competències exclusives en dos àmbits que afecten la configuració del sistema sanitari, especialment el públic: la definició del règim jurídic de les administracions públiques i la regulació de l'obtenció i homologació de títols acadèmics i professionals.

Legislació 2: Constitució Espanyola, articles 148 i 149. Competències de les Comunitats Autònomes.

Article 148.

Les Comunitats Autònomes podran assumir competències en les següents matèries:

...21ª Sanitat i Higiene

Article 149.

L'Estat té competència exclusiva sobre les següents matèries:

...16ª. Sanitat exterior. Bases i coordinació general de la sanitat. Legislació sobre productes farmacèutics.

...18ª. Les bases de règim jurídic de les Administracions públiques i del règim estatutari dels seus funcionaris que, en tot cas, garantiran als administrats un tractament comú entre elles; el procediment administratiu comú, sense perjudici de les especialitats derivades de l'organització pròpia de les Comunitats Autònomes; legislació sobre expropiació forçosa; legislació bàsica sobre contractes i concessions administratives i el sistema de responsabilitat de totes les Administracions públiques.

..30ª. Regulació de les condicions d'obtenció, expedició i homologació de títols acadèmics i professionals i normes bàsiques pel desenvolupament de l'article 27 de la Constitució, a fi i efecte de garantir el compliment de les obligacions dels poders públics en aquesta matèria.

L'article 149 es desenvoluparà, pel que fa a la sanitat, en la Llei General de Sanitat i la Llei del Medicament i la creació del Consejo Interterritorial de Sanidad. L'Estatut d'Autonomia de Catalunya recollirà l'aspiració a comptar amb les competències en matèria de Salut i Higiene.

El 1979 s'aprova per referèndum la Llei Orgànica 4/1979, de 18 de desembre, d'Estatut d'Autonomia de Catalunya, l'anomenat Estatut de Sau.

L'article 9 reconeix com a competències exclusives de la Generalitat en l'àmbit de la sanitat la Higiene i l'ordenació farmacèutica. També ho són els col·legis professionals i l'exercici de les professions titulades i les fundacions benèfico-assistencials, que afecten directament a l'organització de la provisió de serveis sanitaris.

La Generalitat té (com es reconeix a l'article 17 de l'Estatut) la capacitat del desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació estatal en matèria de sanitat interior i productes farmacèutics. Per fer-ho podrà organitzar i administrar tots els serveis i tutelar les institucions, entitats i

fundacions que estan relacionats amb la sanitat i la seguretat social, amb criteris de participació democràtica.

L'Estat a través de l'anomenada Alta Inspecció vetllarà pel correcte exercici d'aquestes competències.

Legislació 3, Estatut d'Autonomia, articles 9 i 17. Competències de la Generalitat.

Article 9:

...són competències exclusives de la Generalitat de Catalunya...

Punt 11. Higiene, tenint en compte allò que disposa l'article 16 d'aquest Estatut.

Punt 19. Ordenació farmacèutica, sens perjudici d'allò que disposa el número 16 de l'apartat 1 de l'article 149 de la Constitució.

Punt. 23. Col·legis professionals i exercici de les professions titulades, sens perjudici d'allò que disposen els articles 36 i 139 de la Constitució.

Punt 24. Fundacions i associacions de caràcter docent, cultural, artístic, benèfic-assistencial i similars, que exerceixin principalment llurs funcions a Catalunya.

Article 17

1. Correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior.

2. En matèria de seguretat social, correspondrà a la Generalitat de Catalunya:

El desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat, salvant les normes que en configuren el règim econòmic.

La gestió del règim econòmic de la Seguretat Social.

3. Correspondrà també a la Generalitat de Catalunya l'execució de la legislació de l'Estat sobre productes farmacèutics.

4. La Generalitat de Catalunya podrà organitzar i administrar amb aquestes finalitats i dintre el seu territori tots els serveis relacionats amb les matèries susdites, i exercirà la tutela de les institucions, entitats i fundacions en matèria de sanitat i seguretat social, mentre que l'Estat es reservarà l'alta inspecció conduent al compliment de les funcions i competències contingudes en aquest article.

5. La Generalitat (..) de les competències que assumeixi en matèria de sanitat i de seguretat social a criteris de participació democràtica de tots els interessats, així com dels sindicats de treballadors i associacions empresarials en els termes que la llei establirà

En resum, Catalunya, com a comunitat autònoma, podrà decidir com organitza la seva sanitat, mentre que l'Estat decidirà el marc, determinant que (quines prestacions). La participació dels interessats i els agents socials (sindicats i organitzacions empresarials) ha de constituir un dels elements fonamentals en el disseny del model.

L'inici, les transferències

El model sanitari heretat del franquisme està caracteritzat per un model molt desintegrat, a nivell de la provisió, assegurement i finançament (Taula 26)

Taula 26 : estructura del sistema sanitari a l'inici de la transició

Grup poblacional	Finançament	Assegurament	Provisió
Treballadors per compte d'altri i familiars	Cotitzacions 'Iguales'	Instituto Nacional de Previsión (INP), creat el 1944	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitals de la Seguretat Social 'SOE-INP' i Concertats ▪ Atenció no hospitalària: metges de contingent de medicina general, i especialistes ▪ Àrees rurals: Metges titulars i APD
Funcionaris i familiars 'règims especials'		<i>Muface</i>	
Treballadors per compte propi assegurats	Primes	Mútues	Hospitals propis
Persones amb capacitat adquisitiva	Propi	auto assegurament	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitals privats ▪ Consultes privades d'especialistes
Indigents	Pressupostos de l'Estat Benèficència	Ministeri de Sanitat Diputacions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitals Provincials ▪ Hospitals de l'Església ▪ Hospitals de la Creu Roja

Els treballadors assalariats, és a dir per compte d'altri, i les seves famílies tenien assegurement sanitari a través de les cotitzacions al Instituto Nacional de Previsión. Aquestes cobrien tant les contingències sanitàries com el finançament de les pensions de tipus contributiu. Una part l'aportava el treballador, la 'cuota obrera' i l'altre l'empresari, la 'cuota patronal'.

L'Instituto Nacional de Previsión va anar absorbint diferents fons d'assegurament lligats a sectors econòmics determinats (agricultura, tèxtil, marina, funcionaris...) i que paulatinament es van anar fent inviables. Alguns d'aquests fons encara subsisteixen amb cobertures totals (Muface per als funcionaris, l'Instituto Social de la Marina) o parcials (Montepio Tèxtil de Malalties per als jubilats d'aquest sector).

Aquest grup de població rebia l'assistència de tipus hospitalari als hospitals que Seguro Obligatorio de Enfermedades, el SOE, havia construït a partir de la dècada dels 50 a les capitals de província, seguint un model de planificació central (de tipus soviètic, en una mostra més del sincretisme per a la supervivència franquista). A Madrid, en coherència amb l'estructura centralista de l'Estat, es concentren els grans hospitals de referència.

España s'omple de 'residencias sanitarias', habitualment batejades amb el nom de prohoms del patriotisme nacional catòlic (Francisco Franco, Alvarez de Castro, etc.), i construïdes seguint un model quasi clònic basat en el model d'hospital vertical dels Estats Units. El perfil assistencial és molt quirúrgic i obstètric, en coherència al grup de població a qui va dirigit.

L'assistència sanitària no hospitalària tenia dos nivells, els metges generals i els especialistes no hospitalaris.

Els metges generals, contractats en règim d'estatutari (l'equivalent a funcionaris de la Seguretat Social) se'ls assignava un 'cupo' (contingent) de 'cartillas'. Es tractava d'unitats familiars on hi havia un 'afiliat o cotitzant', el treballador, i uns 'beneficiaris', la seva família. Un 'cupo' variava entre 1.500 i 3.000 persones, segons les àrees. El treball era individual i la retribució es basava en la capitació: el metge rebia una quantitat mensual per afiliat a canvi del a qual havia de passar visita durant dues hores diàries a un 'ambulatorio' i realitzar visites domiciliaries entre les 8:00 i les 17:00 hores.

El metge disposava de talonaris de receptes proporcionades per la Seguretat Social on prescrivia els fàrmacs. Els usuaris compraven els fàrmacs a les farmàcies (que són privades, encara que el seu establiment està fortament regulat), amb un descompte mínim del 40% si eren cotitzants actius –que es manté actualment-, o les rebien de forma gratuïta en el cas de jubilats.

Taula 27 : fonaments del model de 'metges de contingent (cupo)'

Aquest model es va dissenyar a la postguerra quan hi havia mancança de metges i infraestructures, situació que es va agreujar en zones com Barcelona i el seu cinturó al rebre les allaus migratòries dels anys seixanta. En molts casos al metge se li assignava el contingent i ell havia d'habilitar el local per passar consulta, en barris que s'estaven aixecant. Posteriorment es va anar construint una xarxa d'ambulatorios, fonamentalment a les àrees urbanes, on els metges seguien treballant de forma individual i sense mitjans de suport diagnòstic.

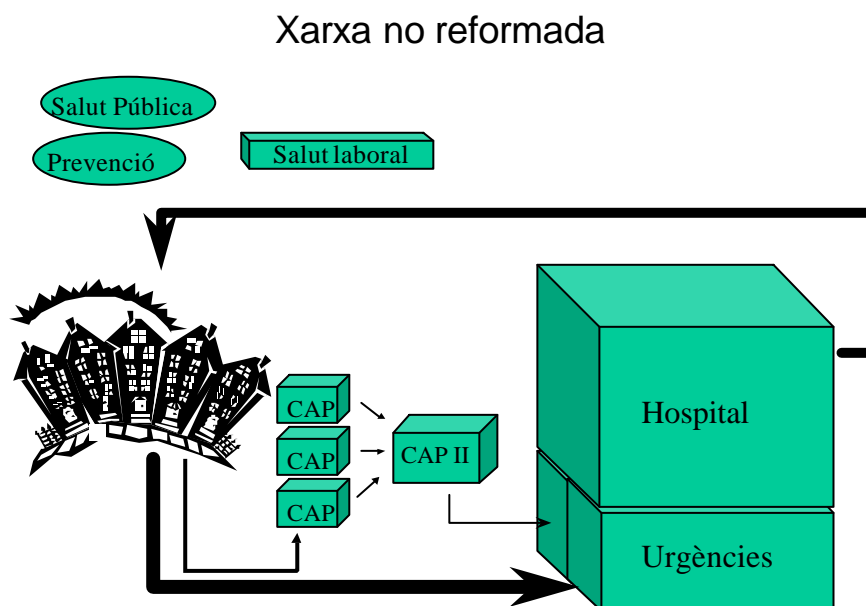
Pels metges era un model atractiu en quant suposava comptar amb uns ingressos mensuals fixes i, com estatutaris, indefinits, a canvi d'una dedicació horària limitada que permetia la compaginació amb l'activitat privada o hospitalària, més lucrativa però més incerta.

A l'entorn rural existia la figura del Metge Titular i els APD (Assistència Pública Domiciliària), amb origen a principis de segle. Aquests metges, que treballen de forma individual, gaudien per llei del monopoli de l'assistència del municipi que tenien assignat, com a incentiu per afavorir que volguessin acudir a les àrees rurals. Si hom volia una atenció més personalitzada no tenia elecció. Rebien un pagament de tipus capitatiu per part de l'Estat per tal d'atendre tota la població.

L'element més positiu del model és que el pagament per capitació i no per acte mèdic incentivava, en principi, a les tasques de promoció i prevenció i que va permetre una extensió de la cobertura –això sí, de qualitat no molt alta- malgrat l'escassetat de metges al sistema.

El model es va anar pervertint, generant situacions que encara s'arrosseguen avui a l'Atenció Primària no reformada. Al no existir un programa de cites, les dues hores de visita diària s'organitzaven de manera que durant la primera hora es donaven tants 'números' com demandants d'assistència es presentaven i es passava visita durant la segona hora, amb el que es podien arribar a atendre a 60 o més pacients per hora. En aquestes circumstàncies és feia impossible la realització d'activitats preventives, la promoció o el comptar amb històries clíniques.

Figura 10 : Atenció Primària no reformada



Al treballar de forma individual, amb temps molt ajustats i sense mitjans diagnòstics com la radiologia o el laboratori, la capacitat resolutiva és mínima. Per al metge, el recurs més ràpid és lliurar una recepta al pacient, per l'usuari, acudir a les urgències d'un hospital.

L'atenció domiciliària era realitzada per metges, generalment més joves, que eren subcontractats pel metge titular del contingent. El metge també podia decidir qui el substituiria durant les vacances. Aquesta situació era afavorida per la manca de mecanismes de gestió i control sobre els recursos humans. Existia la figura de l'Inspector, però la seva funció principal era evitar el frau, centrat en la prescripció farmacèutica (l'anomenat 'tarugo') i la derivació de malalts al sector privat.

Taula 28: que és 'el tarugo'

El 'tarugo' consisteix en receptar molt per damunt de les necessitats dels pacients, fàrmacs amb poc valor terapèutic o fórmules magistrals amb ingredients molt cars d'acord amb un laboratori farmacèutic o farmàcia que donarà una comissió al metge prescriptor.
--

En l'entorn rural el règim de monopoli va generar el fenomen de les 'iguales'. El seu paper era equiparable al de la pràctica de la medicina privada que podien exercir els metges a l'àrea urbana. Aquells que podien pagaven al metge una prima mensual o anual per tal de rebre una atenció més personalitzada o prioritària.

El segon nivell d'atenció estava constituït per especialistes, que treballaven en els anomenats 'ambulatorios de especialidades' on es disposava de mitjans diagnòstics bàsics, radiologia i laboratori, però no tenien accés als mitjans hospitalaris, hospitalització i quiròfans. La seva retribució també era de tipus capítatiu. Eren, en la pràctica, una estació intermitja (que no aportava quasi cap capacitat resolutiva) cap a l'hospital

La relació entre nivells seguia el model anomenat de 'piràmide'. La base estava formada pels metges generals que podien derivar a uns determinats especialistes no hospitalaris, que alhora tenien com a referència un hospital determinat.

L'hospital del SOE típic tenia un caràcter de tipus obert, és a dir, els seus professionals compaginaven l'activitat privada amb la pública. Tenien un perfil quirúrgic i obstètric i la seva activitat era quasi exclusivament assistencial. Si hi havia recerca i docència, tenien un caràcter marginal, donat que eren patrimoni dels hospitals universitaris, generalment els hospitals de la benèficència. En un context de total centralització, la capacitat de gestió era mínima, comptant només amb administradors.

Catalunya presentava una estructura socio-demogràfica diferenciada del conjunt de l'Estat i que es caracteritza per un important teixit industrial fora de les capitals de província (Reus, Manresa, Vic,

Igualada, Granollers, Sabadell, Terrassa, etc.), on el SOE tenia els seus hospitals. Això obliga a la Seguretat Social a contractar assistència hospitalària a altres proveïdors a les zones on no tenia cobertura; aquest són els hospitals de mútuals i municipals. Aquesta contractació s'anomenava Concert.

Els treballadors per compte propi i empresaris no tenien l'obligatorietat de cotitzar al Seguro Obligatorio de Malalties. Aquest sector de la població comptava amb asseguradores de tipus mutual sense ànim de lucre. A Catalunya hi havia una gran preponderància de la petita empresa i el comerç el que va fer que existís un moviment mutual molt important, tant d'abast de tot Catalunya (per exemple la Quinta de Salut l'Aliança) com a nivell local i comarcal (poden citar-se la Mútua Mataronina o La Mútua del Carme al Vallès Oriental). El sector assegurador privat amb ànim de lucre era molt minoritari.

Les prestacions sanitàries hospitalàries s'oferien a través d'hospitals propis que funcionaven amb règim obert. Es tractava generalment d'hospitals petits o mitjans eminentment quirúrgics. L'atenció no hospitalària es donava als despatxos de pràctica privada dels metges generals i especialistes que rebien un pagament per part de la mútua o be capitiatiu o bé per acte.

Els funcionaris i altres col·lectius podien optar anualment per la cobertura a través de l'assegurament públic o del privat, encara que l'assegurament era a través de Muface. El funcionari (o treballadors d'altres col·lectius amb el que es deia 'règim especial') cotitza a la Seguretat Social, aquesta li traspassava el fons a Muface o als altres 'entitats gestores dels règims especials' i aquest, en forma de capitació no ajustada, a la mútua o asseguradora privada, d'acord a l'elecció del funcionari.

Les persones amb capacitat adquisitiva i que optaven per l'anomenat auto-assegurament (és a dir, que en cas d'emmalaltir pagaven de la seva butxaca les despeses generades) rebien l'assistència sanitària no hospitalària als despatxos de pràctica privada i, quan requerien assistència hospitalària acudien a petites clíniques de perfil quirúrgic, generalment propietat dels propis metges (per exemple la Clínica Plató, l'Institut Barraquer o la Clínica Tres Torres).

La població no assegurada i sense capacitat de pagament, el que s'anomena població indigent, rebien atenció a través de la benèficència en centres hospitalaris, vinculats a l'Església, les Diputacions i Municipis i entitats com la Creu Roja. Eren hospitals de perfil mèdic i amb un component docent important.

Les facultats de Medicina tenien com hospitals docents els grans hospitals de les Diputacions, com l'Hospital Clínic de Barcelona, o l'Església, com l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Habitualment els metges que assistien a aquests hospitals ho feien gratuïtament. Els seus ingressos o be provenien de la universitat com a professors i catedràtics, i de la pràctica privada

que els aportava el prestigi acadèmic o bé acudien motivats pel que avui en dia en diríem formació continuada i solidaritat.

Aquesta situació de desintegració va fer que en molts municipis intermitjos catalans existissin com a mínim dos centres hospitalaris, el de benèficència, batejat amb el nom d'algun sant (Sant Jaume, Sant Joan, Sant Llätzer...) lligat a l'Església i a l'Ajuntament i el de la Mútua patronal o Obrera. A les capitals de província a més hi havia el gran hospital del SOE.

A Barcelona, que té deu cops més habitants que la mitja de ciutats intermitjes (1.5 milions davant 100.000 habitants) l'escal'es multiplica, tant pel que fa al número i titularitat de centres com a la seva mida.²⁶⁹

Taula 29: El paper de Barcelona al model

El fet diferencial de Barcelona, tant pel que fa a l'oferta com a la demanda, és quelcom indubtable que fa que no es pugui extrapolar el model comarcal a l'àrea urbana d'una manera mimètica. Certament, podem constatar que ens trobem davant dues realitats, que estan obligades a conviure o si més no a coexistir durant tot el període de bastiment del model, malgrat constantment es vagin fent paleses les seves diferències i contraposicions.

El 1978 es decideix compartimentar la gestió les prestacions de la Seguretat Social, per una banda les sanitàries i per altra de les econòmiques, bàsicament les pensions: es crea l'Institut Nacional de la Salut, l'Insalud (Reial Decret 36/1978 de 16 de novembre), com a entitat gestora de la Seguretat Social per a la prestació d'assistència Sanitària i que passa a gestionar per tant els centres sanitaris del Seguro Obligatorio de Enfermedades (SOE).

A Catalunya el partit governant, és, des de 1.980, Convergència i Unió (CiU), una coalició entre un partit membre de la Internacional Lliberal (Convergència Democràtica de Catalunya) i un Demòcrata Cristià (Unió Democràtica de Catalunya). Jordi Pujol, metge, és el President de la Generalitat de Catalunya.

L'ajuntament de Barcelona (successivament amb Narcís Serra, Pascual Maragall i Joan Clos – metge-) i de la majoria de poblacions intermitjes de Catalunya són governats pel Partit Socialista de Catalunya, federat al PSOE (PSC-PSOE) també de forma continuada.

El 1981, a través del Reial decret 1517/81 de 9 de juliol es transfereixen les competències de l'Insalud i l'Insero (Institut Nacional de Serveis Socials) a la Generalitat i s'assignen al Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS).

Catalunya i el País Basc són les primeres comunitats autònomes en rebre les transferències en matèria de Sanitat, d'acord amb els seus estatuts i condició de comunitats autònomes històriques. Començava una experiència inèdita a l'Estat.

La primera etapa, la planificació normativa i l'inici de la descentralització

Un cop rebudes les transferències es crea la Direcció d'Assistència Sanitària (DGASS) al si del Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS). Les seves funcions són:

- la planificació,
- el finançament,
- la gestió directe dels dispositius assistencials heretats de l'Insalud²⁷⁰ (hospitals i atenció no hospitalària), i
- el manteniment del règim de Concerts, és a dir la compra de serveis a altres centres de titularitat diversa

La planificació normativa és aquell exercici de planificació conduït a través de normes o estàndards. Per exemple determinar el número de llits hospitalaris a partir d'estàndards com el número de llits per habitant o el número de metges generals necessaris a partir de l'estàndard número d'habitants per metge.

Aquesta metodologia de planificació es considera avui en dia parcialment superada sobretot amb l'aparició de les alternatives a l'hospitalització i el desenvolupament de l'Atenció Primària, però a principis dels anys 1.980 era plenament vigent

El producte d'aquesta planificació són:

- a) El Mapa Sanitari iniciat el 1.981 i aprovat el 1.984
- b) Ordre de regulació de l'acció concertada de 1.981
- c) Ordre d'acreditació de 1.981

a) *El Mapa sanitari*

de 1.981, aprovat pel Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya el 9 de febrer de 1.984

La Generalitat Provisional (constituïda prèviament a l'aprovació de l'Estatut) va començar el desenvolupament del Mapa Sanitari el 1981, que va ser finalment aprovat el 1.984.

El Mapa Sanitari és un conjunt de documents on es determinen les necessitats dels diferents dispositius assistencials d'acord amb criteris tècnics de planificació normativa i polítics, lligats al re-
equilibri territorial i a la potenciació de l'estructura comarcal. Les comarques, de llarga tradició catalana, agrupen al voltant de 20 municipis i havien de constituir el segon nivell de l'administració local en contraposició a l'estructura provincial, associada al centralisme franquista

La definició del mapa (més exactament mapes) sanitari va fer que es determinés quin era el número de proveïdors desitjats, limitant la possible competència. Com a contrapartida, es dibuixava un escenari a llarg termini que permetria l'assoliment de pactes i consens.

b) Ordre de regulació de l'acció concertada

de 20 de novembre de 1981

Com es pot observar per les dates de publicació (amb un sol dia de diferencia), l'Ordre de regulació de l'acció Concertada i l'Ordre d'acreditació estan íntimament lligades.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, concretament la Direcció General d'Assistència Sanitària (DGASS), assumeix amb aquesta ordre de forma efectiva les seves competències en quant a la contractació d'aquells proveïdors que li són necessaris per a prestar assistència sanitària a la població coberta per la Seguretat Social, i que fins aleshores eren contractats des dels organismes centrals de l'Estat.

A Catalunya, com s'ha vist, aquests proveïdors que no tenien titularitat de la Seguretat Social, suposaven el 70% dels llits hospitalaris, mentre que els que gestionava directament, els que venien de l'Insalud, eren el 30%. A la resta de l'Estat la proporció era inversa. Aquest fet marca, indubtablement, l'evolució del model de provisió de serveis sanitaris amb finançament públic.

c) Primera Ordre d'acreditació:

21 de novembre de 1981.

L'Ordre d'acreditació va tenir un fort impacte, reduint el número d'hospitals susceptibles de ser contractats (d'establir un concert) de 143 a 68. L'aplicació d'una mesura tan traumàtica va requerir d'un important consens polític i de la visió a mig i llarg termini que aportava el mapa sanitari.

Els proveïdors, amb el Mapa Sanitari, l'Ordre de Concertació i els requeriments de l'Acreditació tenien prou dades com per prendre decisions estratègiques. Aquestes eren fonamentalment quatre:

1. Optar a ser contractats pel sistema públic com a centre hospitalari d'aguts. Per això havien d'oferir un servei previst en el Mapa Sanitari i fer les inversions necessàries per adequar la seva estructura als requeriments de l'Acreditació. A canvi entraven en un mercat amb la

competència limitada i amb un relació a llarg termini amb el que es preveia seria el principal comprador del mercat sanitari, el sector públic.

2. Reconvertir-se, oferint serveis d'hospitalització de llarga estada i convallescència, quan a els seus serveis eren redundants en funció del previst al mapa sanitari i la inversió necessària per assolir l'acreditació com hospital d'aguts era excessiva. Aquest centres esdevindrien el que s'ha anomenat xarxa sòcio-sanitària, que actualment és la més extensa de l'Estat, amb més de 5.000 places.
3. No optar a oferir serveis al sector públic.
4. Tancar el centre.

L'establiment del procediment d'acreditació, el pioner a l'Estat²⁷¹ i només aplicat al País Basc i València, té implicacions en tres dimensions bàsiques. En primer lloc, com s'ha vist, en la planificació, ordenant els recursos, en segon lloc en l'establiment de nivells de qualitat, finalment en el finançament.

L'enfoc de l'acreditació utilitzat l'any 1981 és molt pragmàtic, s'opta per una opció que a més de millorar la qualitat, permetrà assolir dos objectius relacionats amb el finançament: la sistematització de nivells assistencials i l'establiment estàndards per a l'estimació de costos. Aquesta és l'acreditació d'estructura

L'acreditació d'estructura consisteix en l'establiment d'uns nivells mínims d'infraestructura (com la mida de les habitacions o número de quiròfans), d'equipament (com equips de radiologia o autoclaus), de recursos humans, en número i formació (com el número de metges d'una determinada especialitat o el número d'infermeres) i de sistemes d'informació (com la disponibilitat d'història clínica). El principi que fonamenta aquest enfocament és que si be la disponibilitat d'una estructura determinada no és garantia de qualitat, si que és una condició necessària.

L'acreditació d'estructura és fàcil de portar a terme: es realitza aplicant un qüestionari als centres on es recull la informació desitjada, per altra banda fàcilment aconseguible (m2, plantilla, inventari d'equipament, etc.).

Taula 30: l'acreditació

És conegut que no hi ha una relació directe entre les intervencions que es realitzen pel manteniment o el restabliment de la salut i el resultat finalment obtingut. Efectivament, la salut és quelcom sobre el que intervenen múltiples factors, a més de les intervencions que pot oferir el sistema sanitari, molts dels quals no són controlables com la genètica, l'ambient o els estils de vida. Aquesta influència pot ser tant afavorint l'assoliment dels objectius desitjats, el restabliment de la salut o la prevenció de la malaltia, com actuar en contra.

Així doncs, si mesurem el resultat, podem arribar a conclusions equivocades sobre la qualitat de les intervencions realitzades per l'efecte de les variables no controlades.

D'aquesta manera el que hauríem de fer per una valoració apropiada és analitzar el procés assistencial (entès no només com restaurador de la salut si no en les seva vessant preventiva i de promoció de la salut). Hem d'assegurar-nos que actuem de forma correcta, amb qualitat. Així, encara que som conscients que el resultat final no depèn només de l'actuació dels serveis sanitaris, si que podem assegurar que aquests hauran influït tant bé com hauran pogut per la part que els toca.

Aquest principi és el que regeix la valoració de la responsabilitat mèdica davant la Justícia. Davant un resultat advers d'un acte assistencial el metge queda exonerat de responsabilitat si demostra que ha actuat correctament.

Si bé l'avaluació de processos – i la d'alguns resultats- és l'orientació que s'està donant actualment a l'abordatge de la qualitat²⁷², ens hem de situar a la realitat de l'inici dels 1980 i és en aquest punt on es fa palès el pragmatisme.

L'avaluació de processos és quelcom altament complex: hi ha molts processos assistencials composts per centenars d'etapes diagnòstiques i terapèutiques. Cal doncs manegar una quantitat ingent d'informació per poder fer una anàlisi adient.

Les tecnologies de la informació (la informàtica, tant a nivell de maquinari com de programari) que permeten fer-ho tenen llavors un desenvolupament i uns nivells d'accés en l'entorn sanitari que podríem qualificar d'incipients en comparació amb els nivells actuals. És per això que s'opta per l'avaluació de l'estructura.

El resultat de l'aplicació de la normativa d'acreditació suposa que molts dels centres de tradició centenària i els de petita mida quedin potencialment exclosos de la possibilitat de concertació. Els primers són típicament els hospitals comarcals, els segons centres quirúrgics de propietat privada.

La llei s'aplica de forma consensuada pel que no hi ha, pràcticament cap situació irreversible, de manera que o bé s'endeguen obres de rehabilitació mantenint-se la concertació o bé es reconverteixen a centres socio-sanitaris.

Paral·lelament s'ha assolit la classificació dels hospitals en 4 nivells assistencials en funció de la seva estructura, i d'aquesta manera, indirectament, s'homogeneïzen els costos esperats: estructures similars han de tenir costos similars. Si un centre disposa d'algun element estructural per damunt del grup on ha quedat classificat, pot inferir que haurà d'ajustar-lo.

No hem d'oblidar que el ventall tecnològic de l'inici dels 1980 era molt més limitat que l'actual (per exemple el TAC era una novetat tecnològica i la SIDA no havia esclatat). A més, els hospitals que concentraven els grans equipaments tecnològics del moment, com les Unitats de Cures Intensives, eren els hospitals propis de la Seguretat Social, i que per tant no estaven sotmesos a contractació.

Posteriorment s'ha anat actualitzant els criteris d'acreditació (Taula 31) d'acord amb l'assoliment de nivells mínims, per tal d'incrementar la qualitat, adaptar-se als nous requeriments tecnològics que han anat apareixent, tot i fent participar el màxim d'agents implicats (Administració, Col·legis professionals i Associacions de proveïdors)-

Taula 31 : Principal legislació sobre acreditació

- ⇒ Ordre de 21 de novembre de 1981, regulant l'acreditació de centres sanitaris i assistencials a Catalunya²⁷³
- ⇒ Ordre de 25 d'abril de 1983 per la que es regula l'acreditació de centres i serveis assistencials a Catalunya²⁷⁴
- ⇒ Ordre de 16 d'agost de 1988 per la que es crea la comissió assessora per a l'acreditació de centres hospitalaris²⁷⁵
- ⇒ Ordre de 10 de juliol de 1991 d'acreditació de centres hospitalaris²⁷⁶
- ⇒ Ordre de 6 de novembre de 1992 de modificació de l'Ordre de 16 d'agost de 1988 per la que es crea la comissió assessora per a l'acreditació de centres hospitalaris²⁷⁷

El desembre de 1983 es crea l'Institut Català de la Salut (ICS), amb la Llei d'administració Institucional de la sanitat, Assistència i Serveis Socials de Catalunya (Llei 12/1983). La seva funció és la gestió dels serveis i prestacions sanitàries de la Seguretat Social a Catalunya que estan al càrrec de la DGASS (Direcció General d'Assistència Sanitària).

Les seves funcions són la gestió directa dels hospitals i centres d'Atenció Primària titularitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb personal estatutari i sotmès al règim administratiu, i la compra serveis a altres centres de titularitat diversa, a través del mecanisme de la concertació.

L'ICS (Institut Català de la Salut) comença la dinàmica de la descentralització. El Decret 572/83 d'Ordenació de les àrees de gestió de l'ICS (Institut Català de la Salut) es crea la figura de gerent d'Àrea Assistencial. La seva funció és la gestió dels recursos assistencials, tant d'atenció hospitalària com no hospitalària d'un àmbit territorial determinat.

Al mateix temps alguns hospitals davant el nou escenari de la concertació i l'acreditació comencen a contractar gerents, en contraposició als clàssics administradors. Es contracten professionals amb perfil gerencial, no mèdic, provinents d'altres sectors com enginyers industrials o economistes.

Els gerents hauran de començar a gestionar en l'entorn heretat de les transferències, un sistema d'Atenció Primària sense capacitat resolutiva i altament insatisfactori per la població, uns hospitals amb estructures obsoletes i molt ineficients sense cap cultura ni tradició de gestió. I les expectatives de la població creixent: el 1.982 Espanya havia entrat a la Comunitat Europea, ja érem, per fi europeus.

La segona etapa, la primera separació de funcions

El 1.985 la Direcció General d'Assistència Sanitària es va dividir en dos. La Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària (DGOPS) i el ja existent l'Institut Català de la Salut (ICS).

La DGOPS (Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària) es va quedar amb les funcions de planificació i es va traspasar a l'ICS (Institut Català de la Salut) la resta de funcions

D'aquesta manera l'ICS (Institut Català de la Salut) va assumir el finançament, la gestió directe, centralitzada i jerarquitzada dels hospitals i Centres d'Atenció Primària provenint de la Seguretat Social i la compra de serveis a altres proveïdors de titularitat diversa, a través dels concerts.

La tercera etapa, la separació de funcions de compra i provisió (és a dir la gestió)

La creació de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) i la RAP (Reforma de l'Atenció Primària) el 1985 senten les bases per a la separació de les funcions de compra i provisió perquè donen personalitat pròpia als hospitals i a l'Atenció Primària

La XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)

El Mapa Sanitari preveia la creació d'una xarxa hospitalària de caràcter públic que, amb independència de la titularitat jurídica dels hospitals que la integrin assoleixi l'objectiu de prestar assistència als beneficiaris de la Seguretat Social. D'aquesta manera es podrà continuar amb l'esforç planificador y racionalitzador. El primer pas és la creació d'una xarxa d'atenció de malalts d'aguts que després hauria de ser amplificada amb els centres de llarga estada.

Haguessin fet falta, diu el Dr. Trias el 1990 en el debat per a l'aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, 50.000 milions de ptes per desplegar una xarxa de propietat pública amb una cobertura anàloga a la de l'Insalud. Actualitzats a 1998 en funció de l'IPC serien entre 128.600 (inflació de l'Estat) i 137.000 (inflació de Catalunya) milions de ptes.

Com que això no era possible, no queda més remei que comptar amb els recursos que la història ha posat a disposició del sistema sanitari. Amb aquest objectiu es va promulgar el Decret 202/1985 de 15 de juliol de creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)²⁷⁸.

La creació de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) és, potser, la clau de volta de l'anomenat sistema sanitari català. Va ser fruit, del pragmatisme, d'un matrimoni entre la visió política a llarg termini i la necessitat.

La llei fa un plantejament a l'exposició de motius, que si es pren al peu de la lletra, pot interpretar-se com una expropiació, per que l'autoritat sanitària pública es reserva totes les funcions del sistema, del finançament a la planificació i a la gestió. La realitat de la seva aplicació, però ha anat en una direcció oposada.

Legislació 4 Decret 202/1985 de 15 de juliol de creació de la XHUP, exposició de motius

Es crea la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) com a instrument adreçat a la prestació de l'assistència sanitària pública a aquells pacients que requereixin atenció hospitalària. L'objectiu és assolir una ordenació hospitalària que permeti l'adequada homogeneïtzació de les prestacions assistencials així com la utilització òptima dels recursos humans i materials. El Departament de Sanitat i Seguretat Social planificarà l'assistència hospitalària pública a través de la Xarxa i determinarà el nivell de participació assistencial de cada hospital a la xarxa.

Els requisits per formar part de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) demostren aquest interès planificador i de supervisió directe.

Legislació 5 Decret 202/1985 de 15 de juliol de creació de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), Requisits per formar part de la XHUP.

- a) Estar previst al Mapa Sanitari
- b) Estar acreditat
- c) signar un conveni amb l'Institut Català de la Salut per a la prestació d'assistència sanitària als beneficiaris de la Seguretat Social
- d) compromís d'adaptar el seu pla de compres i els seu sistema de comptabilitat analítica a l'estàndard per a centres hospitalaris que establirà el Departament de Sanitat i Seguretat Social d'acord amb el Departament d'Economia i Finances.
- e) Subministrar els indicadors de gestió que s'estableixin i ajustar la gestió dins els límits fixats per la Generalitat.
- f) Facilitar els corresponents resums d'altres dels pacients ingressats d'acord amb els models normalitzats que seran establerts reglamentàriament.
- g) Desenvolupar una unitat de control de qualitat interna de la forma i característiques que reglamentàriament s'assenyalarà
- h) facilitar una auditoria anual d'acord amb les directrius que establirà el Departament d'Economia i Finances
- i) Presentar cada any un pla triennal, que haurà de contenir les previsions en recursos humans i el programa d'inversions

Com a contrapartida, el Decret preveu que la integració d'un centre hospitalari a la Xarxa permetrà la seva participació en els programes sectorials i territorials, programes d'urgències hospitalàries, plans d'emergència així com la seva coordinació i desenvolupament de tasques de suport a l'Atenció Primària.

En altres paraules, a través de l'assignació de quotes de producció i els programes, li assegura una quota de mercat, (encara que restringida), per que, a més, assenyala que els centres hospitalaris que no pertanyin a la xarxa podran establir convenis per a l'atenció a malalts de cobertura pública solament amb caràcter excepcional i per una durada limitada.

Els hospitals que formen la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) en el moment de la seva fundació apareixen a la taula següent (Taula 32). Es pot apreciar com la majoria d'hospitals d'alta tecnologia i universitaris es troben a la capital de província i són de titularitat del ICS. Són grans hospitals, en contrast amb els hospitals comarcals que escassament arriben als 200 llits. A algunes capitals de comarca a més, conviuen dos, tres i fins quatre d'aquests hospitals.

Taula 32 :Hospitals que constitueixen la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) a las seva creació el 1995. Llits i titularitat en el moment dels traspassos (1991) –Catálogo Nacional de Hospitales 1992 Ministerio de Sanidad y Consumo-

Àrea de Gestió I	Lleida	Llits	Tipus	Titularitat
Hospital de Tremp.	Tremp	38	B	Privat sense ànim de lucre
Sant Hospital	La Seu d'Urgell	86	B	Municipal
Hospital de Lleida Arnau de Vilanova	Lleida	264	TU	ICS
Quinta de Salut la Aliança	Lleida	130	R	Privat sense ànim de lucre
Hospital Provincial de Lleida	Lleida	352	B	Diputació
Area de Gestió 2	Tarragona			
Hospital de Sant Joan	Reus	150	RU	Municipal
Hospital de Tarragona 'Joan XXIII'	Tarragona	418	TU	ICS
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	Tarragona	164	B	Esglesia
Hospital de Creu Roja	Tarragona	108	B	Creu Roja
Area de Gestió 3	Tortosa			
Hospital de Girona 'Dr. Josep Trueta'	Girona	293	TU	ICS
Hospital Provincial Santa Caterina	Girona	189	B	Diputació
Clínica Girona SA	Girona	162	B	Privat amb ànim de lucre
Hospital de Figueres	Figueres	100	B	Benèfic particular
Hospital de Palamós	Palamós	50	B	Benèfic particular
Hospital de Sant Jaume	Olot	112	B	Benèfic particular
Hospital Comarcal de la Selva	Blanes	63	B	Benèfic particular
Hospital de Campdevàrol	Campdevàrol	34	B	Benèfic particular
Hospital de Puigcerdà	Puigcerdà	82	B	Municipal
Area de Gestió 5	Costa de Ponent			
Hospital Residència Sant Camil	Sant Pere de Ribes	283	B	Privat sense ànim de lucre
Hospital Comarcal Sant Antoni Abad	Vilanova i la Geltrú	106	B	Benèfic particular
Hospital Comarcal	Vilafranca del Penedès	96	B	Municipal
Hospital General de la Mútua Igualadina de Previsió	Igualada	147	B	Privat sense ànim de lucre

(continuació)

Sant Hospital	Igualada	110	B	Privat sense ànim de lucre
Hospital de Sant Joan de Déu	Martorell	112	B	Benèfic particular
Hospital de Sant Boi	Sant Boi de Llobregat	157	B	Privat sense ànim de lucre
Hospital de Bellvitge 'Prnceps d'Espanya'	L'Hospitalet de Llobregat	1.011	TU	ICS
Hospital Creu Roja	L'Hospitalet de Llobregat	263	B	Creu Roja
Hospital de Sant Joan de Deu	Esplugues de Llobregat	400	M	Esglesia
Area de Gestió 6	Barcelonés Nord i Maresme			
Hospital de Badalona 'Germans Trias i Pujol'	Badalona	**	TU	ICS ** el 1981 encara no era obert
Hospital Municipal de Badalona 'Santa Maria i Sant Josep'	Badalona	83	B	Municipal
Hospital de l'Esperit Sant	Santa Coloma de Gramenet	183	B	Benèfic particular
Hospital Sant Jaume	Calella	118	B	Municipal
Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena	Mataró	148	B	Benèfic particular
La Aliança Mataronense	Mataró	219	B	Privat sense ànim de lucre
Area de Gestió 7	Centre			
Hospital de Sant Andreu	Manresa	174	B	Benèfic particular
Centre Hospitalari de Manresa	Manresa	262	B	Privat sense ànim de lucre
Hospital Sant Joan de Déu	Manresa	150	B	Esglesia
Sanatori Sant Josep	Manresa	162	B	Esglesia
Centre de Reanimació Cardíaca – Unitat Coronària-	Manresa	32	M	Privat sense ànim de lucre
Hospital Sant Bernabé	Berga	120	B	Municipal
Hospital de Sant Celoni	Sant Celoni	60	B	Benèfic particular
Clínica de Socorros Mútuos	Mollet del Vallès	140	B	Privat sense ànim de lucre
Hospital General de Granollers	Granollers	224	B	Municipal
Hospital Mútua de Terrassa	Terrassa	608	R	Privat sense ànim de lucre
Hospital de Sant Llätzer	Terrassa	321	B	Benèfic particular

Quinta de Salut La Aliança	Sabadell	115	B	Privat sense ànim de lucre
Clínica Infantil Nen Jesús	Sabadell	200	M	Privat sense ànim de lucre
Hospital Mare de Déu de la Salut	Sabadell	100	B	Benèfic particular
Clínica Santa Fe	Sabadell	213	B	Privat sense ànim de lucre
Hospital de la Santa Creu	Vic	172	B	Benèfic particular
Area de Gestió 8	Barcelona Ciutat			
Hospital de la Creu Roja	Barcelona	295	R	Creu Roja
Hospital General Nostra Senyora del Mar	Barcelona	425	R	Municipal
Quinta de Salut la Aliança	Barcelona	605	R	Benèfic particular
Hospital de Sant Rafael	Barcelona	204	B	Benèfic particular
Hospital de Malalties Reumàtiques	Barcelona	34	M	ICS
Hospital General de la Mare de Déu de l'Esperança	Barcelona	231	B	Municipal
Hospital Sagrat Cor. Quinta de Salut la Aliança	Barcelona	405	B	Benèfic particular
Casa Provincial de Maternitat	Barcelona	316	M	Diputació
Institut Policlínic Plató	Barcelona	185	B	Benèfic particular
Hospital Clínic i Provincial	Barcelona	1001	TU	Ministeri d'Educació i Ciència
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Barcelona	896	TU	Benèfic particular
Ciutat Sanitària Vall d'Hebron	Barcelona	2.308	TU	ICS
Fundació Puigvert	Barcelona	170	M	Privat sense ànim de lucre
Subtotal ICS		4.328	26%	
Subtotal no ICS		12.031	74%	
Total		16.359		

B: Hospital General Bàsic

R: Referència

T: alta tecnologia (trasplantament, uci...)

U: Universitari

M: Monogràfic

Entre els hospitals que no són de l'Institut Català de la Salut es poden apreciar dos subgrups prou rellevants: els hospitals de propietat municipal i la resta d'entitats com l'Església, la Creu Roja i Mútues. Els primers van associar-se formant el Consorci Hospitalari de Catalunya i els segons la Unió Catalana d'Hospitals.

Taula 33 : El Consorci Hospitalari de Catalunya i la Unió Catalana d'Hospitals

A principis dels vuitanta molts dels hospitals municipals estaven en una situació financera crítica i amb unes estructures obsoletes (edificis de més de cent anys, sense equipaments, etc.). Alhora representaven en molts casos la partida més important dels pressupostos municipals, molts cops significaven més de la meitat de tot el pressupost. Això hipotecava la capacitat de despesa municipal en un moment on els Ajuntaments, recentment democràtics, volien invertir. Es donava la circumstància a més, que la majoria de municipis amb hospital eren regits per alcaldes del Partit dels Socialistes de Catalunya, l'oposició al govern de la Generalitat, que era qui assignava els recursos als hospitals.

Aquesta confluència d'interessos va fer que cristal·litzés el Consorci Hospitalari de Catalunya, com un lobby format pels municipis amb hospital per tal de defensar els seus interessos (després ha esdevingut un grup de representació, serveis i empreses <http://www.chc.scs.es>). Més tard va néixer la Unió Catalana d'Hospitals que agrupava els centres que no tenien cap administració com a titular.

És important assenyalar que tant el Consorci Hospitalari de Catalunya com la Unió Catalana d'Hospitals són una associació en la que els seus membres conserven la seva personalitat jurídica i llibertat d'actuació, a diferència del grup públic ICS (Institut Català de la Salut) que té una estructura centralitzada. En altres paraules, quan l'ICS (Institut Català de la Salut) com a corporació acorda una mesura, aquesta és d'obligat compliment pels seus hospitals, mentre que els acords del Consorci i de la Unió són de compliment voluntari.

El mateix any es va promulgar la Llei 4/1985 de 29 de març de creació d'empreses públiques. Amb aquesta llei es reforçava la idea de defugir el marc administratiu per a la gestió de centres, malgrat aquests fossin de titularitat pública. Aquesta normativa permet que l'Administració creï una empresa de la qual en sigui l'accionista majoritari però, com a empresa, no estigui sotmesa al dret administratiu ni els seus treballadors siguin funcionaris sinó que es regeixi pel dret mercantil i els seus treballadors pel règim laboral. La utilització de la nova fórmula jurídica, però, no va ser utilitzada de forma generalitzada fins que es va aprovar la Llei d'Ordenació Sanitària el 1.991.

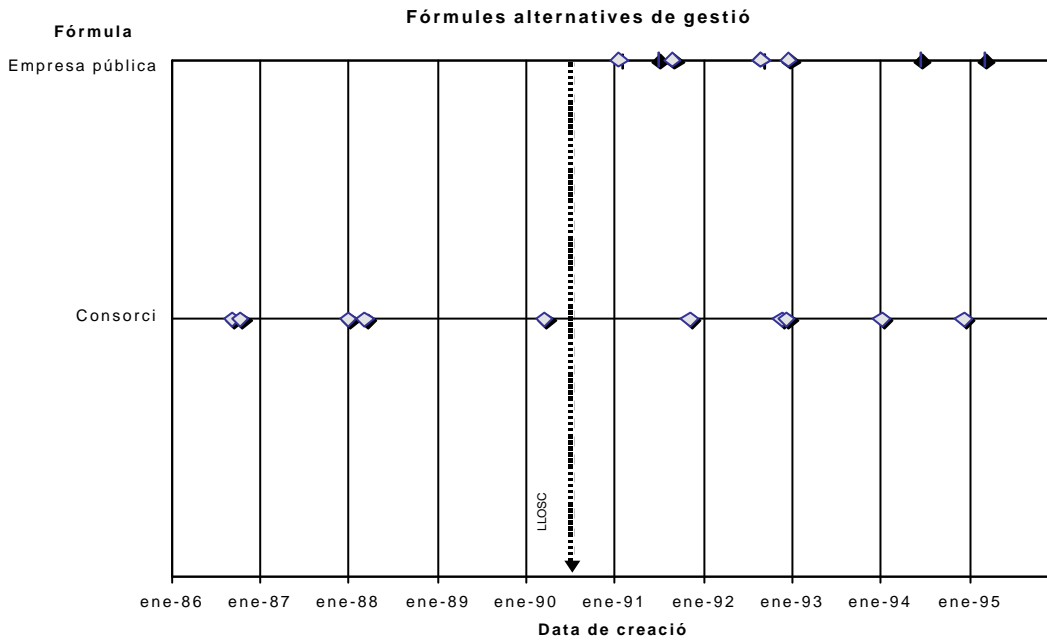
Paral·lelament el govern de la Generalitat ha anat utilitzant la figura del Consorci²⁷⁹. El Consorci és una fórmula de coordinació entre diverses administracions, per exemple l'autonòmica i la municipal. Els consorcis, com les empreses públiques, poden fer servir el dret mercantil i laboral en lloc de l'administratiu. Compten amb un Patronat que actua a modus de consell d'administració representant la propietat. En aquest patronat hi participen les administracions implicades.

Quan la Generalitat ha fet una gran inversió en un hospital municipal el que ha fet és crear un consorci com a titular²⁸⁰. Al consorci hi participa el municipi que aporta el bagatge històric del

centre i la Generalitat que ha aportat els diners. Amb aquesta fórmula s'intenta mantenir el paper dels municipis alhora que s'evita que el nou centre caigui a l'òrbita del dret administratiu. Els consorcis s'associen tant al Consorci Hospitalari de Catalunya com a la Unió Catalana d'Hospitals.

Una crítica rellevant que s'ha fet a aquest mecanisme és que la Generalitat és present en cada cop més patronats (Figura 11), desvirtuant la separació de funcions: la proporció 70% d'hospitals de propietat aliena al govern autonòmic va disminuint progressivament.

Figura 11 : Fórmules alternatives al dret administratiu, consorcis i empreses públiques

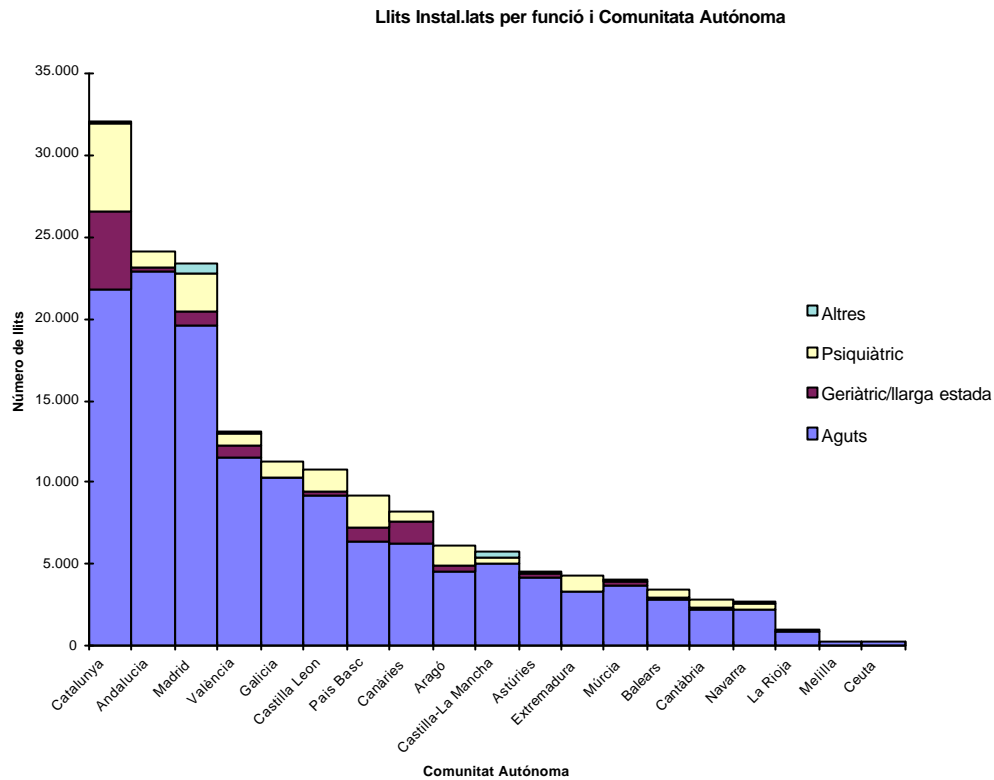


El 1.986 es va viure una situació de crisi econòmica important, que va afectar a la despesa sanitària. L'escenari que es dibuixava suposava haver d'accelerar d'una manera important la reorganització de la xarxa assistencial, més enllà de la velocitat plantejada amb la creació de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública).

Es va promulgar un 'Pla de Reordenació Hospitalària' que preveia l'adopció de mesures de gestió per tal d'augmentar l'eficiència dels hospitals²⁸¹, fent èmfasi en la productivitat, la flexibilització de la política laboral i l'ajustament econòmic. Aquest Pla, com a tal, no es va posar realment en marxa, per que la situació de crisi es va redreçar. Es van fer alguns ajustos puntuals i, més aviat que tard, va començar un 'lustre prodigiós' que va conduir cap el mític 92, amb els Jocs Olímpics de Barcelona.

El procés endegat amb l'acreditació i la creació de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), però va tenir els seus fruits. Catalunya compta amb una moderna xarxa d'hospitals²⁸² d'aguts alhora que amb la xarxa de llits de llarga estada i geriàtrics més extensa de l'Estat.

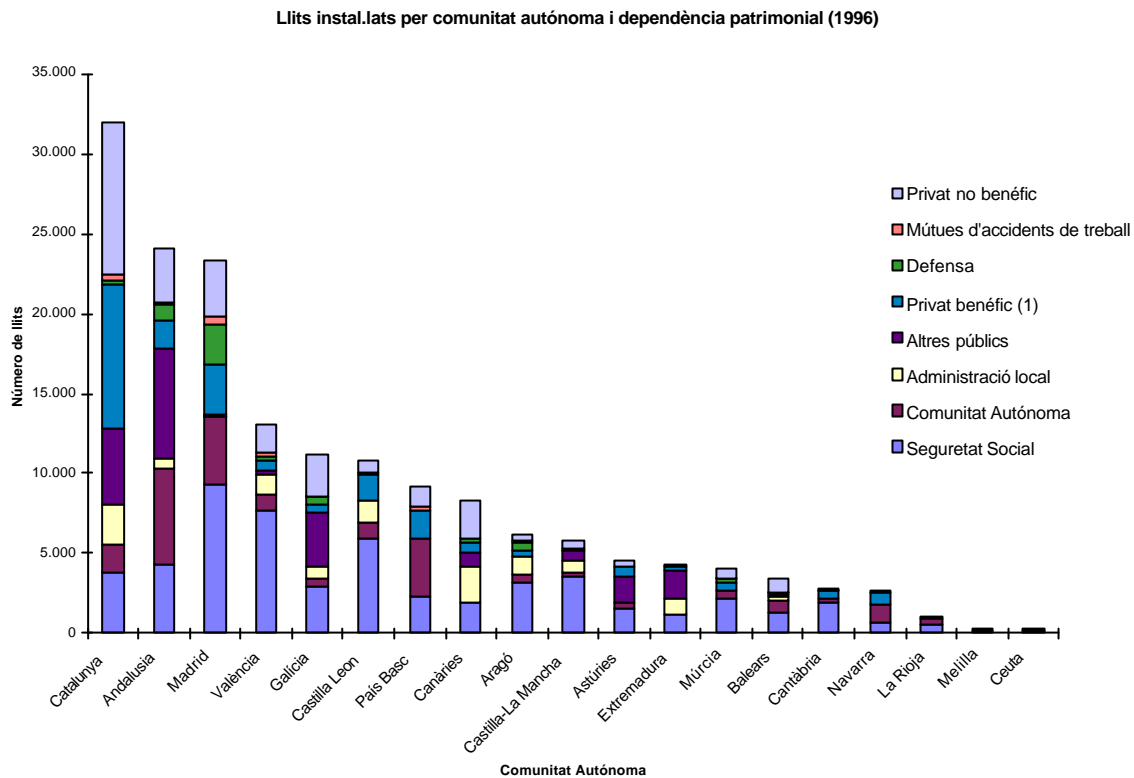
Figura 12 : distribució de llits per funció assistencial i Comunitat Autònoma (1996)



La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat)

Ja hem vist que a Catalunya la Seguretat Social tenia que contractar força centres hospitalaris no propis proveïdors per l'estructura hospitalària heretada: només un 30 % dels llits (Figura 13) eren propietat de la mateixa Seguretat Social (SOE i posteriorment Insalud). Es dona una situació mixta on conviu un sistema que funciona segons la lògica pressupostària de l'entorn públic i un de privat amb la lògica del mercat, però finançats ambdós a través de pressupostos públics.

Figura 13: Llits instal·lats per Comunitat Autònoma i dependència patrimonial (1996)



En el moment de les transferències, el procés de contractació als hospitals que no eren de titularitat pública es feia a través dels anomenats Concerts. En aquell moment, com ja s'ha dit, hi havia 168 proveïdors als que es pagava sota una fórmula de pagament per acte. Era un sistema complexa i ple d'incentius perversos. Es feia necessari residencial el sistema.

En un entorn de mercat els preus tenen el paper de sistema d'informació i incentiu per a l'eficiència en la producció. Al l'entorn públic això ho fa el sistema d'assignació de recursos, el pressupost. Cal doncs trobar eines que permetin potenciar al màxim les avantatges dels dos sistemes, minimitzant-ne els inconvenients.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social es plantejà un abordatge estratègic de la situació, intentant racionalitzar-la i introduint al filosofia de la contractació dins el propi sector públic, en la línia dels compromisos de gestió desenvolupats per l'escola francesa d'administració pública.

La contractació de serveis dins el propi sector públic, però, presenta una sèrie de problemes derivats de l'assignació de recursos via pressupost. Es principal es la manca de credibilitat del contracte quan se sap que els recursos ja estan assignats via pressupostària, no contractual. Això fa que la responsabilitat quedi molt diluïda.

En qualsevol cas, alhora de confeccionar un contracte cal tenir en compte:

- a) L'àmbit, es a dir, concretar què es el que s'està contractant, des d'un hospital a un procediment concret
- b) Els mecanismes de pagament, o sigui, quin serà el mecanisme mitjançant el qual es calcularan els imports a transferir al contractat, incloent d'incentius i riscos en que incorreran les parts.
- c) Amb quin detall o especificació es descriuran els serveis contractats, incloent els nivells qualitat.
- d) Els mètodes de seguiment del contracte
- e) Penalitzacions i les sancions

Es va dissenyar el mecanisme de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), una unitat relativa de valor, amb la fixació de nivells d'activitat màxims i mínims de qualitat que modulen els pagaments, a través de contractes anuals renovables per assignar recursos als hospitals. L'instrument legal utilitzat va ser l'Ordre de 28 de febrer de 1.983²⁸³, per la qual es modifica l'ordre de 20 de novembre de 1.981, regulant l'acció concertada en matèria d'assistència sanitària a Catalunya.

Els objectius de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) estaven condicionats pels les circumstàncies de l'entorn hospitalària català dels anys 1980

- Promocionar l'eficiència dels serveis, a través de l'increment de la productivitat, més que per la contenció de costos. Hi havia un problema de productivitat molt important als hospitals, amb estades mitges molt llargues, estades pre-operatòries de fins a una setmana o baixos índex d'ocupació
- Garantir l'accés dels usuaris. Els models de pagament diagnòstic dependents desenvolupats a Estats Units per la Health Care Financial Administration (l'entitat encarregada del finançament de la sanitat pública) eren molt recents. Els GRD (Grups Relacionats de Diagnòstic) feia molt poc que s'havien implantat. Existien altres alternatives, com els PMC que sobre el paper semblaven igual o més vàlides. El que si es sabia és que amb el pagament basat en GRD (Grups Relacionats de Diagnòstic) a Nova York s'havia donat el cas del rebuig de pacients a les urgències per raó de la patologia. Això no podia ser aquí: no es podia donar cap incentiu a rebutjar malalts quan es pretenia la universalització de l'assistència.
- Sistema d'informació necessari simple i poc costós²⁸⁴. Els DRG i els PMC requerien de l'existència generalitzada d'informes d'alta i una codificació sistemàtica, cosa que aquí no ocorria, i el suport de sistemes informàtics, quan només es tenien ordinadors per a la gestió de nòmines i comptabilitat (estem parlant de l'època dels mainframe...els PC no arribaven a 8086). Tot aquests requeriments feien que els costos administratius assolissin quotes impensables.

- Fàcilment comprensible per tots els agents. Es volia que el sistema fos comprensible per part de tots els agents participants, incloent els metges, i per que no, i els nous gerents, que en molts casos no venien del món sanitari.
- Cert en entorns amb poca variabilitat de costos. D'entrada es comptava amb l'estandardització de costos a través de les ordres d'acreditació i a mitjans dels 1980 la diferència en nivell tecnològic dels diferents centres era, en el fons, mínima en comparació a l'actualitat (per exemple es considera que un hospital de nivell 3 ha de tenir cirurgia cardíaca, UCI, radioteràpia i maxil·lofacial (!); la SIDA encara es creia que només afectava a les 3H – hemofílics, haitians i homosexuals- i no es tenia ni tan sols l'AZT), i els centres que comptaven amb alta tecnologia eren els públics, que no estaven sotmesos a contractació a través dels concerts.
- Permetre la predicció pressupostària. Aquest era un objectiu clau, el pressupost determinava la quantitat de recursos disponibles. L'entorn públic podria entendre aquest principi, però calia transmetre-ho també als centres contractats. L'administració havia de poder preveure la despesa total compromesa.

La primera dificultat en que ens trobem per l'establiment de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) és que el producte sanitari és un bé de confiança, es a dir, es molt difícil la mesura de la seva quantitat i qualitat, qualsevol mecanisme de valoració és doncs discutible²⁸⁵, però es va optar pel 'val més això que res'.

L'establiment de les Unitats Relatives de Valor és una tècnica de la comptabilitat analítica que té origen al sector de la construcció, per tal de facilitar l'anàlisi de costos i desviacions pressupostàries entre diferents obres. Es tracta de definir una sèrie d'unitats de producció, analitzar els seus costos i establir una escala relativa entre elles.

La valoració intrínseca de les UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) té els mateixos problemes que qualsevol mecanisme que valori qualsevol activitat segons Unitats Relatives de Valor (URV) i els hi assigni unes tarifes: l'estimació fiable dels costos²⁸⁶, les diferències en les estructures hospitalàries, o l'excés de simplificació.

Les unitats de producció que es van definir van ser l'Estada hospitalària –com a referència-, la primera consulta, la successiva, l'atenció a urgències i la intervenció de cirurgia menor ambulatoria, donant-les diferents pesos. La idea s'ha estès per la resta de l'estat espanyol, amb ajustaments diversos (Taula 34). Aquestes diferències confirmen la dificultat d'estimar els costos amb aquest mecanisme. Però ha funcionat dotze anys i ha estat imitada²⁸⁷ –alguna cosa doncs ha de tenir positiva-.

Taula 34 : La UBA i altres URV utilitzades a Espanya

Concepte	UBA	UPA	EVA	UCA
Estada	1	Mèdica 1 Quirúrgica 1.5 Obstètrica 1.2 Pediàtrica 1.3 Neonatologia 1.3 UCI 5.8	mèdica 1 quirúrgica 1 obstètrica 1.2 pediàtrica 1.3 UCI 5.8	1
Primera consulta	0.4	0.25	0.25	0.4
Consulta successiva	0.2	0.25	0.15	0.2
Urgència	0.5	0.15	0.3	0.4
Intervenció ambulatoria	0.75	0.3	0.25	0.75
Intervenció amb hospitalització			5	2
Diàlisi				1.28
Rehabilitació				0.1
Hospital de Dia			10	

UBA: Unitat Bàsica d'Activitat Assistencial, a Catalunya, valors a l'ordre de 28 de febrer de 1983 (posteriorment hi ha hagut alguns ajustos)

UPA: Unidad Ponderada Asistencial, a l'Insalud

EVA: Escala de Valoración Andaluza, a Andalusia

UCA: Unidad de Coste Asistencial, al País Basc

L'activitat hospitalària es tradueix fàcilment a UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), simplement multiplicant les diferents activitats pel pes relatiu corresponent. Per obtenir l'import a facturar en pessetes es multiplica aquesta quantitat per una tarifa. Existeixen quatre trams tarifaris, associats als nivells obtinguts a l'acreditació: A, B, B-C i C, de més a menys nivell tecnològic. En un primer moment, el 1983, per evitar sorpreses als hospitals d'alta complexitat, els hospitals de 3^o nivell o A, van seguir rebent els seus fons a través d'assignació pressupostària.

El mecanisme així descrit és un clar incentiu a la productivitat, un dels objectius de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), doncs a més activitat, en principi, més ingressos. Per evitar que l'increment d'activitat d'hospitalització s'assolis allargant les estades, es pacta una estada mitja i per calcular les estades totals es multipliquen les altes reals per aquesta estada mitja pactada, eliminant els reingressos, una altre possible perversió.

Aquest mecanisme de pagament és, aparentment, contradictori amb l'objectiu de permetre la predicció pressupostària. Aquesta s'aconsegueix mercès a un mecanisme molt simple: al contracte anual es pacta una producció objectiu amb cada centre. Això es pot fer per que per a calcular la tarifa ,de forma simplificada, es divideix el pressupost per l'activitat assignada al centre mesurada en UBA (Unitat Bàsica d'Activitat).

L'hospital i l'Administració poden calcular el total de diners que podrà rebre l'un i pagar l'altra. Si l'hospital fa menys de l'activitat pactada, rebrà menys ingressos, si en fa més no rebrà el total de l'import que correspondria al pagament d'aquesta activitat extra, per que s'aplica el concepte de

marginalitat. La marginalitat implica reconèixer que, sobretot els primers anys d'aplicació del sistema, podia haver-hi errors a l'estimació de l'activitat que tenia que fer un centre.

El mecanisme consisteix en no repartir tot el pressupost, reservant-ne una part per pagar aquestes desviacions. La desviació es paga per trams que es remuneren amb un percentatge de la tarifa decreixent, com incentiu a ajustar-se al pactat. Aquests trams i percentatges van anar variant a mesura que es va disposar de més informació. Així, en un any determinat, es podia pagar l'activitat que suposes entre el 100% i el 115% de l'activitat pactada al 20% de la tarifa, i la feta per damunt del 115% al 5% de la tarifa.

Els primer anys es produïen grans afloraments d'activitat degut a que es va passar d'un entorn on no es registrava l'activitat o es feia col·lateralment al registre sistemàtic. Per exemple, a molta de l'activitat dels serveis de ginecologia no es registrava tradicionalment per que era 'per al personal de la casa'. Quan es va registrar es van detectar increments de fins al 30% d'activitat 'submergida'.

El 70% del pressupost assignat es paga en terminis iguals al llarg de tot l'exercici. El 30% restant es paga a final d'any un cop calculada tota l'activitat, incloent la marginalitat que s'escaigués.

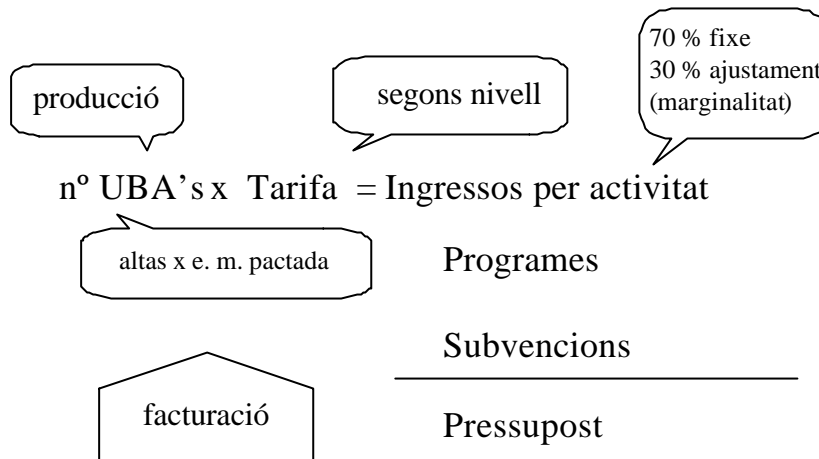
La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) compleix tots els requisits plantejats, es simple, certa en entorns amb costos homogenis, amb pocs costos administratius i sense requeriments tecnològics, no conté informació que faciliti la selecció de pacients, fomenta la productivitat i permet la predicció pressupostària.

Quan es fa el càlcul de la tarifa de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) no s'inclou la depreciació. La raó és que l'amortització o depreciació no es si no el reflex comptable de la infraestructura i la determinació de la ubicació i característiques dels dispositius assistencials en el model establert són responsabilitat del Planificador, no dels gestors.

La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), no valora de certes activitats a certs hospitals com la docència, la recerca, l'alta tecnologia de diagnòstic i tractament, o la cirurgia major ambulatoria. Per suplir-ho es van establir els anomenats programes especials, que es sumaven a la factura.

Com que no es volia que cap centre fes fallida doncs si estava al sistema és per que s'havia planificat (a través del Mapa Sanitari i els pactes associats al procés de Reordenació Hospitalària) , si un hospital estava en dificultats se li assignava una subvenció. Alhora se li exigia un pla per adequar les seves despeses als ingressos per activitat i programes (Figura 14).

Figura 14: mecanisme d'assignació pressupostària al sistema UBA



El mecanisme de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) es va aplicar per a la compra d'activitat als hospitals concertats, a través de contractes. Els hospitals de l'ICS (Institut Català de la Salut) que rebien un pressupost també signaven contractes del mateix tipus. Encara que després el flux financer no estigués vehiculitzat a través del contracte com en el primer cas, es podien comparar la seva productivitat i eficiència, al comptar amb una mesura homogènia d'activitat.

La Figura 15 il·lustra el mecanisme d'assignació de recursos a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). Els hospitals de l'Institut Català de la Salut rebien els seus recursos per via pressupostària, per que són propietat de la pròpia administració. La resta d'hospitals de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) reben els recursos a través de contractes, establerts amb el mecanisme de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), però només pel que fa a despeses de funcionament. Aquests hospitals signen els seus contractes, i per tant reben els recursos, de forma individualitzada. Tant el Consorci Hospitalari de Catalunya com la Unió Catalana d'Hospitals no tenen cap paper en la gestió dels contractes i els seus recursos associats: intervenen només alhora de les negociacions prèvies on es defineixen els trets generals de negociació.

Les inversions en infraestructura són assignades de forma directa, de manera aliena a la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat). Això és perquè es considera que aquesta partida té a veure directament amb la funció de planificació. Per una banda ha permès, evitar una escalada tecnològica (i per tant de costos), per l'altra aporta força discrecionalitat al sistema. L'SCS (Servei Català de la Salut) és qui finança directament les infraestructures, d'acord amb els seus criteris, que inclouen, òbviament,

una important component política (com correspon a qualsevol decisió sobre l'equitat, en aquest cas l'accessibilitat).

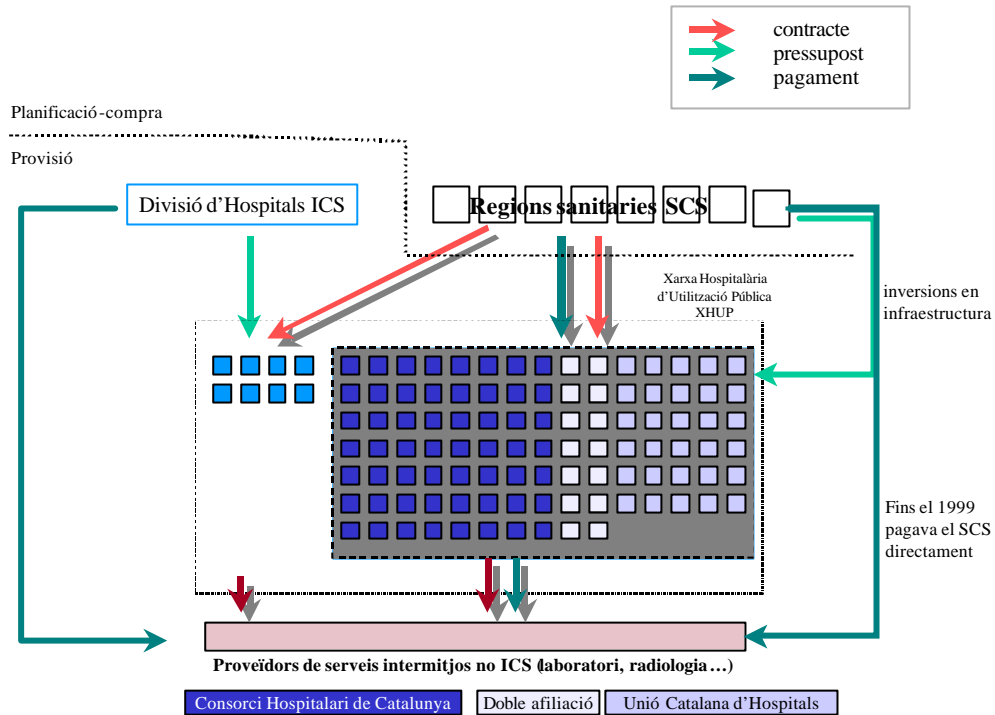
Per tal d'ajudar a la presa de decisions en aquest àmbit s'ha creat l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques (AATAM). L'Agència es un ens propietat de la Generalitat però no té en si mateixa capacitat reguladora sinó que realitza estudis sobre tecnologies mèdiques i els difon entre els agents del sistema: Administració, proveïdors i professionals per tal que puguin prendre decisions amb el màxim de rigor científic possible, si ho desitgen (**Taula 35**).

Taula 35: L'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques AATAM

La metodologia de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques (<http://www.aatam.es>) te en compte la validesa dels estudis en el nostre entorn. El que és més freqüent és que es disposi de resultats d'Assaigs Clínics Controlats corresponents a altres entorns, fonamentalment als Estats Units. Aleshores amb la metodologia basada en la meta-anàlisi s'estableix la bondat d'aquell procediment diagnòstic o tractament des del punt de vista de l'efectivitat i el cost eficàcia (no entrarem en la polèmica que envolta la mesura del cost eficàcia, que és llarga i no resolta).

Fins el 1999 les despeses generades per la compra a altres proveïdors de proves diagnòstiques (TAC, analítiques, etc.) que els centres no podien oferir per si mateixos –els anomenats 'productes intermitjos'- eren pagades directament pel Servei Català de la Salut a qui els produïa, amb pressupostos aliens al contracte basat en la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat). Des del 1999 aquests recursos s'han transferit als centres per que comprin, al seu risc, aquests productes.

Figura 15: L'assignació de recursos als hospitals amb el sistema UBA



Per tal d'introduir una certa cultura de gestió empresarial, de compte de resultats, als hospitals de l'ICS (Institut Català de la Salut) que tenien assegurats els recursos via pressupost, s'utilitzava un concepte anomenat 'índex de cobertura' i que es calculava dividint la facturació teòrica en UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) pel pressupost rebut. Si el quocient era menor a 1, el més freqüent, l'hospital hagués anat a la fallida per que els seus ingressos no haguessin cobert les despeses. Es va assenyalar com objectiu d'aquests centres fos assolir un índex de cobertura de 1/1.

A l'Insalud, a la resta de l'Estat, la utilització de la UPA (Unidad Ponderada Asistencial) era similar al que es feia a l'ICS (Institut Català de la Salut) perquè no funciona realment com mecanismes de pagament. Al contrato-programa una quantitat més gran o menor d'activitat no suposa una variació en el flux de recursos. Serveix per orientar la tendència del pressupost i per augmentar la informació disponible.

La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) va presentar força avantatges. Té un disseny molt senzill, és fàcilment aplicable, i comprensible, el que va fer que la seva implantació fos poc traumàtica, malgrat sempre se la va acusar, amb raó, de ser un llenguatge més econòmic que clínic. La seva simplicitat, que pot considerar-se com punt dèbil, la fa alhora adaptable i millorable, el que li confereix capacitat evolutiva.

L'ordre de 30 de juny de 1992²⁸⁸ per la qual es regula la contractació ratifica, després de l'entrada en vigor de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya el mecanisme de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat).

La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) però té les seves limitacions. Per exemple, no permet diferenciar entre els costos estructurals i els variables. Tampoc contempla la casuística de forma directa (complexitat i gravetat), el que la fa poc precisa. Aquestes mancances van esperonar la implantació a molts hospitals de sistemes d'informació, sobretot la codificació dels informes d'alta, per demostrar-ho i argumentar-ho alhora de demanar millores als contractes. Després han servit per instaurar sistemes més sofisticats, que d'altra manera difícilment haguessin implementat.

Un altre limitant és que no ofereix incentius directes a l'eficàcia perquè només controla l'estada mitja, de manera que quan es van començar a generalitzar les alternatives a l'hospitalització convencional es va tenir que recórrer als programes especials. Tampoc permet l'avaluació directe de la qualitat assistencial.

Finalment, no facilita directament la planificació per que es un instrument per a l'assignació de recursos a estructures determinades, sense posar-les en qüestió, per que no mesura necessitats.

Com tots els sistemes d'assignació de recursos van anar apareixent distorsions o perversions del sistema. Els punts per on van començar van ser els programes especials i la marginalitat.

Els programes especials es van anar convertint, poc a poc, en el calaix de sastre on s'incloïa tot allò que no es podia mesurar en UBA (Unitat Bàsica d'Activitat). L'expansió de les alternatives a l'hospitalització convencional ho justificava cada cop més. Però se'n va fer un ús molt generós, per tal d'anar suplint les ominoses subvencions. Finalment, molts hospitals rebien quasi més ingressos a través de programes especials que en concepte d'activitat, fent impossible la comparació entre centres²⁸⁹.

Molts hospitals van començar a patir de desviacions de l'activitat sistemàticament, de manera que es demanava al comprador que les reconegués com activitat consolidada, per tal que s'incrementés el pressupost. Per reforçar la situació negociadora van aparèixer alhora llargues llistes d'espera que ho justificaven, i es van convertir en un problema d'abast polític.

Tot això va portar, després d'un llarg període de consens –3 anys- a la introducció de l'anomenat 'nou model de pagament' (veure pàgina 202).

La RAP (Reforma de l'Atenció Primària)

La Reforma de l'Atenció Primària comença oficialment amb el Decret 84/1985 de 21 de març. Es tracta de la formalització d'un moviment que ve de més endarrera.

Com a principis fundacionals hi ha la Declaració d'Alma Ata de 1978 i l'estratègia de l'Organització Mundial de la Salut anomenada 'Salut per a tothom a l'any 2.000' que té cinc pilars:

1. Aconseguir una igualtat d'accés al sistema sanitari per part de tota la població, és a dir, l'equitat i la igualtat d'accés.
2. Transmetre a la població un concepte positiu de salut i donar a conèixer que es millor mantenir la salut que no tractar la malaltia.
3. Fer realitat que la salut és cosa de tots i, en conseqüència, que tots tenim que participar
4. És necessària una cooperació multisectorial amb l'objectiu que es donin les condicions favorables per que la salut pugui prosperar.
5. Atenció apropiada mitjançant un sistema sanitari basat en l'Atenció Primària de Salut

A Catalunya existien dues corrents que bevien de fonts ideològiques diferents però que van coincidir en la potenciació de l'Atenció Primària de Salut. L'una amb arrels en el cristianisme compromès socialment, i tenia com a cap visible el Dr. Jordi Gol, l'altre venia de l'esquerra.

El 1979 ja s'havia creat l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, impulsada fonamentalment des de Catalunya, per tal d'oferir una formació de postgrau que sustentés la nova Atenció Primària.

La Reforma de l'Atenció Primària es fonamenta en tres punts: definir una nova missió per a l'Atenció Primària, establir el territori com a marc de referència i la dotació infraestructures (recursos humans, edificis i equipaments).

La nova missió es defineix per l'assumpció (a més de l'assistència curativa) d'activitats de promoció de la salut, de prevenció, de rehabilitació i d'atenció psicosocial, en una concepció integral de la salut:

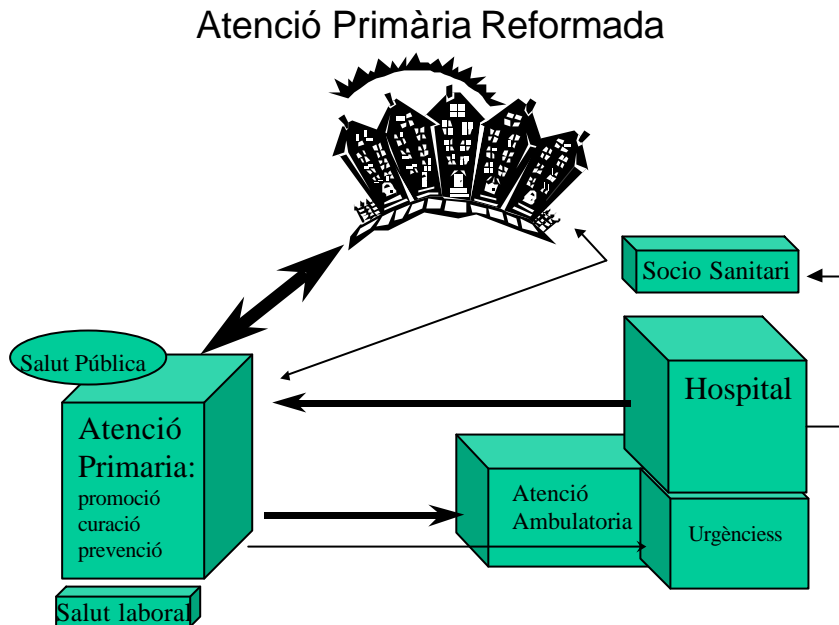
- Promoció: Inclou les activitats d'educació per a la salut, el control d'aigües, aliments i d'establiments. L'educació es fa en coordinació amb el sistema escolar. El control de l'ambient es realitza recolzant els municipis, que tenen aquesta funció delegada.
- Prevenció. La prevenció té les vessants individual i col·lectiva. S'utilitza fonamentalment una estratègia oportunista per a la detecció del risc i una estratègia poblacional de tipus 'case finding' a les exposicions poblacionals. L'estratègia oportunista consisteix en aprofitar qualsevol ocasió en que els individus es posin en contacte amb l'Atenció Primària per qualsevol motiu per realitzar activitats de prevenció. Per exemple, si acudeix algú per ser atès per un procés gripal i es fumador i no ha rebut una dosi de vacunació antitetànica que li

pertocava, se li dóna consell antitabàquic i se'l vacuna, a més de tractar-lo pel seu procés agut. L'estratègia poblacional es fonamenta en la realització de campanyes específiques de recerca d'individus amb un determinat risc.

- Assistència. L'assistència promou un alt nivell de resolució. L'Atenció Primària ha de ser capaç de resoldre satisfactòriament, sense remetre a altres nivells assistencials, el 85% de les consultes. Això reforça el seu paper d'eix del sistema i incrementa la credibilitat davant la població. Per aconseguir-ho s'utilitzen les següents estratègies:
 - Comptar amb especialistes en Medicina Familiar i Comunitària, amb una formació de postgrau sòlida i equiparable a qualsevol altre especialitat mèdica.^{290 291}
 - Accés a la tecnologia diagnòstica i terapèutica adequada al nivell
 - Comptar en alguns casos amb l'assistència d'especialistes com a consultors de l'equip d'Atenció Primària
 - Un enfoc longitudinal de l'assistència, fonamentat en una història clínica individual
 - Actuar com a porta d'entrada al sistema, determinant la derivació als altres nivells assistencials, actuant com 'gatekeeper' en terminologia anglosaxona
 - Projecció comunitària, acudint al domicili dels usuaris quan es requereixi, no només en sol·licituds espontànies davant problemes aguts si no programant activitats de seguiment de malalts crònics.
 - integració i coordinació entre els diferents estaments de personal i entre els diversos nivells assistencials
 - atenció a la demanda de serveis de caràcter urgent
- Integrar la recerca i la docència com a tasques pròpies de l'Atenció Primària

La Figura 16 dibuixa un esquema del model definit. L'Atenció Primària actua com a porta d'entrada al Sistema, és el principal referent per a la comunitat, a qui, en primer lloc cura (resol el 85% de les demandes), promou la salut i fa prevenció. A través d'ella s'accedeix als recursos hospitalaris –que paral·lelament s'han orientat a fórmules d'assistència ambulatories, alternatives a l'hospitalització convencional-. Aquest nou model contrasta amb l'hospitalo-cèntric tradicional (Figura 10).

Figura 16 : L'Atenció Primària Reformada



Trencant amb l'esquema de cobertura sanitària heretat del franquisme, segmentat en funció del sector econòmic, s'opta per un marc territorial de referència. Cada ciutadà està assignat a una ABS en raó de la residència.

L'ABS es configura com la unitat territorial per al desenvolupament de l'Atenció Primària i la unitat elemental de l'organització territorial del Servei Català de la Salut. Agrupa diversos municipis i nuclis poblacionals o parts de ciutats (barris/districtes) de característiques geogràfiques, culturals i socials similars, i compren entre 10.000 i 50.000 habitants. Durant el 1992 es va completar formalment la definició territorial d'ABS encara que són susceptibles de revisió a mesura que es va desplegant.

Cada ABS compta amb la infraestructura necessària per que es desenvolupin les activitats d'assistència, són els anomenats Centre d'Atenció Primària (CAP), . A l'àrea rural, cadascun dels municipis que componen l'ABS compta amb un centre sanitari relacionat amb el CAP (Centre d'Atenció Primària), anomenat Consultori Local, des d'on es presten les activitats bàsiques d'atenció directa de manera descentralitzada.

Els recursos humans s'integren en els anomenats Equip d'Atenció Primària (EAP). Cadascun d'aquests equips està format pel conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que desenvolupen i dirigeixen les seves activitats de salut al conjunt de població que compren l'Àrea Bàsica de Salut (ABS). Un EAP (Equip d'Atenció Primària) està format per:

- metges generals (prioritàriament amb l'especialitat de medicina familiar i comunitària): un cada 2.000 a 2.500 habitants més grans de 14 anys
- un pediàtria cada 1.500 menors de 14 anys
- un odontòleg cada 11.000 habitants
- un infermer per cada metge
- un treballador social cada 25000 habitants
- un administratiu cada 5.000 habitants

Cada ciutadà té assignat un metge del EAP (Equip d'Atenció Primària) de la seva ABS. Si ho desitja pot canviar de metge però només entre els membres del EAP (Equip d'Atenció Primària) de la seva ABS.

Els professionals tenen horaris de 6 a 8 hores diàries, i treballen en equip, contrastant amb les dues hores diàries i el treball individual del model tradicional o 'no reformat'. L'equip està dirigit per un coordinador mèdic i un adjunt d'infermeria. L'horari d'atenció dels CAP (Centre d'Atenció Primària) és de matí i tarda.

La majoria de CAP (Centre d'Atenció Primària) (90%) estan adscrits a l'Institut Català de la Salut, pel que la majoria del seu personal te contracte dins el marc estatutari i els seus recursos s'assignen de manera pressupostària. El pressupost es calcula amb una base poblacional modificada en funció de la dispersió i nivell socio-econòmic.

En el cas de l'ICS (Institut Català de la Salut) diversos equips d'Atenció Primària tenen una gerència territorial, a nivell de Sector sanitari. Els EAP (Equip d'Atenció Primària) que no estan vinculats al ICS (Institut Català de la Salut) tenen en alguns casos gestió independent i en altres estan adscrits a empreses que també gestionen hospitals. Existeixen algunes experiències d'autogestió (EAP Vic SL, Vila Olímpica i Barceloneta)

En el cas de centres no vinculats a l'ICS (Institut Català de la Salut) s'estableix un contracte amb uns objectius lligats al Pla de Salut de Catalunya (per exemple, cobertura vacunal, detecció i control de la HTA o consell antibiòtic; veure pàgina 194) i s'assignen recursos amb caràcter anual també en funció de la població. El pagament del 90% de l'import pactat es fa en parts iguals mensuals. El restant s'ajusta en funció del compliment dels objectius establerts, un cop feta una auditoria de la documentació clínica. S'estableixen acords similars amb els centres de l'ICS (Institut Català de la Salut), encara que no hi ha un flux financer vehiculitzat per contracte.

Les quantitats econòmiques assignades només cobreixen els costos fixos de funcionament del CAP (Centre d'Atenció Primària) (fonamentalment la dotació de recursos humans) . No inclouen la

despesa generada en farmàcia ambulatoria, ni les proves complementàries ni la derivació als centres hospitalaris.

Tampoc inclouen les amortitzacions per que els CAP (Centre d'Atenció Primària) són construïts p'l'SCS (Servei Català de la Salut) assumint la seva funció de planificador. Això li atorga la capacitat de canviar d'equip gestor sense que la població pateixi la pèrdua d'una infraestructura sanitària.

La gradualitat de l'extensió del nou model fa que actualment convisquin a Catalunya dues xarxes d'Atenció Primària, la Xarxa No Reformada i la Xarxa Reformada.

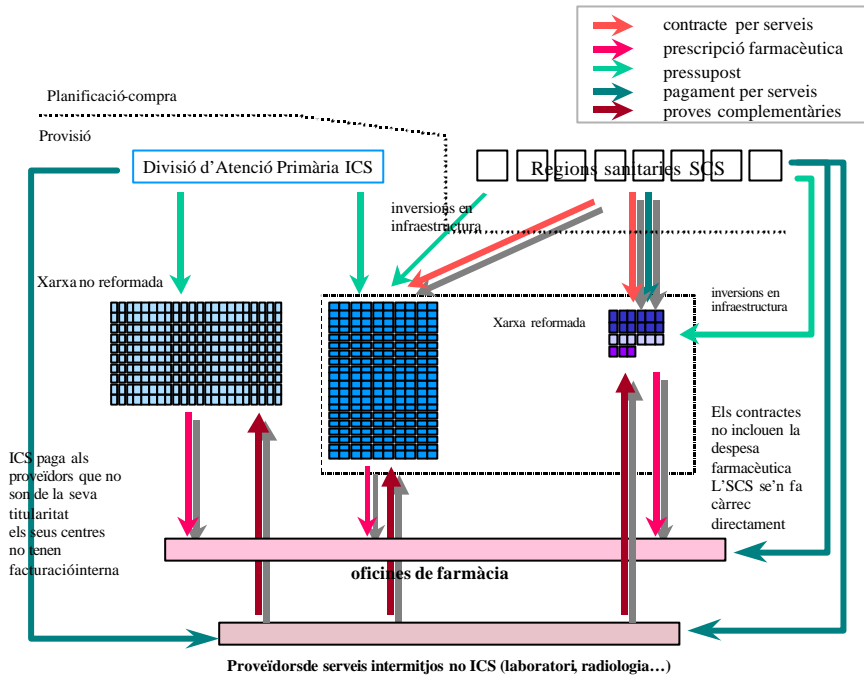
La Figura 17 mostra els mecanismes d'assignació de Recursos de l'Atenció Primària. Podem distingir tres grans grups de centres. En primer lloc la Xarxa no Reformada, que el 1999 representa una mica menys de la meitat dels centres d'Atenció Primària. Pertanyen a l'Institut Català de la Salut pel que els recursos s'assignen per via pressupostària. El segon grup i més gran són els centres de l'Institut Català de la Salut que ja han estat reformats. En aquest cas reben els recursos també per via pressupostària, però signen un contracte –virtual- amb el Servei Català de la Salut on es fixen els seus objectius. El tercer grup, que representa al voltant del 10 % dels centres són centres on s'ha aplicat la reforma i que no pertanyen a l'Institut Català de la Salut. En aquest cas signen un contracte –real- amb el Servei Català de la Salut pel qual es comprometen a atendre la població que tenen assignada a canvi d'una quantitat de diners.

Com que existeix una planificació normativa molt clara que estableix el número de metges, infermeres i personal de suport per població, el que es fa a la pràctica es assignar recursos en funció de l'oferta, que indirectament be condicionada per la població a atendre. Hi ha una modulació per la dispersió de la població (a més dispersió, mes recursos) i nivell socio-econòmic (a població més, envellida més recursos). Aquest criteri té la lògica que a l'Atenció Primària no se li demana, com als hospitals, que faci molta activitat²⁹², si no que 'hi sigui' per atendre la població. Per evitar que es limiti a ser-hi sense fer res, hi ha una part variable als contractes que be condicionada per la realització d'activitats de prevenció i promoció de la salut (que es controla través de l'audit de les Històries Clíniques), d'acord.

En tots els casos les despeses que indueixen en farmàcia (les prescripcions que realitzen) són pagades directament pel Servei Català de la Salut a les oficines de farmàcia. Les despeses que es generen sol·licitant proves complementàries o visites a altres proveïdors també són pagades directament pel Servei Català de la Salut o a través de l'Institut Català de la Salut (no hi ha facturació interna entre els centres d'Atenció Primària i Hospitals del propi ICS (Institut Català de la Salut))²⁹³.

Les inversions en infraestructura o equipament són assignades directament pel Servei Català de la Salut i/o el Departament de Sanitat i Seguretat Social, igual que en el cas dels hospitals. Els centres que no estan gestionats per l'Institut Català de la Salut han estat construïts pel Servei Català de la Salut que ne's propietari.

Figura 17: Mecanismes d'assignació de Recursos a l'Atenció Primària

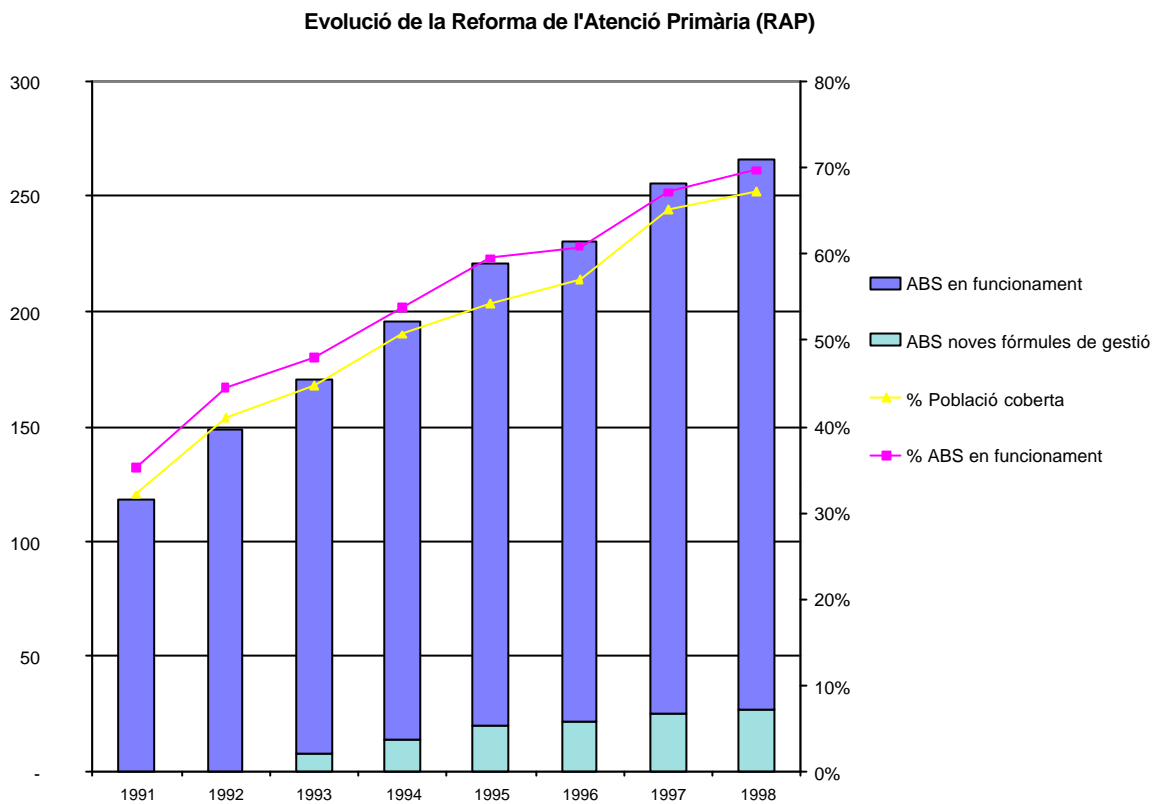


S'han establert mecanismes de direcció per objectius i sistemes d'incentius. A l'Institut Català de la Salut han estat fins el 1.998 indirectes (per formació) i de grup, als centres no gestionats per l'ICS (Institut Català de la Salut) són individuals i directes (econòmics). El 1998 s'ha iniciat una experiència pilot per estendre'ls als centres de l'ICS (Institut Català de la Salut)²⁹⁴.

Als contractes de gestió també s'ha propugnat l'establiment de sistemes de control i millora de la qualitat com auditories i mesura de la satisfacció dels usuaris a través d'enquestes, bústies de queixes i suggeriments.

Segons la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya el procés d'extensió de la Reforma s'havia d'anar completant fins arribar a la cobertura de la totalitat de la població en un termini de sis anys a partir de l'entrada en vigor de la llei, és a dir el 1996. Això no ha estat així.(Figura 18). A la figura també s'aprecia com la introducció de noves fórmules de gestió, o el que és el mateix la desvinculació de l'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut ha estat testimonial²⁹⁵, no passant mai del 10% dels centres reformats.

Figura 18 : Evolució de la RAP



Els punts forts de la RAP (Reforma de l'Atenció Primària) han estat la implantació de l'especialitat de Medicina Familiar i comunitària, l'estratègia de contenció de l'oferta, emmarcada en un procés de planificació previ, la pràctica del treball en equip, la conceptualització integral de l'assistència i la importància donada a la capacitat de resolució²⁹⁶.

Els punts dèbils han estat un sistema de finançament massa fonamentat en comptes històrics²⁹⁷, menys èmfasi en la gestió que a l'àmbit hospitalari i la poca consideració de la integralitat dels costos que concurreixen a l'Atenció Primària.^{298 299 300}

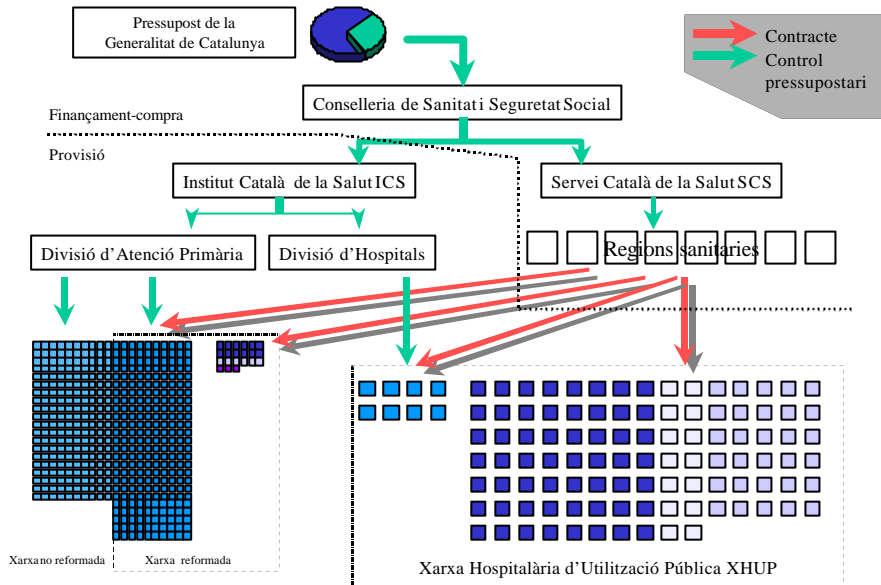
La separació de funcions

El Model Sanitari Català, segons les autoritats que el regeixen, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, té com una de les seves característiques fonamentals la separació de funcions.

Com hem vist la seva història s'ha caracteritzat per la progressiva separació de funcions: primer la planificació del finançament i la provisió, després el finançament de la provisió.

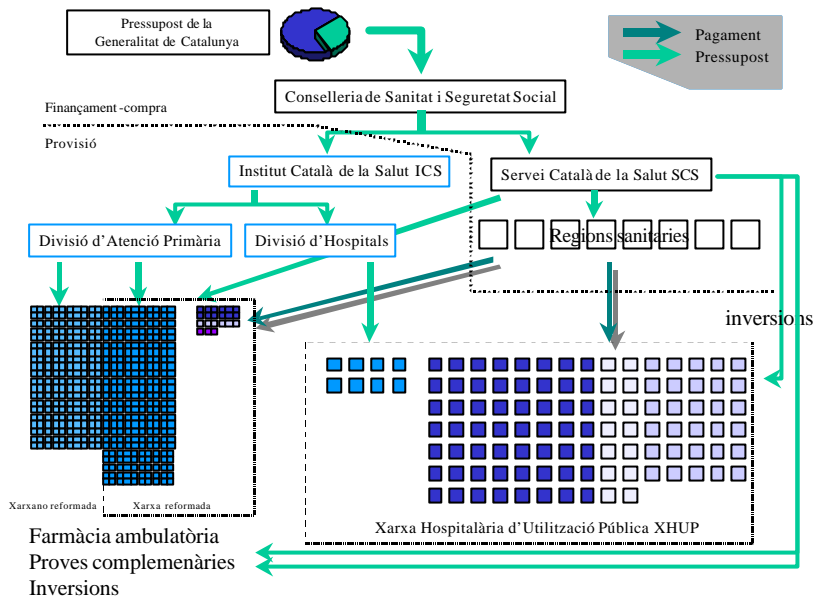
El model descrit (Figura 19) és un mecanisme d'assignació de recursos y control mixta, on una part dels recursos s'assignen a través de veritables contractes de compra i una altra part a través d'assignació pressupostària dins el marc de l'Administració, però on també es signen contractes, encara que siguin de caràcter virtual, on s'especifica quin ús s'espera que es faci dels recursos assignats en termes de serveis sanitaris,

Figura 19 :Separació de funcions de compra i provisió: mecanismes de relació i control



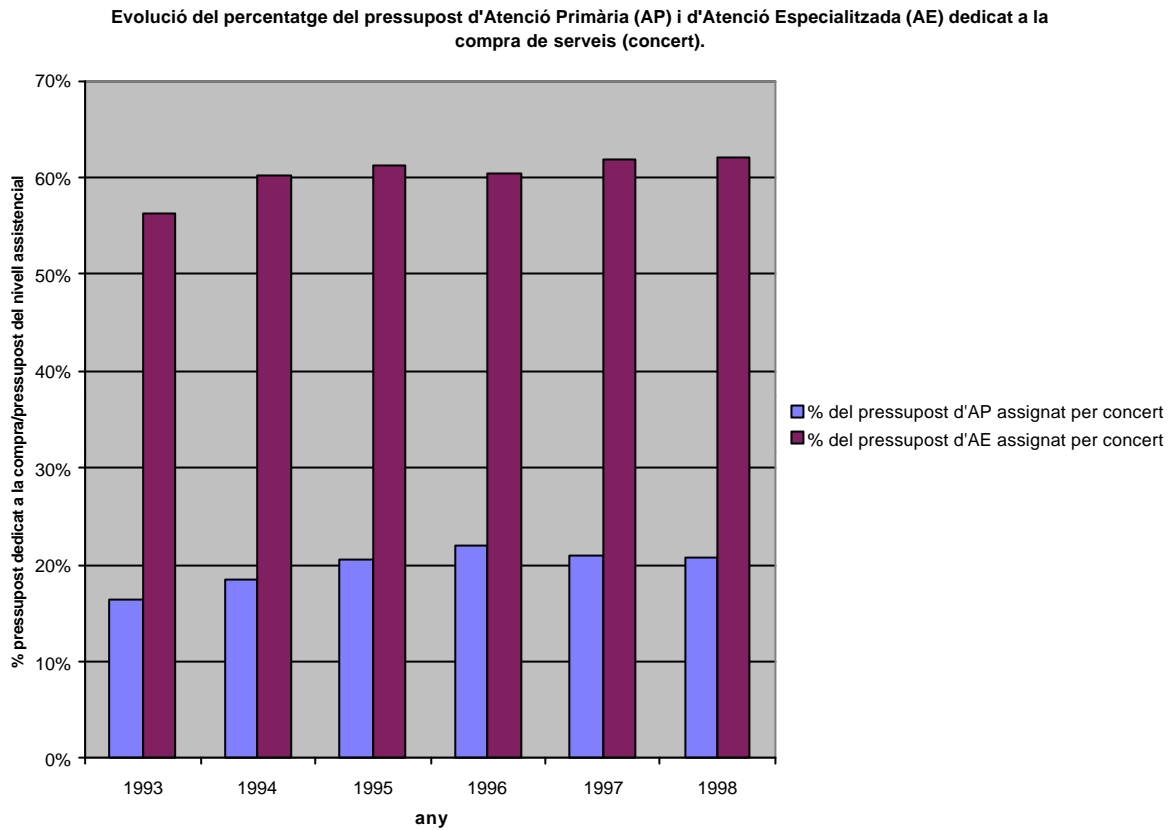
En qualsevol cas els contractes només afecten a una part del flux financer (Figura 20): les inversions i la despesa en farmàcia hospitalària segueixen mecanismes d'assignació diferenciats.

Figura 20: Separació de funcions finançament-compra i provisió, fluxos financers



Hom es pregunta quin és el veritable grau de separació de funcions o, el que és el mateix, la proporció de recursos assignats via contractes a través de l'acció concertada'. La Figura 21 ens il·lustra com en l'àmbit hospitalari s'ha arribat a un sostre del 60% d'assignació via concerts, mentre que a l'Atenció Primària s'ha assolit un 20 %. En conjunt, tenint en compte que l'atenció especialitzada suposa al voltant del 45% de la despesa i l'Atenció Primària el 25% (Figura 23), el sistema sanitari públic a Catalunya assigna els 32 % seus recursos als proveïdors a través de contractes.

Figura 21: compra de serveis vs assignació via pressupost



La Llei General de Sanitat: la universalització de l'assistència, el Servei Nacional de Salut.

El 1.982 guanya les eleccions el PSOE, Partit Socialista Obrer Espanyol, un partit integrat a la Internacional Socialista i de tall socialdemòcrata. Amb Felipe González al front guanyaria les successives legislatures fins el 1.996.

El context polític debatia l'anomenat 'café para todos', una expressió on es reflexava la controvèrsia entre el desenvolupament autònom acceptant fets diferencials entre autonomies, es a dir, amb descentralització real, i la pura desconcentració. La pugna havia assolit un punt àlgid el 1.982 amb la LOHPA, la Llei Orgànica d'Harmonització del Procés Autònom i les reaccions que es van desencadenar en contra.

El 1986 el Parlament a Madrid aprova la Llei General de Sanitat (LGS) 14/86 de 25 d'abril, BOE de 29 d'Abril. Aquesta llei ha de desenvolupar els aspectes relacionats amb la Sanitat recollits a la Constitució.

Es la plasmació de la funció regulatòria de l'Estat en quant a matèria de sanitat, és on es dibuixa el marc (*el que*) derivat de la Constitució i dins el qual les Comunitats Autònomes, i per tant Catalunya, hauran d'organitzar-se (*el com*).

La llei es promulga cinc anys després de les transferències a Catalunya i el País Basc, hi ha, com hem vist cert camí fet. A la pràctica doncs, recull algunes experiències, però també suposa un cert 'cursé'.

Taula 36: estructura de la LGS

Contingut	Articles	
a) Principis Bàsics	1 a 9, 12, 13, DT5	
	Drets	10
	Deures	11
b) Prestacions	accés al sistema públic	14, 16,17
	Atenció Primària	15
	a les persones en general	18, DF2, DF5, DF14
	sanitat ambiental,	191111
	salut mental,	20
	salut laboral	21,22, DF 6
c) Criteris generals de l'actuació de l'Administració	prèvies	22 a 28
	Autorització, inspecció i control	29, 30, DF 4
	sancions	31 a 37
Nivell Organitzatiu	Competències	Organització
d) Estat	38, 39, 40, 43	44 a 46, DA2, DF3, DF8, DF9
e) Comunitat Autònoma	41	49 a 55, DA6, DA7, DT2, DT3, DT4
f) Consejo Interterritorial		47, 48, DF 7
g) El Finançament		78 a 82
h) Municipi	42, DT 1	
i) Àrea de Salut		56 a 62
j) Zona Bàsica de Salut/Centro de Salut		63 a 65
k) Hospitals		66 a 68
Àmbit	Gestió	Planificació
l) Gestió dels Centres Sanitaris	69	
m) Planificació: Pla de Salut		70 a 77, DA9
n) Recursos Humans	84 a 88, DA8	DF1, DF10, DF11, DF12, DF15
Àmbit	Articles	
o) El paper del Sector Privat i la seva relació amb el sector públic; els Concerts	89 a 94	
p) Fàrmacs	95 a 105, DA3, DA4, DA5, DA10	
q) Docència i Recerca	104 a 109, 111 a 113, DF13	
r) Avaluació de Tecnologies	110	

a) Principis bàsics

Es consagra la universalitat del dret a la protecció de la salut, i el que és més important, del dret a l'atenció sanitària.

Legislació 6 LGS articles 9, 10, 46 i Disposició Transitòria 5; principis bàsics (i). Dret a l'atenció sanitària.

Article 9

1. Són titulars del dret a la protecció de la salut i l'atenció sanitària tots els espanyols i els ciutadans estrangers que tinguin establerta la seva residència al territori nacional.

Article 10

1. els mitjans i actuacions del sistema sanitari estaran orientats prioritàriament a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia.

2. l'assistència sanitària pública s'estendrà a tota la població espanyola. L'accés i les prestacions sanitàries es realitzaran en condicions d'igualtat efectiva

Article 46.

Són característiques fonamentals del Sistema Nacional de Salut:

1. l'extensió dels seus serveis a tota la població

2. l'organització adient per prestar un atenció integral a la salut....promoció....prevenció..curació i rehabilitació.

DT5

La extensió de l'assistència pública... es farà de forma progressiva.

L'assistència sanitària no tindrà només caràcter curatiu si no que, primordialment s'orientarà a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, tant a nivell individual com comunitari.

Legislació 7 LGS article 6 i 8, principis bàsics (ii). Promoció de la Salut i prevenció de la malaltia.

Article 6.

Les actuacions de les Administracions Públiques Sanitàries estaran orientades:

1. A la promoció de la salut

2. A promoure l'interès individual, familiar i social per la salut a través de l'adient educació sanitària de la població

3. A garantir que les accions sanitàries que es desenvolupin estan dirigides a l'prevenció de les malalties i no només a la curació de les mateixes

4. A garantir l'assistència sanitària en tots els casos de pèrdua de la salut

5. *A promoure les accions necessàries per a la rehabilitació funcional i la reinserció social*

Article 8.

Es considera activitat fonamental del sistema sanitari la realització dels estudis epidemiològics necessaris per orientar amb més eficàcia la prevenció dels riscos per a la salut, així com la planificació i avaluació sanitària, tenint que tenir com a base un sistema organitzat d'informació sanitària, vigilància i acció epidemiològica

La política de salut, a més, tindrà un caràcter redistributiu, tant a nivell social com territorial.

Legislació 8 LGS, articles 2 i 12; principis bàsics (iii). Caràcter redistributiu de la política de salut.

Article 2.

3. *La política de salut estarà orientada a la superació dels desequilibris territorials i socials*

Article 12.

Els poders públics orientaran les seves polítiques de despesa sanitària en ordre a corregir desigualtats sanitàries i a garantir la igualtat d'accés als Serveis Sanitaris Públics a tot el territori espanyol...

La participació de la comunitat serà un tret característic dels serveis de salut. La participació s'articularà a través de l'administració municipal i els anomenats interlocutors socials, sindicats i organitzacions empresarials. No es crea, doncs, un mecanisme específic de participació.

L'àmbit de participació es la formulació de polítiques i el control de l'execució. No abasta la gestió ni l'aportació de recursos.

Legislació 9 LGS article 5, principis bàsics (iv). Participació de la comunitat.

Article 5.

Els Serveis Públics de Salut s'organitzaran de manera que sigui possible articular la participació comunitària a través de les Corporacions territorials corresponents a la formulació de la política sanitària i al control de la seva execució

1. *A efectes de la participació s'entendran compreses les organitzacions empresarials i sindicals...*

Hi ha un canvi rellevant en la terminologia. Habitualment al sector sanitari es parla dels pacients, al llenguatge administratiu, dels administrats. Encara que en els seus orígens no va ser així, la seva significació va anar adquirint caràcter de minusvaloració dels ciutadans. A la llei es consagra la paraula usuari com una manera de reconèixer als ciutadans.

S'estableix els drets i els deures dels usuaris envers el sistema sanitari (Legislació 10)

Legislació 10 LGS, articles 10 i 11; Drets i Deures

Article 10.

Tots tenen dret als següents drets amb respecte a les diferents administracions públiques sanitàries:

- 1. Al respecte a la seva personalitat, dignitat humana i intimitat, sense que pugui ser discriminat per raons de raça, de tipus social, de sexe, moral, econòmic, ideològic, polític o sindical*
- 2. A la informació sobre els serveis sanitaris a que pot accedir i sobre els requisits necessaris per al seu us*
- 3. A la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu procés i amb la seva estada a institucions sanitàries públiques i privades que col·laborin amb el sistema públic.*
- 4. A ser advertit de si els procediments de pronòstic, diagnòstic i terapèutics que se li apliquin poden ser utilitzats en funció d'un projecte docent o de recerca, que, en cap cas, podrà comportar perill addicional per a la seva salut. En tot cas serà imprescindible la prèvia autorització i per escrit del pacient i l'acceptació per part del metge i de la Direcció del corresponent Centre Sanitari.*
- 5. A que se li doni en termes comprensibles, a ell i als seus familiars o al·legats, informació completa i continuada, verbal i escrita, sobre el seu procés, incloent diagnòstic, pronòstic i alternatives de tractament.*
- 6. A la lliure elecció entre les opcions que li presenti el responsable mèdic del seu cas, essent precís el previ consentiment escrit de l'usuari per a la realització de qualsevol intervenció, excepte en els següents casos:*
 - a) Quan la no intervenció suposi un risc per a la salut pública*
 - b) Quan no estigui capacitat per a prendre decisions, en aquest cas, el dret correspondrà als seus familiars o persones a al·legades*
 - a) Quan la urgència no permeti demores per poder-se ocasionar lesions irreversibles o existir perill de mort.*
- 7. A que se li assigni un metge, el nom del qual se li donarà a conèixer, que serà el seu interlocutor principal amb l'equip assistencial. En cas d'absència, un altre metge de l'equip assumirà aquesta responsabilitat.*
- 8. A que se li estengui certificat acreditatiu del seu estat de salut, quan la seva exigència s'estableixi per una disposició legal o reglamentària*
- 9. A negar-se al tractament, excepte en els casos senyalats a l'apartat 6; a tal efecte haurà de sol·licitar l'alta voluntària...*
- 10. A participar, a través de les institucions comunitàries, en les activitats sanitàries, en els termes establerts en aquesta Llei i en les disposicions que la desenvolupin*

(continuació)

11. A que quedi constància per escrit de tot el seu procés. Al finalitzar l'estada de l'usuari en una Institució hospitalària, el pacient, familiar o persona propparent rebrà el seu Informe d'Alta.

12. A utilitzar les vies de reclamació i de proposta de suggeriments en els terminis previstos. En un o altre cas hauran de rebre resposta per escrit en els terminis que reglamentàriament s'estableixin.

13. A escollir el metge i els altres sanitaris titulats d'acord amb les condicions contemplades a aquesta Llei, en les disposicions que es dictin per al seu desenvolupament i en les que regulin el treball sanitari en els Centres de Salut.

14. A obtenir els medicaments i productes sanitaris que es considerin necessaris per a promoure, conservar o restablir la seva salut, en els terminis que reglamentàriament s'estableixi per la Administració de l'Estat.

15. Respectant el peculiar règim econòmic de cada servei sanitari, els drets contemplats en els apartats 1,3,4,5,6,7,9 i 11 d'aquest article seran exercits també amb respecte als serveis sanitaris privats.

Article 11

Seràn obligacions dels ciutadans amb les institucions i organismes del sistema sanitari:

1. Complir les prescripcions generals de naturalesa sanitària comuna a tota la població, així com les específiques determinades pels Serveis Sanitaris.

2. Tenir cura de les instal·lacions i col·laborar en el manteniment de la habitabilitat de les Institucions Sanitàries.

3. Responsabilitzar-se de l'ús adequat de les prestacions ofertades pel sistema sanitari, fonamentalment en el que es refereix a la utilització de serveis, procediments de baixa laboral o incapacitat permanent i prestacions terapèutiques i socials.

Signar el document d'alta voluntària en els casos de no acceptació del tractament. De negar-se a fer-ho, la Direcció del corresponent Centre Sanitari, a proposta del facultatiu encarregat del cas, podrà donar l'alta.

b) Prestacions

S'estableix el dret a rebre assistència tant a nivell primari com hospitalari però l'atenció Primària es consagra com l'eix fonamental i porta d'entrada al sistema sanitari públic. Es un model que vol ser fidel al Programa de l'OMS Salut Per a Tothom el 2000 i la Declaració d'Alma Ata de 1978

Legislació 11 LGS article 15, l'Atenció Primària com a porta d'entrada al sistema

Article 15.

1. Un cop superades les possibilitats de diagnòstic i tractament de l'Atenció Primària els usuaris del Sistema Nacional de Salut tenen dret, en el marc de la seva Àrea de Salut, a ser atesos als serveis especialitzats hospitalaris.

2. El Ministeri de Sanitat i Consum acreditarà serveis de referència, als que podran acudir tots els usuaris del Sistema Nacional de Salut un cop superades les possibilitats de diagnòstic i tractament dels serveis especialitzats de la Comunitat Autònoma on resideixin.

La llibertat d'elecció de proveïdor queda restringida a àmbit de l'Atenció Primària Els ciutadans que vulguin tenir cobertura sanitària pública només podran utilitzar els proveïdors que determini l'administració. Aquests garantiran un tracte igualitari a tots els pacients, sigui quina sigui la seva font de finançament

Legislació 12 LGS, articles 14, 16 i 17, accés al sistema públic

Article 14.

...a la facultat d'elecció de metge a l'Atenció Primària del Àrea de Salut. Als nuclis de població de més de 250.000 habitants es podrà escollir en el conjunt de la ciutat.

Article 16.

... els usuaris sense dret a l'assistència dels Serveis de Salut...podran accedir als serveis sanitaris amb la consideració de pacients privats d'acord amb els següents criteris:

- 1.Atenció Primària...mateixes normes sobre assignació d'equips i lliure elecció*
- 2. centres hospitalaris...llista d'espera única, pel que no existirà un sistema d'accés i hospitalització diferenciat segons la condició del pacient.*
- 3. La facturació...serà efectuada per les respectives administracions dels Centres prenent com a base els costos efectius....En cap cas aquests ingressos (derivats de l'atenció de pacients privats) podran revertir directament en aquells que intervenen en l'atenció d'aquests pacients.*

Article 17.

Les Administracions públiques obligades a atendre sanitàriament els ciutadans no els abonaran les despeses que puguin ocasionar-se per la utilització de serveis sanitaris diferents dels que els corresponen en virtut d'aquesta Llei...(i les normes que la desenvolupen)

S'estableixen àmbits específics d'actuació que van més enllà de la pròpia assistència sanitària, com la sanitat ambiental. Queda però establert que l'execució de les polítiques en aquest àmbit es realitzarà a través d'altres Departaments o Ministeris amb aquesta responsabilitat. Així a la pràctica són els Ministeris de Medi Ambient, Obres Públiques, Indústria i Energia o Comerç, Consum i Turisme els que assumeixen aquesta funció, ja sigui directament, o el que és més comú, delegant als municipis.

Legislació 13 LGS article 19, sanitat ambiental

Article 19.

1. *...sanitat ambiental...*
2. *Proposaran o participaran amb altres Departaments en l'elaboració i execució de legislació sobre:*
 - a) *qualitat de l'aire*
 - b) *aigües*
 - c) *aliments*
 - d) *residus orgànics*
 - e) *sol i subsòl*
 - f) *energia*
 - g) *transport col·lectiu*
 - h) *substàncies tòxiques i perilloses*
 - i) *vivenda i urbanisme*
 - j) *medi escolar i esportiu*
 - k) *medi laboral*
 - l) *llocs d'esbarjo públic*
 - m) *qualsevol altre aspecte del medi ambient relacionat amb la salut*

La salut mental rep una menció específica, preconitzant la reinserció a la comunitat. Fa poc temps que l'anomenada antipsiquiatria ha començat a enderrocar les parets dels manicomis.

Legislació 14 LGS article 20, salut mental

Article 20.

....salut mental..

1. *L'atenció als problemes de salut mental es farà a l'àmbit comunitari potenciant els recursos assistencials a nivell ambulatori, hospitalització parcial i a atenció a domicili, que redueixin al màxim possible la necessitat d'hospitalització...*
2. *La hospitalització...es farà en les unitats psiquiàtriques dels hospitals generals.*
3. *Es desenvoluparan serveis de rehabilitació i reinserció social adients per una adient atenció integral...buscant ...coordinació amb els serveis socials.*
4. *...en coordinació amb els serveis socials...aspectes de prevenció primària i l'atenció als problemes psicosocials...*

La llei d'acord amb el model d'Atenció Primària que propugna, proposa la integració de la salut laboral als equips d'Atenció Primària. Es preveu també, mecanismes de participació a través de les organitzacions representatives dels empresaris i els treballadors.

Malgrat això, es continua amb el model heretat del règim anterior, on la salut laboral és responsabilitat de les mútues d'accidents de treball. Els empresaris estan obligats a aportar una quota per treballador que cobreixi aquest risc. Aquestes mútues són entitats sense ànim de lucre que no són integrades, finalment, a la xarxa sanitària pública i que, actualment gaudeixen de molt bona salut econòmica, comptant amb una xarxa pròpia d'establiments dedicats a la realització de proves de control preventiu, rehabilitació i cirurgia.

Encara més, la recentment aprovada Llei de Prevenció de Riscos Laborals ha reafirmat la importància d'aquest àmbit de la salut i el paper d'aquestes entitats.

Legislació 15 LGS article 21, salut laboral

Article 21

1. *..la salut laboral..*
 - a) *...promoure la salut integral del treballador.*
 - b) *..prevenció dels riscos professionals*
 - c) *...vigilància de condicions de treball i ambientals ..en períodes d'embaràs i lactància..*
 - d) *..determinar i prevenir factors de microclima laboral...nocius per la salut..*
 - e) *..vigilar la salut..per detectar precoçment i individualitzar factors de risc i deteriorament...*
 - f) *Elaborar...un mapa de riscos laborals...les empreses tenen l'obligació de comunicar ...les substàncies utilitzades al cicle productiu...s'establís un sistema d'informació sanitària que permeti el control epidemiològic i el registre de morbiditat i mortalitat per patologia professional.*
 - g) *Promoure la informació, formació i participació dels treballadors i empresaris... en el camp de la salut laboral*
2. *Les accions... es desenvoluparan des de les Àrees de Salut...*
3. *..les competències...es portaran a terme sota la direcció de les autoritats sanitàries..en estreta coordinació amb les autoritats laborals i amb els òrgans de participació, inspecció i control...en les Empreses.*

Article 22.

Els empresaris i treballadors a través de les seves organitzacions representatives participaran ...amb la salut laboral, en els diferents nivells territorials.

c) Criteris generals d'actuació de l'Administració

S'estableix un règim de controls previs de tipus administratiu com a mesura de prevenció de riscos. Es preveu la creació de diversos registres, requisits mínims i prohibicions sobre les diferents activitats, empreses i productes que estiguin relacionats amb la salut. (articles 23,24,25 i 28) La publicitat i la propaganda seran controlades específicament en el referent a la salut. (article 27 i 30).

La administració, a més, podrà prendre mesures administratives com la immobilització, la incautació o la intervenció quan s'aprecii un risc imminent per a la salut (article 27).

Els centres i establiments sanitaris, sigui quin sigui el seu nivell assistencial o titular requeriran d'una autorització administrativa prèvia per a la seva instal·lació i funcionament.

Legislació 16 LGS, article 29, autorització administrativa prèvia

Article 29.

1. *Els centres i establiments sanitaris, qualsevol que sigui el seu nivell i categoria o titular, necessitaran d'autorització administrativa prèvia per a la seva instal·lació i funcionament, així com per a les modificacions que respecte de la seva estructura i règim inicial puguin establir-se.*
2. *La prèvia autorització administrativa es referirà també a les operacions de qualificació, acreditació i registre de l'establiment. Les bases generals sobre qualificació, registre i autorització seran establertes per Reial Decret.*

Quan la defensa de la salut de la població ho requereixi, les Administracions sanitàries ...podran establir règimens temporals i excepcionals de funcionament dels establiments sanitaris.

Els centres que formin part de la xarxa d'utilització pública, ja siguin de titularitat pública o privada, estaran sotmesos a inspecció, control i avaluació de les seves activitats i funcionament. La capacitat de control és força ampla, permetent fins i tot l'entrada als centres sotmesos al règim de la llei sense autorització prèvia.

Legislació 17 LGS articles 30 i 31, inspecció i control

Article 30.

1. *Tots els Centres i establiments sanitaris, així com les activitats de promoció i publicitat, estaran sotmesos a la inspecció i control per les Administracions Sanitàries..*

Els centres..(de la Xarxa d'Utilització Pública –art. 66-)..estaran a més, sotmesos a l'avaluació de les seves activitats i funcionament. En tot cas les condicions que s'estableixin seran anàlogues a les fixades per als Centres públics.

Article 31.

1. *El personal...que desenvolupi les funcions d'inspecció...estarà autoritzat per:*
 - a) *Entrar lliurement i sense notificació prèvia a tot Centre o establiment subjecte a aquesta Llei*
 - b) *Procedir a les proves, recerques o exàmens necessaris per comprovar el compliment de la Llei*
 - c) *Prendre mostres...*
 - d) *tot allò que calgui...complint les funcions d'inspecció*
2. *Com conseqüència...de la inspecció i control, les autoritats...podran ordenar la suspensió provisional, prohibició d'activitats i clausura definitiva dels Centres i establiments, per requerir-ho la salut col·lectiva o per incompliment dels requisits exigits...*

Com es d'esperar, la llei inclou un règim sancionador (articles 31 a 37), que preveu des de la imposició de multes de diferent quantia al tancament definitiu d'activitats, en funció de la gravetat de les infraccions, establerta segons el risc que suposi per a la salut, l'eventual benefici, la intencionalitat i la gravetat de l'alteració sanitària o social produïda. Aquestes sancions, de tipus administratiu, no eximeixen de les responsabilitats civils o penals a que hi hagi lloc.

Legislació 18 LGS article 34, règim sancionador

Article 34.

Les infraccions es qualifiquen com lleus, greus i molt greus, atenent als criteris de risc per a la salut, quantia del eventual benefici obtingut, grau d'intencionalitat, gravetat de l'alteració sanitària i social produïda, generalització de la infracció i reincidència.

-cal tenir en compte que l'escàndol per l'enverinament de l'oli de colza adulterat era encara molt present- L'any 1.979, en plena transició, es va produir un frau en la venda com oli d'oliva (un aliment bàsic de la dieta espanyola però d'un elevat cost) d'oli de colza desnaturalitzat destinat a l'ús industrial. Com a conseqüència van resultar afectades a més de 20.000 persones que pateixen greus seqüeles i en van morir un miler. L'Estat haurà d'indemnitzar als afectats amb prop de 500 milions d'Euros.

e) L'Estat

L'Estat es reserva les competències de Sanitat Exterior, Regulació i Alta Inspecció.

La Sanitat exterior són totes aquelles activitats relacionades amb la vigilància i control de riscos per a la salut conseqüència del tràfic internacional de mercaderies i persones (article 38).

En coordinació amb el Ministeri d'Assumptes Exteriors es preveu la col·laboració internacional, ja sigui amb països concrets o organismes internacionals, en matèria de control epidemiològic i lluita contra malalties transmissibles, recerca biomèdica, manteniment del medi ambient i ajuda al desenvolupament i cooperació internacional. (article 39)

La Regulació es defineix com l'establiment de les normes de tipus general en relació als següents àmbits:

1. control sanitari del medi ambient
2. control i registre sanitari de productes de consum humà directe o indirecte i de les empreses que els produeixen o comercien amb ells, incloent:
 - additius, embalatges i envasos
 - detergents i desinfectants d'ús a la indústria alimentària

- medicaments d'us humà i veterinari
- 3. Condicions i requisits tècnics de serveis, instal·lacions i equipaments dedicats als serveis sanitaris, així com el manteniment d'un registre general dels mateixos
- 4. La reglamentació sobre acreditació, homologació, autorització i registre de centres o serveis, en relació a la extracció i trasplantament d'òrgans.
- 5. La homologació de programes de formació de postgrau (el pre-grau és competència del Ministeri d'Educació i Ciència)
- 6. La homologació de llocs de treball, per tal de garantir la lliure circulació de professionals i treballadors sanitaris
- 7. Els serveis de vigilància i anàlisi epidemiològica i de zoonosi
- 8. La coordinació d'actuacions en:
 - Estadístiques d'interès supracomunitari
 - Risc per a la salut d'incidència nacional o internacional
 - Prevenció i persecució del frau i la corrupció
 - Informes generals sobre salut pública

Legislació 19 LGS article 40 i DA 2, competències de l'Estat

Article 40.

La Administració de l'Estat, sense perjudici de les competències de les Comunitats Autònomes, desenvoluparà les següents actuacions:

- 1. La determinació, amb caràcter general, dels mètodes d'anàlisi i mesura i dels requisits tècnics i condicions mínimes en matèria de control sanitari del medi ambient.*
- 2. La determinació dels requisits sanitaris de les reglamentacions tècnico-sanitàries dels aliments, serveis o productes directa o indirectament relacionats amb l'ús i consum humans.*
- 3. El registre general sanitari d'aliments i de les indústries, establiments o instal·lacions que els produeixen, elaboren o importen, que recollirà les autoritzacions i comunicacions de les Comunitats Autònomes d'acord amb les seves competències.*
- 4. La autorització mitjançant reglamentacions i llistes positives d'additius, desnaturalitzadors, material macromolecular per la fabricació d'envasos i embalatges, components alimentaris per règims especials, detergents i desinfectants utilitzats a la indústria alimentària.*
- 5. La reglamentació, autorització i registre o homologació, segons s'escaigui, dels medicaments d'us humà i veterinari i dels altres productes i articles sanitaris i d'aquells que, a l'afectar a l'ésser humà, puguin suposar un risc per la salut de les persones. Quan es tracti de medicaments, productes o articles destinats al comerç exterior o quina utilització o consum pogués afectar a la seguretat pública, l'Administració de l'Estat exercirà les competències d'inspecció i control de qualitat*
- 6. La reglamentació i autorització de les activitats de les persones físiques o jurídiques dedicades a la preparació, elaboració i fabricació dels productes mencionats en el número anterior així*

com la determinació dels requisits mínims a observar per les persones i els magatzems dedicats a la seva distribució majorista i l'autorització dels que exerceixen les seves activitats en més d'una Comunitat Autònoma. Quan les activitats enunciades en aquest apartat facin referència als medicaments, productes o articles mencionats en el darrer paràgraf de l'apartat anterior, l'Administració de l'Estat exercirà les competències d'inspecció i control de qualitat.

7. La determinació amb caràcter general de les condicions i requisits tècnics mínims per a l'aprovació i homologació de les instal·lacions i equips dels centres i serveis.
8. La reglamentació sobre acreditació, homologació, autorització i registre de centres o serveis, d'acord amb l'establert a la legislació sobre extracció i trasplantament d'òrgans.
9. El Catàleg i Registre General de centres, serveis i establiments sanitaris que recolliran les decisions, comunicacions i autoritzacions de les Comunitats Autònomes, d'acord amb les seves competències.
10. La homologació de programes de formació postgraduada, perfeccionament i especialització del personal sanitari, a efectes de regulació de les condicions d'obtenció de títols acadèmics.
11. La homologació general dels llocs de treball dels serveis sanitaris, a fi de garantir la igualtat d'oportunitats i la lliure circulació dels professionals i treballadors sanitaris.
12. Els serveis de vigilància i anàlisi epidemiològics i de les zoonosis, així com la coordinació dels serveis competents de les diferents Administracions Públiques Sanitàries, en els processos o situacions que suposin un risc per a la salut d'incidència i interès nacional o internacional.
13. L'establiment de sistemes d'informació sanitària i la realització d'estadístiques, d'interès general supracomunitari.
14. La coordinació de les actuacions dirigides a impedir o perseguir totes les formes de frau, abús, corrupció o desviació de les prestacions o serveis sanitaris amb càrrec al sector públic quan raons d'interès general així ho aconsellin.
15. La elaboració d'informes generals sobre la salut pública i l'assistència sanitària.
16. L'establiment de mitjans i sistemes de relació que garanteixin la informació i comunicació recíproques entre l'Administració Sanitària de l'Estat i la de les Comunitats Autònomes en les matèries objecte de la present Llei.

DA2

El govern adoptarà els criteris bàsics mínims i comuns... d'informació sanitària... podran establir-se convenis amb les Comunitats Autònomes

La Alta Inspecció té com a finalitat el garantir el compliment per part de l'Estat i les Autonomies en matèria de Sanitat de les competències establertes a la Constitució i a les lleis. Per fer-ho es supervisaran:

- La adequació dels plans de les comunitats autònomes als objectius de l'Estat, per tal d'aconseguir un sistema coherent, harmònic i solidari.
- La utilització dels fons i centres

- La no existència de discriminacions de qualsevol mena, ja sigui a usuaris o treballadors
- La participació democràtica

Legislació 20 LGS article 43, l'Alta Inspecció

Article 43.

- 1. L'Estat exercirà l'Alta Inspecció com funció de garantia i verificació del compliment de les competències estatals i de les Comunitats Autònomes en matèria de sanitat, d'acord amb l'establert a la Constitució i a les lleis.*
 - 2. Són activitats pròpies de l'Alta Inspecció:*
 - a) Supervisar l'adequació entre els plans i programes sanitaris de les Comunitats Autònomes i els objectius de l'Estat*
 - b) Avaluar l'acompliment de fins i objectius comuns i determinar les dificultats o deficiències genèriques que impedeixin assolir o distorsionin el funcionament d'un sistema sanitari coherent, harmònic i solidari.*
 - c) Supervisar el destí i utilització dels fons i subvencions propis de l'Estat assignats a les Comunitats Autònomes que tinguin un destí o finalitat determinada*
 - d) Comprovar que els fons corresponents als Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes són utilitzats d'acord amb els principis generals de la present Llei.*
 - e) Supervisar l'adscripció a fins sanitaris de centres, serveis o establiments de l'Estat transferits amb aquesta finalitat, sense perjudici de les reordenacions que puguin acordar les... Comunitats Autònomes...*
 - f) Verificar la inexistència de qualsevol tipus de discriminació en els sistemes d'administració i règims de prestacions dels serveis sanitaris...i els sistemes...de provisió dels seus llocs de treball.*
 - g) Supervisar que l'exercici de les competències...s'ajusta a criteris de participació democràtica dels interessats...*
 - 3. ...s'exercirà pels òrgans de l'Estat competents en matèria de Sanitat...*
 - 4. ...quan es comprovin incompliments...s'advertirà a través del Delegat del Govern.*
 - 5. ...si persistís la situació...el Govern....requerirà formalment...la Comunitat Autònoma...*
- Les decisions ...de l'Alta Inspecció, es comunicaran sempre al..Servei de Salut de cada Comunitat Autònoma.*

e) Les Comunitats Autònomes

Es crea un model d'organització que vol compatibilitzar una cobertura universal i amb voluntat d'igualtat a nivell de tot l'Estat amb el model de l'Estat de les Autonomies. Així es parla d'un únic Sistema Nacional de Salut (SNS) integrat per totes les estructures i serveis públics dedicats a la salut.

Les Comunitats Autònomes quan així ho indiqui els respectius Estatuts crearan els seus propis Serveis de Salut, en el marc de la Llei. Catalunya és una d'aquestes comunitats autònomes i ha creat el Servei Català de la Salut, dins el Servei Nacional de la Salut. Altres comunitats autònomes que també han creat serveis propis són el País Basc (Servei Basc de Salut o Osakidetza -en euskera-, Navarra, amb Osasubidea, Andalusia amb el Servicio Andaluz de Salud –SAS-, Galícia amb el Servicio Gallego de Saude –Sergas- o València, amb el Servei Valencià de Salut).

Es té present el principi de subsidiaritat, es a dir, tot allò no específicament legislatat és responsabilitat de l'Administració més propera al ciutadà, en aquest cas la Comunitat Autònoma.

Legislació 21 LGS articles 44, 4, 49, 45 i 41, el SNS i les Comunitats Autònomes

Article 44.

Totes les estructures i serveis públics al servei de la salut integraran el Sistema Nacional de Salut.

El Sistema Nacional de Salut és el conjunt dels Serveis de Salut de l'Administració de l'Estat i dels Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes...

Article 4.

- 1. ...concepció integral del sistema sanitari.*
- 2. Les Comunitats Autònomes crearan els seus Serveis de Salut dins el marc d'aquesta Llei i dels seus respectius Estatuts d'Autonomia*

Article 49.

Les Comunitat Autònomes hauran d'organitzar els Seus Serveis de Salut d'acord amb els principis bàsics de la present Llei.

Article 44

Són característiques del Sistema Nacional de Salut

- 3. La coordinació i, en el seu cas, la integració de tots els recursos sanitaris públics en un dispositiu únic.*
- 4. El finançament de les obligacions derivades d'aquesta Llei es farà mitjançant recursos de les Administracions Públiques, cotitzacions i taxes per la prestació de determinats serveis.*
- 5. La prestació d'una atenció integral de la salut procurant alts nivells de qualitat degudament avaluats i controlats.*

Article 45.

El Sistema Nacional de Salut integra totes les funcions i prestacions sanitàries que, d'acord amb el previst en la present Llei, són responsabilitat dels poders públics per l'adient compliment del dret a la protecció de la salut.

Article 41.

1. *Les Comunitats Autònomes exercirà les competències assumides als seus Estatuts i les que l'Estat els hi transfereixi o, en el seu cas, delegui.*
2. *Les decisions o actuacions públiques previstes en aquesta Llei que no s'hagin reservat expressament a l'Estat s'entendran atribuïdes a les Comunitats Autònomes.*

La llei especifica com les Comunitats Autònomes hauran d'organitzar els seus Serveis de Salut. És un model que descentralitza el Sistema Nacional de Salut en els corresponents Serveis Autònoms de Salut, en els quals, alhora, centralitza la planificació i la gestió de la provisió de serveis sanitaris. La titularitat dels centres queda en mans dels propietaris de les infraestructures en el moment del traspàs (Taula 37).

Taula 37 : el model de descentralització

Administració	Respecte a la provisió	Respecte als proveïdors
Estat	Regulació Alta Inspecció	Manté la titularitat dels centres de la Seguretat Social
Comunitat Autònoma	Gestió	
Municipis	Participació Execució de tasques d'inspecció i control	Mantenen la titularitat

Es a dir, es preveu que tots els centres de titularitat pública, es a dir, els que pertanyien a la Seguretat Social i es traspassin, els de les Diputacions i els dels Ajuntaments passin a ser gestionats per la Comunitat Autònoma. La propietat o titularitat roman en les administracions originàries. Aquestes però, no podran construir nous dispositius assistencials si no és d'acord amb el que estableixi el Servei de Salut de la Comunitat.

Legislació 22 LGS articles 50, 51, DA6 i DA7, els Servei de Salut de les Comunitats Autònomes

Article 50.

A cada Comunitat Autònoma es constituirà un Servei de Salut integrat per tots els centres, serveis i establiments de la pròpia Comunitat, Diputacions i Ajuntaments...que estarà gestionat...sota la responsabilitat de la respectiva Comunitat Autònoma

No obstant el caràcter integrat dels Servei cada Administració Territorial podrà mantenir la titularitat dels centres i establiments dependents de la mateixa, a l'entrada en vigor de la

present Llei, encara que, en tot cas, amb adscripció funcional al Servei de Salut de cada

Article 51.

Les Administracions territorials intracomunitaries no podran crear o establir nous centres o serveis sanitaris, sinó d'acord amb els plans de salut de cada Comunitat Autònoma i prèvia autorització

DA 6

- 1. Els centres sanitaris de la Seguretat Social quedaran integrats al Serveis de Salut només en els casos en que la Comunitat Autònoma hagi assumit competències en matèria d'assistència sanitària de la Seguretat Social, d'acord amb el seu Estatut. En els restants casos, la xarxa sanitària de la Seguretat Social es coordinarà amb el Servei de Salut de la Comunitat Autònoma.*
- 2. ...es realitzarà mitjançant una Comissió integrada per representants de l'Administració de l'Estat i de la Comunitat Autònoma, el president de la qual serà designat per l'Estat...*

DA7

Els centres sanitaris que formen part del patrimoni únic de la Seguretat Social continuaran titulats a nom de la Tresoreria General, sense perjudici de la seva adscripció funcional a les diferents Administracions Públiques Sanitàries.

Aquí es veu com el model preveu que l'Estat decideixi, a través de la seva funció reguladora i d'instruments com el Consejo Interterritorial (que s'explica més avall), el *que*, mentre que les Comunitats Autònomes decidiran el *com*, assumint les competències sobre la gestió. Això vol dir decidir sobre el funcionament i recursos, humans i materials, de la provisió de serveis. Es reserva, però un paper de participació per als municipis titulars dels centres.

Legislació 23 LGS articles 52 i 55, els Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes

Article 52.

Les Comunitats Autònomes...disposaran sobre els òrgans de gestió i control..dels seus... Serveis de Salut...

Article 55.

Dins del seu àmbit de competències, les corresponents Comunitats Autònomes regularan l'organització, funcions, assignació de mitjans personals i materials de cadascun dels Serveis de Salut...

Les Corporacions Locals que a l'entrada en vigor de la present Llei estiguessin desenvolupant serveis hospitalaris, participaran en la gestió dels mateixos, elevant proposta d'objectius i fins, així com de pressupostos anuals. Així mateix elevaran a la Comunitat Autònoma proposta en terna pel nomenament del Director del Centre Hospitalari.

A la comunitat autònoma existirà un Consell de Salut de la Comunitat on hauran de mantenir-se els criteris generals de participació democràtica a través de les corporacions locals, sindicats i organitzacions empresarials (article 53)

f) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El procés de desenvolupament autòmic no es simultani a tot el territori espanyol. No totes de les 17 comunitats autònomes tenen reconegudes competències en àmbit de la sanitat ni les que en tenen les han anat assumint al mateix temps. L'Insalud manté el seu caràcter de responsable de la cobertura sanitària pública mentre no es traspassin les competències en salut. Es parla així del 'Territori Insalud'.

Taula 38: Estructura del SNS i les Transferències a les CCAA

Comunitat Autònoma	Responsable del Servei Nacional de Salut	Any de transferència	Població
Catalunya	Servei Català de la Salut: SCS	1.981	6.147.610
País Basc	Osakidetza	1.980 ³⁰¹	2.098.628
Galícia	Servicio Galego de Saude: Sergas	1.985 ³⁰²	2.724.544
Andalusia	Servicio Andaluz de la Salud: SAS	1.985 ³⁰³	7.236.459
Navarra	Osasunbidea	1.986 ³⁰⁴	530.819
Canàries	Servicio Canario de Salud	1.996 ³⁰⁵	1.630.015
València	Servei Valencià de Salut	1.997 ³⁰⁶	4.023.441
Subtotal transferit			24.655.160
Madrid	Insalud		5.091.336
Castella La Mancha	Insalud		1.716.152
Castella Lleó	Insalud		2.484.603
Balears	Insalud		796.483
Astúries	Insalud		1.081.834
Extremadura	Insalud		1.069.419
Cantàbria	Insalud		527.137

Aragó	Insalud		1.183.234
Múrcia	Insalud		1.115.068
La Rioja	Insalud		263.644
Ceuta i Melilla	Insalud		132.225
Subtotal Insalud			15.197.491
Total			39.852.651

Per tal de coordinar les actuacions en matèria de salut es crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, presidit pel Ministre de Sanitat i Consum i amb representants de totes les comunitats autònomes i de l'Administració de l'Estat. Podrà funcionar amb comissions tècniques i comptarà amb un consell consultiu integrat per les organitzacions sindicals, empresarials i de defensa dels consumidors i usuaris.

Les seves funcions són determinar les línies bàsiques de:

- adquisicions de fàrmacs i productes sanitaris
- la política de personal
- la planificació
- altres

Legislació 24 LGS article 47, el Consell Interterritorial del SNS

Article 47.

1...el Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut..estarà integrat per un representant de cadascuna de les Comunitat Autònomes i igual nombre de membres de l'Administració de l'Estat.

2....serà l'òrgan permanent de comunicació i informació dels diferents Serveis de Salut, entre ells i amb l'Administració i coordinarà,...les línies bàsiques d'adquisicions, contractacions de productes farmacèutics, sanitaris...i de la política de personal.

....funcions de planificació..(i altres) que li puguin ser confiades per a la ... coordinació.

...Serà el President...el Ministre de Sanitat i Consum

...Comitè Consultiu...integrat per ...organitzacions empresarials i sindicals...i associacions de consumidors i usuaris...

g) El finançament

L'anàlisi dels principis bàsics i l'estructura fonamental del Sistema permeten contextualitzar el finançament, el que fa que el sistema funcioni.

El finançament del Sistema Nacional de Salut ha viscut un procés evolutiu, fruit de l'extensió de la cobertura pública prevista en la Llei i l'anomenat 'Pacte de Toledo' sobre la viabilitat del mecanisme públic de pensions.

La Llei fa responsables a totes les administracions amb competències en sanitat del finançament: l'Estat, les Comunitats Autònomes, els Municipis i la Seguretat Social hauran de preveure als seus pressupostos les partides corresponents. Es preveu també que es puguin cobrar taxes per la prestació de determinats serveis (article 78, 79, 80).

El 'Pacte de Toledo' de 1.996 va ser subscrit per tots els partits amb representació parlamentària per tal d'assegurar el sistema de les pensions públiques, davant l'imparable envelliment de la població i l'extensió de la cobertura sanitària pública. Bàsicament s'establien tres premisses. La primera és que les pensions no serien objecte de confrontació política, de manera que ningú pogués utilitzar com a reclam polític la pujada de pensions. En segon lloc s'establia que les pensions s'apujarien en funció de la variació de preus al consum (IPC), o cost de la vida. En tercer lloc el Sistema de Seguretat social es dedicaria únicament al pagament de les pensions deixant de finançar l'assistència sanitària.

Això implicava que el Sistema Nacional de Salut es finançaria a través dels Pressupostos Generals de l'Estat i per tant amb els impostos, no amb les cotitzacions. Es va establir un període transitori, en que les aportacions de la Seguretat Social anirien disminuint progressivament fins que tot el finançament del Sistema Nacional de Sanitat provingués dels Pressupostos Generals de l'Estat, cosa que va passar el 1998.

La Llei constata que l'extensió del dret a la protecció de la salut i l'atenció sanitària a tota la població està no només en relació a la despesa directa generada per l'increment del número de persones a atendre si no també amb la necessitat de noves infraestructures per tal d'assegurar l'equitat d'accés (article 81).

El finançament dels Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes s'ha de fer a partir de transferències de l'Estat i de la Seguretat Social (fins el 1.998), segons la població protegida, un cop restades les despeses dels serveis comuns i de referència nacional gestionats centralitzadament. No es parla de cap tipus d'ajustament, com podria ser per edat, renda o altre motiu... ni tan sols per la manca infraestructures, com es menciona a l'article anterior.

A la Llei es reconeix que hi ha diferències entre el nivell de finançament desitjable i la realitat en el moment de la seva promulgació. Es planteja un període de 10 anys per fer els ajustaments necessaris per arribar a l'objectiu, amb ajustaments del 10 % anuals.

Les comunitats autònomes podran contraure compromisos de despesa superiors a les assignacions de l'Estat, però hauran d'anar a càrrec de les seves pròpies finances, tret que responguin a l'interès de l'Estat.

Taula 39: evolució del sistema de finançament de les Comunitats Autònomes.

En el moment d'entrar en vigor la Llei, la majoria de Comunitats Autònomes (tret del País Basc i Navarra), no tenien capacitat de recaptació ni normativa sobre els impostos de la renda de les persones físiques -impostos directes-, ni sobre l'impost de societats -sobre les empreses-, ni sobre l'IVA -impostos indirectes-. Només tenien capacitat de recaptació sobre els impostos referents a la herència. En altres paraules, en l'entorn en que es aprovada la LGS, la capacitat de generar fons per part de les Comunitats era mínima.

L'anomenat règim foral País Basc i Navarra els permet recaptar els impostos sobre la Renda de les Persones Físiques i l'Impost de Societat i pagar després a l'Estat pels serveis comuns. Aquest pagament és, però en realitat, una quantitat calculada a partir de les diferències de renda entre la mitja de l'Estat i aquestes comunitats. Al tractar-se de comunitats amb rendes superiors a la mitja de l'Estat, a la pràctica els permeten comptar amb una capacitat de finançament envejada per la resta de comunitats.

Per intentar pal·liar aquesta situació, el 1995 es va establir que aquelles comunitats autònomes que ho desitgessin (en un pacte entre el partit al govern de la Generalitat de Catalunya- CiU- i el PSOE al govern de Madrid), tinguessin capacitat normativa i recaptària sobre el 15% de l'Impost sobre la Renda. El 1997, amb el Partit Popular al govern de Madrid el percentatge va pujar al 30%.

Es preveu que els mecanismes de compensació econòmica per les despeses generades quan en una comunitat autònoma s'atenguin pacients provinents d'altres parts de l'Estat es fonamentin en el pagament per procés. A la pràctica mai s'ha desenvolupat un sistema de facturació d'abast nacional que permeti aquest mecanisme.³⁰⁷ El que s'ha fet es admetre que hi ha un percentatge de població que es desplaça per tal de rebre tractament i en funció d'això s'ha ajustat el càlcul de l'assignació pressupostària.³⁰⁸

Aquesta situació es dona bàsicament a la Comunitat Autònoma de Madrid, Balears i Catalunya. En el primer cas perquè a Madrid hi ha els grans hospitals de referència nacional i hi ha força població amb origen altres parts de l'Estat que varen acudir a la capital durant els grans moviments migratoris dels anys 1960. Aquesta població, té encara parents propers –pares, avis, oncles- vivint a altres comunitats autònomes que en molts casos acudeixen a casa els seus familiars a la capital, i conseqüentment als seus hospitals, quan requereixen tractaments hospitalaris.

A Catalunya i concretament a Barcelona, la situació és anàloga i s'ha estimat que aquest fenomen suposa el 10% de l'atenció hospitalària realitzada a Catalunya.

Finalment, Balears és un destí turístic de primer ordre, on a l'hivern acudeixen força jubilats a través d'uns programes de turisme interior subvencionats per l'Estat (els programes del Imsero). Un nombre no menyspreable d'aquestes persones requereixen d'assistència sanitària.

Legislació 25 LGS article 82, el finançament dels Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes

Article 82.

El finançament dels serveis transferits a les Comunitats Autònomes s'efectuarà a través dels Pressupostos Generals de l'Estat o de la Seguretat Social...seguint el criteri de població protegida...es determinaran...les despeses...per a l'atenció dels serveis comuns estatals...i centres especials...de (gestió) centralitzada. La desviació, positiva o negativa, entre el percentatge de la despesa sanitària en el moment inicial i el percentatge de la població protegida serà anul·lada en el transcurs de 10 anys al ritme del 10 per 100 anual. ...Els crèdits inicials seran globalment integrats en el pressupost de cada exercici que s'autoritzi en favor de la Comunitat Autònoma i tindrà caràcter limitatiu..Els compromisos de despesa que s'adquireixin per quantia superior del seu import hauran de ser finançats amb recursos aportats per la pròpia Comunitat Autònoma, tret que provinguin de disposicions vinculants dictades amb caràcter general....La compensació entre Comunitats Autònomes per prestacions de serveis es farà en base al pagament per procés, i en el seu defecte, per tarifes establertes amb altres criteris.

Si bé l'assistència sanitària és en principi gratuïta per tots els ciutadans, existeix alguns asseguraments obligatoris associats a riscos específics. Els més importants són els accidents de treball i els accidents de tràfic. Els primer estan assegurats a través de les mútues d'accidents de treball, que són organitzacions sense ànim de lucre i els segons majoritàriament amb empreses del sector empresarial privat amb ànim de lucre.

Els centres sanitaris públics tenen capacitat per facturar les assistències prestades en raó d'aquests riscos assegurats per tercers, però qui els cobrarà efectivament serà el Sistema Nacional de Salut (l'òrgan concret és la Tresoreria General de la Seguretat Social), a nivell central. És a dir el que es factura no reverteix directament en el centre. És més, es prohibeix explícitament que els professionals que intervinguin en aquest tipus d'assistència rebin cap part d'aquest ingressos (article 16 i 83).

Amb aquest mecanisme es vol impedir una possible iniquitat generada per la prioritització d'aquests tipus de pacients i la demanda induïda. El que succeeix també és que els centres públics tenen

molt pocs incentius per facturar. Per incrementar-los es vinculen xifres de facturació com objectiu dels contractes-programa o direccions per objectius dels centres.

h) Els Municipis

Els Municipis esdevenen un dels mecanismes de participació, a través de la seva presència als òrgans de direcció dels àmbits territorials. A més, amb l'ajut del personal de les àrees sanitàries, s'encarregaran del control sanitari de:

- medi ambient: atmosfera, aigües i residus
- indústries
- vivendes i locals públics
- subministra d'aliments
- cementiris

Legislació 26 LGS article 42, les competències dels municipis

Article 42.

1. *Les normes de les Comunitats autònomes...hauran de tenir en compte les responsabilitats de les províncies i municipis...d'acord amb els Estatuts d'Autonomia, la Llei de règim local...*
2. *Les Corporacions Locals participaran als òrgans de direcció de les Àrees de Salut*
3. *...els Ajuntaments...tindran les següents responsabilitats...*
 - a) *Control sanitari del medi ambient: contaminació atmosfèrica, abastament d'aigües, sanejament d'aigües residuals, residus urbans i industrials.*
 - b) *Control sanitari d'indústries, activitats i serveis, transports, sorolls i vibracions.*
 - c) *Control sanitari d'edificis i llocs de vivenda i convivència humana, especialment dels centres d'alimentació, perruqueries, saunes i centres d'higiene personal, hotels i centres residencials, escoles, campaments turístics i àrees d'activitat físico-esportiva i d'esbarjo.*
 - d) *Control sanitari de la distribució i subministrament d'aliments, begudes i altres productes...d'us o consum humà...i els seus mitjans de transport.*
 - e) *Control sanitari dels cementiris i policia sanitària mortuòria.*
4. *..els Ajuntaments hauran de de,amar el recolzament tècnic i mitjans de les Àrees de Salut... El personal ...dels Servies de Salut de les Comunitats Autònomes que recolzi als Ajuntaments...tindrà consideració..de personal al servei dels mateixos...*

i) Àrea de Salut

La base de l'organització del Sistema Nacional de Salut és la divisió del territori en demarcacions (article 51), que establiran les Comunitats autònomes. S'opta per un model territorial, no es parla de grups socials, professionals ni ètnics. Aquestes demarcacions s'anomenaran Àrees de Salut i seran la unitat bàsica de planificació, participació, gestió i organització dels dispositius assistencials.

Per a la seva delimitació es primaran els criteris d'accessibilitat, tant geogràfica (mitjans de comunicació, climatologia), com socio-demogràfics i de disponibilitat de recursos assistencials.

Legislació 27 LGS articles 51 i 56, les Àrees de Salut

Article 51.

Els Serveis de Salut que es creïn en les Comunitat Autònomes es planificaran amb criteris de racionalització dels recursos, d'acord amb les necessitats sanitàries de cada territori. La base de la planificació serà la divisió del territori en demarcacions geogràfiques, a l'objecte de posar en pràctica els principis generals i les atencions bàsiques a la salut...

La ordenació territorial dels Serveis serà competència de les Comunitats Autònomes i es basarà en l'aplicació d'un concepte integral d'atenció a la salut.

Article 56.

Les Comunitats Autònomes delimitaran i constituïran en el seu territori demarcacions denominades Àrees de Salut, tenint que tenir en compte...els principis...per organitzar un sistema sanitari coordinat i integral.

Les Àrees de Salut són les estructures fonamentals del sistema sanitari, responsabilitzades de la gestió unitària dels centres i establiments del Servei de Salut de la Comunitat Autònoma en la seva demarcació territorial i de les prestacions sanitàries i programes sanitaris a desenvolupar per ells....hauran de desenvolupar les següents activitats:

- *A l'àmbit de l'Atenció Primària de salut, mitjançant fórmules de treball en equip, s'atendrà a l'individu, la família i la comunitat, desenvolupant-se mitjançant programes, funcions de promoció de la salut, prevenció, curació i rehabilitació, a través tant dels seus mitjans bàsics com dels equips de recolzament a l'Atenció Primària.*
- *Al nivell de l'atenció especialitzada, a realitzar als hospitals i centres d'especialitats dependents funcionalment d'aquests, es presta l'atenció de major complexitat als problemes de salut i es desenvoluparan les altres funcions pròpies dels hospitals.*

...seran dirigides per un òrgan propi, on hauran de participar les Corporacions Locals..amb una representació no inferior al 40 per 100...

... es delimitaran tenint en compte factors geogràfics, socio-econòmics, demogràfics, laborals, epidemiològics, culturals, climatològics i de dotació de vies i mitjans de comunicació, així com les instal·lacions sanitàries de l'Àrea...poden variar l'extensió territorial i el contingent de població...

...regla general...una població no inferior a 200.000 habitants ni superior a 250.000...cada província tindrà, com a mínim, un àrea

Les característiques de l'Àrea de Salut es resumeixen a la (Taula 40). Comprenen una població entre 200.000 i 250.000 habitants. Compten amb diversos dispositius d'Atenció Primària, anomenats Centres de Salut i com a mínim un Hospital General. S'estableixen un nivell de participació, un de direcció i un de gestió.

La participació s'articula en el consell d'Àrea, a través dels municipis i els treballadors de la salut. A la direcció participen, col·legiadament, els municipis i l'administració de la sanitària. La gestió correspon a un Gerent d'Àrea.

El sistema d'informació assistencial es centra en la història clínico-assistencial individual. Haurà de ser única per cada centre sanitari i, si és possible, per tota l'Àrea. Amb l'adient confidencialitat, s'utilitzarà tant per finalitats assistencials com científiques. A més es preconitzen, l'establiment de mecanismes d'interrelació entre nivells assistencials encara que no s'indiquen quins.

La Planificació es realitza a través del Pla de Salut de l'Àrea, que d'acord amb les directrius generals del Sistema Nacional de Salut, concretarà i prioritzarà les actuacions de l'Àrea. Alhora, el conjunt de Plans d'Àrea conformaran el Pla de Salut de la Comunitat Autònoma. L'avaluació es farà a través de la confecció d'una Memòria anual.

Taula 40: característiques de les àrees de salut

Àrea de Salut (article 57)	
Població assignada	200.000 a 250.000 habitants
Dispositius assistencials	Atenció Primària: Centres de Salut Atenció Hospitalària: Hospital General
Sistemes d'informació	Hi haurà una Història Clínica per pacient i per centre sanitari, i en la mesura del possible per tota l'Àrea. (article 61)
Participació comunitària	Consell de Salut de l'Àrea (article 58)
	<i>membres</i>
	<i>Funcions</i>
	50 % corporacions locals 25 % sindicats (professionals titulats) 25 % Administració sanitària
	Orientar les directrius sanitàries i verificar l'adequació de les actuacions Proposar mesures per estudiar problemes específics Prioritzar Promoure la participació comunitària Informar el Pla de Salut i la Memòria de l'Àrea

(continuació)

Direcció	Consell de Direcció de l'Àrea (article 59)	
	<i>membres</i>	<i>Funcions</i>
	60 % Comunitat Autònoma 40% corporacions locals	Proposta de nomenament i de cessament del Gerent d'àrea Aprovació de la proposta de Pla de Salut i la Memòria de l'Àrea Aprovació de les prioritats de l'àrea
Gestió	Gerent d'àrea (article 60)	
	Nomenat per la Direcció del Servei de Salut de la Comunitat	Execució de les directrius

j) Les Zones Bàsiques de Salut i els Centres de Salut

Les Àrees Bàsiques de salut es dividiran en Zones Bàsiques de Salut, també d'acord a criteris d'accessibilitat (article 62). La zona bàsica de salut és l'àmbit territorial on es desenvolupa l'activitat dels Equips d'Atenció Primària. Es defineix, per tant, un model d'Atenció Primària caracteritzat per:

- El treball en equip
- La base territorial
- La integralitat: incloent a més de la curació, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la rehabilitació

Legislació 28 LGS article 63, la Zona Bàsica de Salut

Article 63.

La zona bàsica de salut és el marc territorial de l'Atenció Primària de salut on desenvolupen les activitats sanitàries dels Centres de Salut, centres integrals d'Atenció Primària. Els centres de salut desenvoluparan de forma integrada i mitjançant treball en equip totes les activitats encaminades a la promoció, prevenció, curació i rehabilitació de la salut, tant individual com col·lectiva, dels habitants de la zona bàsica; a tal efecte, seran dotats dels mitjans personals i material que calguin per al compliment de l'esmentada funció...

Els Centres de Salut són les infraestructures que donen suport a les tasques dels Equips d'Atenció Primària (Article 64); és on hi haurà els locals de consultes i equipaments per exploracions complementàries, sales de reunions per a la coordinació dels professionals i activitats comunitàries i el suport administratiu necessari.

Cada àrea de salut està vinculada o disposarà de com a mínim un hospital general, entès com aquell dispositiu assistencial encarregat de l'internament i l'assistència especialitzada (article 65)

k) Els Hospitals

Es preveu la creació d'una xarxa d'hospitals del sector públic, formada tant pels hospitals de titularitat pública com pels d'altre titularitat que així ho sol·licitin. L'adscripció d'aquests centres tindrà les següents característiques (articles 66 i 67):

- Seguirà criteris objectius, establerts en protocols,
- Es revisarà periòdicament
- Acompleixin els requisits tècnics
- Ho requereixin les necessitats assistencials
- Ho permeti la disponibilitat pressupostària del sector públic

Legislació 29 LGS article 66, els hospitals

Article 66.

1. *Formarà part de la política sanitària de totes les administracions públiques la creació d'una xarxa integrada d'hospitals del sector públic. Els hospitals generals del sector privat que ho sol·liciten seran vinculats al Sistema Nacional de Salut, d'acord amb un protocol definit, sempre que per les seves característiques tècniques siguin homologables, quan les necessitats assistencials ho justifiquen i si les disponibilitats econòmiques del sector públic ho permeten.*
2. *Els protocols seran objecte de revisió periòdica*
3. *El sector privat vinculat mantindrà la titularitat de centre i establiments dependents del mateix, així com la titularitat de les relacions laborals del personal que en ells presti el seus serveis.*

La incorporació de cada hospital de titularitat no pública que compleixi els requisits adients a la xarxa pública es farà a través d'un conveni específic de durada limitada, encara que prorrogable. Les condicions de funcionament, la dotació de recursos i la qualitat i cost de l'atenció assistencial hauran de ser les mateixes que les dels hospitals de titularitat pública.

Això significa que en cap cas no podran cobrar a cap pacient ni per l'assistència sanitària prestada ni per serveis complementaris o no sanitaris (en aquest segon cas, es preveu que puguin haver-hi certes excepcions que requeriran aprovació prèvia). Tampoc no podran discriminar cap usuari ni treballador per condició social, econòmica, ideològica ni de creences.

l) Gestió dels Centres Sanitaris

La llei estableix un escenari de gestió dels serveis sanitaris públics força concret (potser massa concret per una llei marc). Com idees fonamentals s'esmenten la tendència a l'autonomia i el control democràtic. La primera és una aposta clara per un model de gestió descentralitzat. Es parla

però de tendència, no s'estableixen ni graus ni terminis per assolir-la: hi ha doncs marge per adaptacions a les particularitats. La segona és coherent amb el principi de participació que apareix constantment a la llei.

Però la Llei va un pas més enllà i concreta la introducció de dues eines de gestió: la direcció participativa per objectius, la millora continua de la qualitat i la creació d'unitats de control de qualitat. Es concreta, també la participació de les societats científiques, com assessores en l'establiment dels sistemes d'avaluació de la qualitat i dels professionals en els processos d'avaluació.

Aquestes eines eren realment innovadores en el sector públic en el moment de l'aparició de la llei, provinents de l'escola francesa d'administració pública. Actualment segueixen sent molt útils, però també tenen els seus inconvenients i n'han aparegut de noves.³⁰⁹ Per exemple la direcció per valors o la certificació. O en el mateix el camp de la qualitat, cada cop és més palès el paper protagonista dels usuaris. Potser no calia anar tant enllà si es pretenia fomentar realment l'autonomia de gestió.

Legislació 30 LGS article 69, criteris per a la gestió dels Centres Sanitaris

Article 69

- 1. Als Serveis sanitaris públics es tendirà cap a l'autonomia i control democràtic de la seva gestió, implantant una direcció participativa per objectius.*
- 2. La avaluació de la qualitat de l'assistència prestada haurà de ser un procés continuat que informará totes les activitats del personal de salut i dels serveis sanitaris del Sistema Nacional de Salut. La Administració sanitària establirà sistemes d'avaluació de qualitat assistencials escoltades les Societats científiques sanitàries. Els metges i altres professionals titulats del centre haurà de participar als òrgans encarregats de l'avaluació de la qualitat assistencial del mateix.*
- 3. Tots els Hospitals hauran de possibilitar o facilitar a les unitats de control de qualitat externa el compliment de les seves tasques. Així mateix, establiran els mecanismes adients per oferir un alt nivell de qualitat assistencial.*

m) El Pla de Salut

Els Plans de Salut havien de ser els instruments bàsics de planificació i coordinació del Sistema Nacional de Salut (article 54), com a conjunt de Sistemes de Salut de les Comunitats Autònomes. Per assegurar la coordinació, l'Estat hauria d'aportar els criteris comuns en quant a objectius, recursos, sistemes d'informació i avaluació (article 73), a partir dels quals cada Comunitat hauria de desenvolupar el seu propi Pla, o si ho desitgés, un Pla en coordinació amb l'Estat (article 71). Es dibuixa un model de planificació de tipus piramidal: Pla de l'Àrea < Pla de la Comunitat < Pla Integrat

Els Plans havien de considerar no només les accions sanitàries si no les inversions necessàries per portar-les a terme i havien de servir a les comunitats autònomes per proposar increments en l'aportació econòmica de l'Estat (article 72). El seu horitzó podia ser anual o plurianual.

La llei, novament, és molt exhaustiva alhora de definir els continguts dels plans. Hauran de contenir:

- ✓ criteris per determinar la necessitat de recursos humans i materials
- ✓ els objectius mínims en matèria de prevenció, promoció i assistència sanitària
- ✓ els mecanismes de priorització
- ✓ els criteris d'avaluació

Legislació 31 LGS article 70, el Pla de Salut

Article 70

1. *L'Estat i les Comunitats Autònomes aprovaran plans de salut...en els que es preveuran les inversions i accions sanitàries a desenvolupar, anual o plurianualment.*
2. *La Coordinació General sanitària inclourà:*
 - a) *l'establiment amb caràcter general d'índex o criteris mínims bàsics i comuns per avaluar les necessitats de personal, centres o serveis sanitaris, l'inventari definitiu de recursos institucionals i de personal sanitari i els mapes sanitaris nacionals.*
 - b) *La determinació de fins o objectius mínims comuns en matèria de prevenció, protecció, promoció i assistència sanitària.*
 - c) *El marc d'actuacions i prioritats per assolir un sistema sanitari coherent, harmònic i solidari.*
 - d) *l'establiment amb caràcter general de criteris mínims bàsics i comuns d'avaluació de l'eficàcia i rendiment dels programes, centres o serveis sanitaris.*
3. *El govern elaborarà els criteris generals de coordinació sanitària d'acord amb les previsions subministrades per les Comunitats Autònomes i l'assessorament de sindicats i organitzacions empresarials.*
4. *Els criteris generals de coordinació aprovats per l'Estat es remetran a les Comunitats Autònomes per a que siguin tinguts en compte...als seus Plans de Salut i pressupostos anuals...*

Es preveia la confecció d'un Pla Integrat (article 75) que recollís tots els Plans elaborats per les Comunitats Autònomes, en el si del Consejo Interterritorial (article 76) que a més serà l'encarregat de monitoritzar el seu compliment i proposar els ajustos que es creguin adients (article 77). El Pla Integral havia d'incloure necessàriament la previsió de finançament de les accions proposades.

El Pla, tal i com es va dissenyar a la Llei mai no s'ha portat a la pràctica. Existeix un Pla de Salut de l'Estat però ha estat realitzat per la tècnics de la Escuela Nacional de Sanidad sense la participació de les comunitats autònomes ni inclou les previsions de finançament.

Legislació 32 LGS article 74, el Pla Integrat de Salut

Article 74

1. *El Pla Integrat de Salut...els criteris de coordinació general aprovats pel govern...recollirà en un document únic els plans estatals, ...de les Comunitats Autònomes i conjunts..... Les assignacions ... de les diferents Administracions i les fonts de finançament.*
2. *...tindrà el termini de vigència que en ell es determini.*

n) Recursos Humans

Es preveu que el personal que treballi al Servei Nacional de Salut, i per tant també als Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes tindrà un règim regulat pel que s'anomena Estatut Marc que serà aprovat pel govern de l'Estat. Aquest règim jurídic es, a la pràctica, equivalent a un règim funcional, és a dir, ocupació de per vida amb unes condicions retributives i laborals rígides i homogènies. Els mecanismes de contractació estaran subjectes als mecanismes previstos per l'administració amb igualtat d'oportunitat d'accés, lliure concurrència i publicitat.³¹⁰

El debat sobre els avantatges i inconvenients del règim funcional no està tancat. El que és evident que no és el sistema preferit per al que s'anomena la gestió empresarial. Com elements positius cal remarcar que els mecanismes d'incorporació a la funció pública a Espanya, a través de les oposicions o concursos públics, faciliten que s'acompleixi el principi de lliure concurrència i igualtat d'oportunitats i així es limita molt en nepotisme i el clientelisme. En contrapartida, la homogeneïtat de les normes i la seva rigidesa dificulta en gran manera l'adaptació a situacions canviants.

De totes maneres es preveu la possibilitat de gestionar la re-ubicació funcional dels professionals dintre l'Àrea de Salut, com a unitat bàsica de gestió, sempre que es necessiti per raons organitzatives i mentre es respectin totes les condicions laborals i econòmiques. El marge de maniobra no és doncs, massa gran. (Article 87). En aquest àmbit, es considera la formació continuada com quelcom essencial a la gestió dels recursos humans

Els funcionaris seguiran com a tals, ja sigui a l'Administració central com a autonòmica encara que la comunitat autònoma podrà desenvolupar la legislació bàsica(article 85).

Legislació 33 LGS article 84, els Recursos Humans i l'Estatut Marc

Article 84.

1. *L'Estatut-Marc contindrà la normativa bàsica aplicable en matèria de classificació, selecció, provisió del llocs de treball i situacions, drets i deures, règim disciplinari, incompatibilitats i sistema retributiu, garantint l'estabilitat a l'ocupació i la seva categoria professional. En desenvolupament d'aquesta normativa bàsica, la concreció de les funcions de cada estament dels assenyalats..s'establirà en els seus respectius Estatuts que es mantindran com a tals.*
2. *Les normes de les Comunitats Autònomes...s'ajustaran.. a l'Estatut Marc. La selecció de personal i la seva gestió i administració es farà per les Administracions...a que estiguin adscrits els diferents efectius.*
3. *....es tindrà en compte el coneixement... de les llengües oficials (pròpies de les Comunitats Autònomes)...*

Avançant-se a la gestió per valors s'estableix que el personal sanitari ha de treballar de manera que es promogui la salut i es disminueixi la necessitat de serveis sanitaris curatius (Article 86).

La pràctica privada dels professionals queda emparada a l'article 88 on es reconeix el dret al l'exercici lliure de les professions sanitàries, d'acord als articles 35 (on es recull el dret al treball i es preveu l'Estatut dels treballadors) i 36 (referent als Col·legis professionals) de la Constitució

o) El paper del Sector privat i la seva relació amb el Sector Públic; els Concerts

La llibertat d'empresa es reconeix a l'article 89, d'acord a l'article 38 de la Constitució on es recull el dret a la llibertat d'empresa en el marc de l'economia de mercat. S'admet, per tant, que existeixin proveïdors privats. Alhora es preveu que l'Estat organitzi la prestació dels serveis amb centres propis, i quan hagi de contractar serveis per manca de capacitat, prioritzarà els proveïdors sense finalitat de lucre. Aquesta contractació rep el nom de 'concert'.

En aquest sentit també s'explicita l'interès per potenciar les organitzacions de tipus cooperatiu i associacions d'usuaris, sempre i quant no entrin en conflicte d'interessos per comptar entre els seus membres a proveïdors, entitats amb ànim de lucre o es dediquin només a fer publicitat comercial (article 92 i 93)

El finançament dels centres concertats es farà en funció de les finalitats pactades en els concerts. Només es donaran subvencions en casos específics lligats a programes concrets d'interès social, mai per finançar l'activitat ordinària (article 91)

Estaran adscrits a un Àrea de Salut on hauran de treballar en coordinació amb la resta de dispositius assistencials, fonamentalment d'Atenció Primària, i es sotmetran als mateixos mecanismes de control i avaluació. (article 68 i 94).

Legislació 34 LGS article 90, els concerts

Article 90.

Les Administracions Públiques Sanitàries...podran establir concerts per a la prestació de serveis sanitaris amb mitjans aliens a elles...tindran en compte la utilització òptima dels seus recursos sanitaris propis.

- 1. ...donaran prioritat en anàlogues condicions d'eficàcia, qualitat i costos als establiments centres...de caràcter no lucratiu.*
- 2. ...no podran contradir...els objectius...dels plans de salut*
- 3. ...fixaran els requisits...condicions econòmiques en base a mòduls e costos efectius prèviament establerts i revisables per l'administració...*
- 4. ...centres prèviament homologats...per un protocol definit...*
- 5. ...a més dels drets i obligacions recíprocs...quedarà assegurat... que l'atenció... que es presti... serà la mateixa per a tots.. i no s'establiran serveis complementaris respecte... als centres sanitaris públics.*

p) fàrmacs

La Llei General de Sanitat dibuixa les grans línies en referència als medicaments, que posteriorment es desenvolupen a la Llei del Medicament, Llei 25/1990, de 20 de desembre, BOE del 22 del desembre.

L'Estat assumeix el paper de regulador del mercat de medicaments i els altres productes sanitaris (zoo-sanitaris, fungibles, etc.). El mecanisme primordial per a la regulació és l'autorització prèvia, que tindrà en compte els següents criteris (article 95):

- seguretat i eficàcia
- capacitat de l'elaborador, fabricant i distribuïdor, que haurà de tenir un Director Tècnic Farmacèutic –o equivalent dins la Comunitat Europea- i llicència prèvia (article 100)
- qualitat de fabricació, segons les normes codificades pel govern (article 98): puresa, estabilitat...
- informació
- la realització d'assaig clínics controlats

Les autoritzacions seran temporals i reversibles (article 96). Els medicaments tindran una denominació espanyola, adaptada a la de l'OMS (article 97). La llicència acreditarà unes taxes, calculades amb criteris objectius, que permetin, per una banda cobrir els costos d'avaluació i control però que alhora 'estimulin' –sic- a les empreses petites i mitjanes (article 101). És una postura tendent a la protecció de la indústria nacional, que té aquestes característiques, davant les grans multinacionals farmacèutiques.

Els importadors, fabricants i professionals tenen l'obligació de comunicar els efectes adversos (article 99). El sistema de vigilància epidemiològica d'efectes adversos té com a eina fonamental l'anomenada 'Targeta groga'.

La publicitat dirigida als professionals i al públic requerirà autorització prèvia (article 102)

La custòdia, conservació i dispensació de medicaments correspondrà a (article 103) :

- les oficines de farmàcia, que són de titularitat privada. El seu establiment està sotmès a una forta regulació, en quant a número per habitant, distància, etc.
- Els serveis de farmàcia dels Centres de Salut
- Els serveis de farmàcia dels hospitals

Només els farmacèutics en podran ser propietaris i/o titulars.

El Sistema Nacional de Salut actualment financia totalment tots els fàrmacs d'ús hospitalari prescrits als hospitals de la xarxa pública. Els fàrmacs d'ús ambulatori prescrits a la xarxa d'Atenció Primària pública són també gratuïts pels pensionistes. Els treballadors en actiu han de fer-se càrrec del 40% del cost del medicament, malgrat hi ha limitacions en la quantitat total a aportar per part de l'usuari en el cas de medicaments d'ús en malalties cròniques (diabetis, hipertensió, etc...) o considerats bàsics (per exemple antituberculosos).

Els metges tenen total llibertat de prescripció, poden prescriure qualsevol medicament que hagi estat autoritzat. El Sistema Nacional de Salut, però, no cobreix tots els medicaments, encara que la llista de fàrmacs inclosos és molt amplia.

Els hospitals de la xarxa pública acostumen a tenir una guia farmacèutica d'elaboració pròpia a cada centre, on s'estableixen els fàrmacs disponibles l'en aquell centre concret d'entre la llista de fàrmacs finançats i la seva indicació. Aquestes guies les acostuma a elaborar la comissió de farmàcia del centre (no existeix una guia única per tot l'Estat).

En el cas d'Atenció Primària aquestes guies estan molt menys esteses. Alhora els increments de la despesa en farmàcia en aquest àmbit han superat el 10% anual. Per intentar frenar aquesta escalada de costos s'han utilitzat, infructuosament diversos mecanismes a diferents nivells

Un ha estat el control de preus des de la funció de regulació: l'Estat és qui fixa els preus dels medicaments quan els autoritza. Una altre ha estat intentar racionalitzar l'ús dels medicaments, amb eines com la mesura del 'valor intrínsec dels fàrmacs prescrits'.

Taula 41: el Valor Intrínsec de la Prescripció

El Valor Intrínsec de la prescripció d'un metge és una mesura de la qualitat de la prescripció. Per calcular-lo es parteix de la classificació dels medicaments en:

- 1. medicaments d'alt valor terapèutic, quan s'ha demostrat fefaentment, a través d'assaigs clínics controlats la seva eficàcia*
- 2. medicaments de valor terapèutic no demostrat fefaentment*
- 3. medicaments de baix valor terapèutica, quan no s'ha demostrat la seva eficàcia: per exemple antiinflamatoris administrats per via tòpica*

S'analitza la prescripció del metge estudiat i es determina el percentatge de cada grup de medicaments. Si predominen els del tercer tipus es conclou que el Valor Intrínsec de la prescripció és baix i per tant de poca qualitat.

Un efecte del control d'aquest indicador ha estat que alguns metges han començat a receptar fàrmacs d'alt valor terapèutic, però no indicats en un entorn d'Atenció Primària (per exemple ciclosporines de quarta generació). Per contrarestar-ho es comença a estudiar un índex d'adequació dels fàrmacs.

La més polèmica ha estat l'aplicació de la Disposició addicional cinquena de la LGS, que estableix que es finançaran amb fons públics els nous medicaments i productes sanitaris més eficaços o menys costosos que els ja disponibles. Podran excloure's, en tot o en part, del finançament públic, o sotmetre's a condicions especials, els medicaments i productes sanitaris ja disponibles, les indicacions dels quals siguin simptomatològiques, l'eficàcia dels quals no estigui provada o els indicats per afeccions sempre que hi hagi per ells una alternativa terapèutica millor o igual i menys costosa.

Són les anomenades popularment 'medicamentades' ('medicamentazo') que van aplicar tant el govern del PSOE el 1993 com el govern del Partit Popular el 1998, elaborant llistes negatives de fàrmacs (deixen de ser finançats pel sistema públic).

q) Docència i Recerca

Tota l'estructura assistencial del sistema sanitari podrà ser utilitzada amb finalitat docent, tant a nivell de pre-grau com de postgrau i formació continuada. (article 104). Amb aquest fi, s'establiran acords amb el Ministeri d'Educació i Ciència.

Les Universitats que tinguin ensenyaments de medicina i infermeria i altres ensenyaments que ho requereixin (per exemple odontologia) comptaran al menys amb un Hospital i tres centres d'Atenció Primària. Com a mecanisme de coordinació, les autoritats universitàries participaran als seus òrgans de govern.

El finançament de la docència de pre-grau es responsabilitat del Ministeri d'Educació (o on les competències estan transferides, com Catalunya, de la Conselleria d'Ensenyament) a través de l'establiment de vinculació entre places assistencials i docents (article 105)

La formació de postgrau està articulada a través del programa MIR (Metges Interns Residents), que té un finançament específic (Taula 42).

Taula 42: el Programa MIR

El programa MIR (Metges Interns Residents) es va establir l'any 1980 per regular la formació de metges especialistes. Només podran obtenir el títol d'especialista aquells metges que s'hagin format per aquesta via. El programa està regulat per una comissió on participen el Ministeri d'Educació i el de Sanitat.

L'accés a la formació MIR es realitza seguint un mecanisme de tipus concurs-oposició on es té en compte la nota obtinguda a un exàmen de tipus test d'elecció múltiple que es realitza simultàneament a tot l'Estat i la nota mitja de la llicenciatura. Segons la nota global obtinguda es fa un llista d'ordre. Seguint aquest ordre els opositors van seleccionant les places concretes on voldran realitzar la formació. Durant aquesta formació, que pot durar entre 3 i 5 anys segons l'especialitat, reben una remuneració a partir de fons específics del Ministeri de Sanitat.

Només els centres acreditats pel comissió del programa MIR poden impartir docència MIR. El nombre de places de formació acreditades és superior al de places de resident finançades. Això suposa un estímul als centres per fer-se més atractius als candidats a resident.

Encara que la majoria són hospitals públics o de la xarxa pública. Els hospitals privats que no estan a la xarxa pública també poden entrar al programa MIR, sempre i quan superin l'acreditació. En aquests cas no reben fons per als seus residents, però tenen dret a rebutjar els candidats que han escollit el seu centre.

La recerca haurà de tenir un paper fonamental en el sistema sanitari, com a element de progrés del mateix. La recerca en el camp biosanitari estarà en coordinació amb la política nacional de salut i de recerca. D'acord amb el model d'atenció a la salut dibuixat en la Llei, haurà de contemplar la promoció de la salut, la prevenció i curació, l'avaluació de l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència.

Les Comunitats Autònomes podran crear els seus propis organismes de recerca que tindran la seva autonomia garantida i podran proporcionar-se finançament d'acord amb els criteris generals de recerca.(article 107). És a dir, podran optar tant a fons públics com establir acords amb

empreses privades. El Ministeri de Sanitat també actua com a regulador en aquest àmbit, perquè serà el responsable de l'acreditació d'aquests centres de referència en recerca (article 113)

Es preveu que el personal assistencial, docent i el que treballa a l'administració i als sistemes d'informació participi en l'àmbit de la recerca. Per que això sigui possible es faran programes de capacitació a les àrees prioritàries (article 108). Es preveu assolir, progressivament, un pressupost anual mínim de l'1 per 100 dels pressupostos globals en salut i avaluar sanitàriament i econòmicament les inversions en recerca (article 109)

Legislació 35 LGS article 106, Recerca

Article 106.

Les activitats de recerca hauran de ser fomentades a tot el sistema sanitari com element fonamental per al progrés del mateix.

La recerca en biomedicina i ciències de la salut haurà de desenvolupar-se principalment en funció de la política nacional de recerca i la política nacional de la salut...contribuir a la promoció de la salut.. realitat socio-sanitària, causes, intervenció preventiva i curativa, avaluació de l'eficàcia, efectivitat i eficiència de les intervencions.

Es crea l'Institut Carlos III(en homenatge al rei Borbó més Il·lustrat que ha tingut mai Espanya) com un organisme de recolzament científic-tècnic per al Ministeri de Sanitat i els serveis de Salut de les diferents comunitats autònomes. Es constitueix com a organisme autònom presidit pel Ministre de Sanitat i Consum, al que s'adscriuen la plèiade de centres de recerca i formació postgraduada que existien en aquell moment.

La seva funció és la promoció, la coordinació i la formació dels professionals sanitaris en àmbit de la recerca biomèdica i sanitària, tant a nivell bàsic com aplicat. El seu camp d'actuació són les ciències biomèdiques (microbiologia, genètica, epidemiològica, etc), del medi ambient, dels productes de consum humà i socials en relació a la salut.

Legislació 36 LGS article 112, l'Institut Carlos III

Article 112.

1. l'estructura, organització i... funcionament es regularà per Decret... el President serà el Ministre de Sanitat i Consum.

... les seves funcions,...en coordinació amb el Consell Interterritorial... :

- *formació especialitzada del personal al servei de la salut i gestió sanitària*
- *microbiologia, virologia i immunologia.*
- *Alimentació, metabolisme i nutrició,*
- *control de medicaments i productes sanitaris*
- *sanitat ambiental*

- *control de productes biològics*
- *control sanitari d'aliments*
- *... de productes químics potencialment perillosos*
- *epidemiologia i sistemes d'informació*
- *control de malalties infeccioses i immunològiques*
- *... malalties cròniques*
- *recerca clínica*
- *... genètica i reproducció humana*
- *ciències socials i econòmiques aplicades a la salut*
- *foment i coordinació de les activitat de recerca biomèdica i sanitària, en el marc de la Llei de Foment i Coordinació General de la recerca científica i tècnica.*
- *qualsevol altre...*

r) *Avaluació de Tecnologies*

La Llei preveu, avançant-se al temps, l'avaluació de les tecnologies mèdiques, com un element clau de la funció reguladora (encara que en el redactat de la llei aquesta funció queda inclosa en l'àmbit de la recerca).

Taula 43: LGS article 110, *Avaluació de Tecnologies*

Article 110

Correspon a l'Administració Sanitària de l'Estat valorar la seguretat, eficàcia i eficiència de les tecnologies rellevants per a la salut i l'assistència sanitària.

La Taula 45 il·lustra a modus de resum el model de finançament, assegurances i provisió que queda dibuixat per la Llei General de Sanitat i el desenvolupament que se n'ha fet. La diferència més remarcable respecte al model anterior (Taula 26) és que ens trobem amb un model integrat tant a nivell del finançament com de l'assegurament i consegüentment a l'accés a l'assistència sanitària

Tots els ciutadans tenen dret a l'assistència sanitària, que és finançada a través dels Pressupostos Generals de l'Estat, és a dir, dels impostos. Les cotitzacions a la Seguretat Social es dediquen només a les pensions. El Sistema Nacional de la Salut esdevé l'assegurador únic, que està desconcentrat en els diferents Sistemes de Salut de les Comunitats Autònomes, o el que és el mateix, amb un criteri territorial.

Existeixen algunes excepcions a la regla territorial, conservant-se l'atavisme del criteri de sector productiu. El cas més significatiu són els funcionaris públics que són assegurats per la Mutualitat

de Funcionaris de les Administracions (Muface) -Taula 44-. Un altre cas similar és l'Institut Social de la Marina, que, com el seu nom indica, cobreix els professionals de la marina. En tots els casos els seus fons provenen també dels Pressupostos Generals de l'Estat

Taula 44 : el model Muface

Els funcionaris, a través de Muface, suposen una excepció a aquest mecanisme general. Anualment poden optar per ser assegurats pel sistema públic, i acudir als proveïdors de la xarxa pública, o per una companyia asseguradora privada i acudir, només, als proveïdors de la seva xarxa. Si el funcionari que ha optat per una companyia necessita serveis de d'un proveïdor públic, aquest facturarà a la companyia. Un cop s'ha complert el termini d'elecció, Muface paga a les diferents companyies una quantitat resultat de multiplicar el número de funcionaris que l'han triat per una càpita sense cap tipus d'ajustament. És a dir, hi ha capacitat d'elecció d'assegurament però és manté la integració del finançament.

Una altra excepció, molt minoritària, són els metges i els advocats que tenen exclusivament exercici lliure que poden optar entre l'assegurament públic o el privat. En aquest cas es trenca la integritat del finançament.

La Atenció Primària esdevé la peça clau de la provisió, actuant com a porta d'entrada i eix del sistema. En un procés paulatí, es va substituint el model anterior de treball individual a temps parcial pels Equips d'Atenció Primària.

La provisió d'assistència hospitalària es fa a través de la xarxa d'utilització pública, formada per hospitals propis de l'Estat, els d'altres administracions que han estat adscrits i aquells privats que han estat incorporats a la xarxa pública a través dels contractes anomenats concerts.

El sector privat també té un paper. Els ciutadans que ho desitgen poden pagar una segona cobertura, complementària a la pública; en cap cas poden escollir entre una o altra. Aquests ciutadans o els que prefereixen pagar directament de la seva butxaca, acudeixen als proveïdors privats, que cada cop més, sobretot en els serveis hospitalaris, són propietat de les companyies asseguradores.

Taula 45 : estructura del model sanitari a partir de la Llei General de Sanitat

Grup poblacional	Finançament	Assegurament	Provisió
Tota la Població	Pressupostos Generals de l'Estat: Impostos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema Nacional de Salut: ▪ Sistemes de Salut de les Autonomies ▪ Insalud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenció Primària: Equips d'Atenció Primària ▪ Hospitals de la Seguretat Social i Concertats
Funcionaris i familiars		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muface, a través d'asseguradores privades 	
Persones amb capacitat adquisitiva :	Propi:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asseguradores privades(és un doble assegurament) ➤ Pagament directe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitals privats ▪ Consultes privades d'especialistes

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (un cop s'ha fet, es legisla).

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LIOSC) va ser defensada pel Conseller de Sanitat i Seguretat Social, l'Honorable Sr. Xavier Trias i Vidal de Llobatera el 13 de juny de 1990 davant el Ple del Parlament, quan Catalunya ja porta 9 anys exercint les seves competències en salut i ja hi ha un bon camí fet.

Com antecedents immediats a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LIOSC) es citen:

- La necessitat de regular el dret a la protecció de la salut a Catalunya, en funció de les competències atribuïdes per la Constitució i l'Estatut d'Autonomia, i concretades en les transferències sobre la matèria, i complir el mandat de la LGS que preveu un servei de salut a l'àmbit de cada comunitat autònoma.
- La universalització de l'assistència a partir del Real Decreto 1088/89 de 8 de setembre, reglament de la LGS, el Decret 55/1990 de 5 de març del Consell Executiu i l'Ordre de 25 d'abril de 1990, de regulació de l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària.

La estratègia de l'OMS 'Salut per a tothom l'any 2.000', que ha inspirat la Reforma de l'Atenció Primària, la potenciació dels hospitals comarcals i els programes Alpir i Altebrat.

Taula 46 : Els Programes Alpir i Altebrat

Els programes Alpir (Alt Pirineu) i Altebrat (Alt Ebre) s'inspiren en l'anomenat 'Village Concept' de l'OMS. Es tracta d'un abordatge integral amb base comunitària dels problemes sanitaris especialment dirigits a àrees rurals o molt poc densament poblades, com és el cas d'aquestes zones de Catalunya, per tal de maximitzar el resultat de les intervencions.

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LIOSC) respon a un imperatiu legal, el mandat de la Llei General de Sanitat de 1986. Però en el moment de la presentació de la Llei, Catalunya ja porta quasi deu anys exercint les seves competències: les bases del model estan sentades. Potser això explica per que es va trigar cinc anys en promulgar-la.

Taula 47: Paraules del Dr. Xavier Trias a la presentació de la Llosc, significat de la Llei

El projecte de Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya 'no deixa de ser el resultat d'un conjunt de mesures portades a terme pel Departament de sanitat i Seguretat Social en els darrers 10 anys' en matèria d'ordenació, planificació i gestió, per un costat i política de salut i salut pública per un altre.

El temps no ha restat vigència a algun dels elements del discurs del Dr. Trias, tant pel que fa a aspectes positius com a negatius(Taula 48).

Taula 48: Paraules del Conseller Dr. Trias a la defensa parlamentària de la Llosc

Així entre els aspectes positius s'afirma que Catalunya té un bon nivell de salut, i s'exemplifica indicant que la taxa de mortalitat infantil és del 7.75 /00 i l'esperança de vida 74 anys pels homes i 80 per les dones (actualment –1996, segons l'Idescat- aquestes dades són: esperança de vida pels homes 75.2 anys, per les dones 82.4 anys; mortalitat infantil: 5.2 /00)

Entre els negatius es detecten: la manca de comunicació Atenció Primària- Hospital, la manca d'incentius i carrera professional i la lentitud d'avanç de la Reforma de l'Atenció Primària.

Tampoc falta la demanda de més recursos –discurs que es mantindrà durant quinze anys –

“Això (la manca de recursos per a la incorporació de prestacions al SCS) s'emmarca en la necessària revisió de l'actual sistema de finançament de la sanitat a tot l'Estat espanyol, que considero un repte de futur ineludible”.

A la presentació de la Llei es fa esment al consens polític com quelcom fonamental i, potser, el valor més citat en el Sistema Sanitari Català:

“Per finalitzar, m'agradaria destacar un aspecte que em sembla molt important. Crec que és convenient que una Llei com aquesta assoleixi un mínim consens. És evident que no hi ha coincidències plenes d'alguns grups de la cambra amb el Projecte de Llei però també és veritat que des de sempre hem volgut trobar formules d'acord i consens de tots per aplicar a Catalunya el marc que es deriva de la Ley General de Sanidad. En aquest sentit, agraeixo als diferents grups parlamentaris les aportacions del seu treball, que ha enriquit i millorat notablement la qualitat i el contingut d'aquest Projecte de Llei.”

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya té una semblança molt important amb la Llei General de Sanitat (Legislació 37), però reconeix les particularitats del model que s'ha desenvolupat, està adaptada a les institucions catalanes (Legislació 38) i entra en aspectes de més detall d'acord amb el nivell administratiu que regula (Legislació 39).

Legislació 37 Estructura de l'articulat de la Llei d'Ordenació Sanitària (I): Disposicions generals i organització

Disposicions generals: 1 i 2

	SCS	Regió	Sector	ABS	IES	Pla de Salut	XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)	
Objectiu	3	23			69		Composició	43
Naturalesa	4	21	33	41/42	70	62	Requisits	44
Recursos	5				72		Inclusió	45
Finalitats	6						Adscripció	46
Funcions	7	22	33	41/42	71		Integració d'especialistes	47
Activitats	8						Xarxa de crònics	48
Estructura	12	24					Estructura organitzativa	58

Consell de Salut: participació

Composició	18	30	39		
Funcions	19	31	38		
Regim de funcionament	20	32	40		
Contingut					63
Procediment					64

Consell de Direcció: funcions directives

Composició	13	25	34
Funcions	14	26	35
Regim de funcionament	15	27	36

Director: funció gerencial

Naturalesa	16	28	37
Funcions	17	29	

54

Legislació 38. Estructura de l'articulat de la Llei d'Ordenació Sanitària (II): Competències dels nivells de l'administració

Nivell de l'Administració	Competències	Participació
Consell Executiu de la Generalitat	9	
Departament de Sanitat i Seguretat Social	10	
Departament d'Economia i Finances	11	
Consells Comarcals	66	65
Ajuntaments	68	67

Legislació 39. Estructura de l'articulat de la Llei d'Ordenació Sanitària (III): Regim financer, pressupostari, comptable i patrimonial, mitjans personal i responsabilitat

Règim financer	52
Pressupost	53
Comptabilitat	55
Intervenció	56
Tresoreria	57
Gestió	54
Estructura organitzativa	58
Mitjans personals	49
Regim patrimonial: bens i drets	50
Regim patrimonial	51
Impugnació d'actes	59
Responsabilitat	60
Representació i defensa	61

Els organismes i instruments més rellevants són:

- a) El Servei Català de la Salut
- b) La Reforma de l'Atenció Primària
- c) La XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) i la separació de funcions de compra i provisió
- d) La participació comunitària, els municipis
- e) L'Institut d'Estudis de la Salut
- f) El Pla de Salut

- a) El Servei Català de la Salut

La LGS crea el Sistema Nacional de salut, configurat pel conjunt de Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes, degudament coordinats, els quals integren o adscriuen funcionalment tots els centres, serveis i establiments sanitaris de la pròpia Comunitat, les Corporacions locals i altres administracions intracomunitàries, sota la responsabilitat de la comunitat autònoma.

A Catalunya, aquest mandat es concretarà en la creació del Servei Català de la Salut, que s'adscriu al Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'SCS (Servei Català de la Salut) es configura com un ens públic però amb capacitat de gestió pròpia de l'entorn privat (Legislació 40). Això vol dir que l'SCS (Servei Català de la Salut) actua de cara a les administracions i als

administrats –els ciutadans amb dret a la cobertura sanitària pública- com una administració i de cara a la resta d'agents –proveïdors de serveis- com una entitat sotmesa al dret privat.

Legislació 40 Llosc, article 4 i Llei de reforma de la Llosc, article 1

Article 4

1. *El Servei Català de la Salut és un ens públic de caràcter institucional dotat de personalitat jurídica pròpia i plena capacitat per als seus fins, Adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social, que es regeix pels preceptes de la present Llei...*
2. *A l'exercici de les seves funcions de gestió, el Servei Català de la Salut, i la totalitat dels organismes dotats de personalitat que d'ell depenen, en el seu cas, gaudiran de la reserva de noms i dels beneficis, exempcions i franquícies de qualsevol naturalesa que la legislació atribueixi al a Administració de la Generalitat i a les entitats gestores de la Seguretat Social.*

Article 1 de Llei 11/1995 de 29 de setembre de modificació parcial de la Llosc

1. *El Servei Català de la Salut és un ens públic de naturalesa institucional, dotat de personalitat jurídica pròpia i plena capacitat per al compliment de les seves finalitats que queda adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSSS)...En el que es refereix a les relacions jurídiques externes, es subjecta, en termes generals, al dret privat.*
2. *No obstant el que disposa l'apartat 1, l'SCS es sotmet al dret públic en les següents matèries:*
 - a) *Les relacions de l'SCS amb el DSSS i la resta d'administracions públiques*
 - b) *El règim patrimonial.*
 - c) *El règim financer, pressupostària i comptable..*
 - d) *El règim d'impugnació dels actes i de responsabilitat*
 - e) *Les relacions de les persones que gaudeixen del dret a l'assistència sanitària pública amb l'SCS*
3. *La contractació de l'SCS ha d'ajustar-se a les previsions de la legislació sobre contractes de les administracions públiques. Malgrat això, els contractes de gestió de serveis sanitaris i socio-sanitaris en règim de concert es regeixen per les seves normes específiques.*

El Servei Català de la Salut, com a responsable darrer de la protecció de la salut se'l dota de capacitat per exercir les funcions de regulació, finançament i gestió. Les competències en cadascun d'aquests àmbits són (Legislació 41):

- ✓ Regulació: ordenació, planificació, programació i avaluació i inspecció sanitària, socio-sanitària i de salut pública.
- ✓ Distribució dels recursos econòmics destinats al finançament dels serveis i prestacions que configuren el sistema sanitari públic i de cobertura pública, i l'establiment, gestió i actualització d'acords, convenis i concerts.

- ✓ Gestió i administració dels centres i establiments sanitaris integrats al Servei Català de la Salut, així com l'execució de les actuacions dels serveis i prestacions del sistema sanitari públic de Catalunya.

Legislació 41 Llosc, article 6, competències de l'SCS

Article 6

1. Són finalitats del Servei Català de la Salut:

...distribució dels recursos sanitaris (planificació)

...distribució dels mitjans econòmics (finançament)

La coordinació de tot el dispositiu sanitari públic i de cobertura pública i la millor utilització dels recursos disponibles

La integració de les actuacions... protecció i millora de la salut

La prestació dels serveis de promoció i protecció de la salut, de prevenció de la malaltia, assistència sanitària i socio-sanitària i rehabilitació de caràcter individual o col·lectiu i la seva extensió progressiva a tots els ciutadans

la humanització dels serveis sanitaris, mantenint el màxim respecte a la dignitat de la persona i la llibertat individual

La millora...qualitat i modernització

Estímul i sosteniment de la recerca científica

La actualització... dels equipaments, mitjans tècnics i humans

2. El Servei Català de la Salut comptarà amb una organització adequada que permeti:

Atenció integral a la salut...promoció...prevenció...curativa...rehabilitadora

Garantir el dret a la Salut com un dret inalienable de la població catalana i l'accés a guarir-se, a través de l'estructura del Servei Català de la Salut...sense cap tipus de discriminació...

...disposar ...d'informació pertinent sobre els drets i deures dels usuaris

...poder fer l'oportuna denúncia a la Unitat d'Admissions i d'Atenció a l'Usuari

Una actuació amb criteris de planificació i avaluació continuada en base a sistemes d'informació actualitzada, objectiva i programada

la immediatesa a la prestació sanitària urgent

una descentralització i desconcertació de funcions, amb l'objectiu de la gestió territorial dels recursos sanitaris

La participació comunitària...territorial, social i professional

La estructura del Servei Català de la Salut es defineix com desconcentrada. De fet s'estableixen les unitats territorials previstes a la Llei General de Sanitat, encara que se'n canvia el nom i s'afegeix un nivell intermedi. Així tenim:

1.Regions Sanitàries, es corresponen a les 'Areas de Salut' de la Llei General de Sanitat

2. Sectors Sanitaris, són subunitats territorials integrades de les Regions Sanitàries formades per conjunts d'Àrees Bàsiques de Salut. Són l'herència de l'estructura de l'Institut Català de la Salut. Aquest nivell d'agregació no figura a la Llei General de Sanitat.

3. Àrea Bàsica de Salut: Es correspon a las Zonas Básicas de la Llei General de Sanitat, com a unitat territorial elemental, àmbit on desenvolupa les seves activitats l'Equip d'Atenció Primària en el marc d'una estructura física i funcional anomenada Centre d'Atenció Primària.

b) La Reforma de l'Atenció Primària

Es ratifica el procés de reforma iniciat el 1995 amb el decret 84/1985 de 21 de març, preveient s'hauria d'acabar el 1996, cosa que no va succeir. El Conseller a la defensa parlamentària es lamenta de la lentitud del procés.

c) La XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) i la separació de funcions

Per una banda es ratifica també la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (decret 202/1985 de 15 de juliol) com a mecanisme per garantir una cobertura hospitalària pública sense haver de realitzar un esforç inversor que aleshores no era possible

Alhora, la intenció del legislador, al menys pel que exposa el Dr. Trias en la defensa del projecte de Llei (Taula 49), és la integració de funcions com a manera de superar la descoordinació que havia caracteritzat el sistema.

Taula 49 : Paraules del Dr. Trias en la defensa parlamentària de la LLOsc, la integració del sistema com objectiu

Es pretén superar les mancances històriques de l'organització sanitària en relació amb la desvinculació entre les actuacions en matèria d'ordenació i planificació i les de gestió dels serveis sanitaris, que eren dutes a terme per òrgans diferents'.

'Per aquesta raó, aquestes actuacions s'assignen a un òrgan únic, que les desenvoluparà sota una direcció única amb vistes a una adient coordinació, tenint present, alhora, la interrelació de les matèries que conformen les seves funcions'... el Servei Català de la Salut

Però per altra banda, i com un dels aspectes més novedosos de la present Llei, hi ha la diversitat de fórmules de gestió –directe, indirecte o compartida- que el Servei Català de la Salut pot usar als efectes de la gestió i administració dels serveis i prestacions del sistema sanitari públic (Legislació 42). D'aquesta manera es pretén avançar en la incorporació de mecanismes de gestió empresarial, adients al caràcter prestacional de l'administració sanitària, no obstant la seva naturalesa pública.

Legislació 42 Llosc article 7, la diversitat de fórmules de gestió

Article 7.

Per a l'exercici de les funcions .. l'SCS podrà:

Primer. Desenvolupar les referides funcions directament, mitjançant els òrgans o organismes que siguin competents o puguin crear-se a tal efecte, si procedeix.

Segon. Establir els acords, convenis, concerts o fórmules de gestió integrada o compartida amb entitats públiques o privades.

Tercer. Formar consorcis de naturalesa pública amb entitats públiques o privades sense afany de lucre, amb interessos comuns o concurrents, que podran dotar-se d'organismes instrumentals, si s'escau.

Quart. Crea o participar en qualsevull'altre entitat admesa en dret, quan així convingui a la gestió i execució dels serveis o actuacions.

3. La constitució d'organismes sota la seva dependència, la formació de consorcis i la creació per part del Servei Català de la Salut de qualsevol altres entitat admeses a dret o la seva participació a les mateixes hauran de ser autoritzades pel Consell Executiu de la Generalitat (Aquest epígraf va ser modificat per la Llei de Modificació de la Llosc.)

Clarament es parla d'un organisme únic integrat amb responsabilitats des de la planificació a la gestió, el Servei Català de la Salut. No parla de separació de funcions. Parla de tot el contrari, integrar els recursos de totes les administracions per coordinar!. El que admet són diferents formes de gestió, però només com a formula per millorar la gestió. A la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC) no apareix per enlloc citada explícitament la separació de funcions de compra i provisió.

Malgrat això, dos anys més tard, a la primera memòria del Servei Català de la Salut, a la presentació, el Conseller cita la separació de funcions com una de les característiques fonamentals del sistema sanitari català. El motiu d'això sembla ser que hom s'adona que hi havia separació de funcions des de força temps enrera –la concertació i la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)-, però que alhora de fer la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC) es va oblidar parcialment (només es reconeix les diferents fórmules de gestió). Dos anys més tard el concepte de separació de funcions ja era quelcom natural en el debat de les reformes sanitàries a nivell mundial i es podia citar com quelcom innovador.

El reconeixement de la separació de funcions té conseqüències sobre el marc de relacions laborals. Així, malgrat la Llei parla de la homogenització de les condicions laborals de tot el personal que treballi pel sistema públic, independentment de la titularitat dels centres on treballi, això no ha succeït.

Legislació 43 Llosc, Disposició Transitòria Cinquena, integració del personal al Servei Català de la Salut

Disposició Transitòria Cinquena

El personal adscrit al Servei Català de la Salut i als organismes que depenen del mateix mantindrà el seu nomenament i règim retributiu específic que tingui reconeguts en el moment de l'efectiva adscripció al Servei, sense perjudici del previst a les disposicions que respectivament li siguin d'aplicació

Tret del previst a l'apartat anterior, el Consell Executiu de la Generalitat haurà d'adoptar les mesures pertinents tendents a la homologació entre els diferents col·lectius que integren el Servei català de la Salut i els organismes que depenen del mateix.

El Consell executiu haurà de tendir progressivament a l'equiparació de les condicions laborals i professionals del personal que forma part del Servei Català de la Salut i d'aquells que treballen als centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, en un termini de tres anys, a partir de l'entrada en vigor de la present Llei.

d) La participació comunitària: el paper dels municipis.

El principi de participació comunitària es fa a través de la presència de les corporacions locals i de les entitats representatives del 'teixit social català' en l'àmbit sanitari en les estructures de l'SCS (Servei Català de la Salut), incloent els Consells Comarcals, el nivell administratiu genuïnament català.

Aquí ens trobem de nou amb una contradicció entre el text legal, el que es feia i el que s'ha fet. El text de la llei és fidel a la Llei General de Sanitat en el sentit que propugna la integració de tots els dispositius assistencials de titularitat municipal (Legislació 44) en el Servei de Salut de la Comunitat Autònoma, en el cas de Catalunya al Servei Català de la Salut.

Legislació 44. Llosc, Disposició Transitòria Primera: integració dels establiments de titularitat municipal al Servei Català de la Salut

Disposició Transitòria Primera

1. En el termini de dos anys a comptar de l'entrada en vigor de la present Llei, el Consell Executiu de la Generalitat i les corporacions locals, a excepció de les Diputacions, que actualment disposen de serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio-sanitària hauran de subscriure els pertinents convenis per a la integració o adscripció dels esmentats serveis i establiments al Servei Català de la Salut, a través de la Regió Sanitària corresponent. Els esmentats convenis hauran de preveure els terminis per a la integració o adscripció, les aportacions de la corporació local al finançament dels serveis i establiments de que es tracta i, si procedeix, la fórmula amb que hauran de gestionar-se, d'entre les establertes a l'article 7, apartat 2, i podran preservar el manteniment de la seva titularitat per a la corporació

En tot cas, i mentre no entre en vigor el sistema definitiu de finançament de la Generalitat de Catalunya, les corporacions locals a que es refereix l'apartat anterior hauran de contribuir amb els mitjans suficients al finançament dels seus serveis i establiments que s'integren al Servei Català de la Salut, en una quantitat no inferior a l'assignada als respectius pressupostos, que hauran d'actualitzar-se anualment, a excepció de les quanties que puguin procedir de concerts amb l'Administració sanitària de Catalunya.

3. El Servei Català de la Salut i les Regions Sanitàries no s'entendran plenament constituïts pel que es refereix a l'exercici de les funcions de gestió i administració de recursos sanitaris fins que ho s'hagi realitzat efectivament les transferències de les corporacions locals a que es refereixen els apartats anterior, i en la mesura que les mateixes vagin realitzant-se, en el seu cas. En aquests supòsits, les corporacions locals seguiran tenint mentrestant la titularitat i assumint la direcció i gestió, a tots els efectes, dels serveis, centres i establiments sanitaris de que disposin a l'entrada en vigor de la present Llei, sense perjudici de la coordinació funcional de tot el dispositiu sanitari públic

Però l'existència de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) havia consolidat un model on això no era així. La relació entre els hospitals municipals i el finançador era a través de contractes, no d'integració. I així ha continuat sent fins avui.

e) L'Institut d'Estudis de la Salut

Es crea l'Institut d'estudis de la Salut com a instrument de recolzament als departaments de la Generalitat i al Servei Català de la Salut en matèria de formació dels professionals sanitaris i no sanitaris a l'àmbit de la salut i la recerca en ciències de la salut.

És un esforç per coordinar les múltiples iniciatives que hi havia en aquest camp, a partir d'Universitats, Col·legis Professionals i Institucions Científiques (Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears). L'Institut d'Estudis de la Salut però no va reeixir com a nucli central de la formació continuada.³¹¹ Finalment s'ha establert el Consell Català de Formació Continuada, que almenys en el camp mèdic sembla que ha aconseguit coordinar esforços.

f) El Pla de Salut

El Pla de Salut de Catalunya es defineix com l'instrument indicatiu i marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, elaborat a partir d'una mecànica descentralitzada.³¹²

El Pla de Salut, d'acord amb la LGS, es configura com l'instrument de Planificació (Legislació 45). És un document aprovat pel Consell Executiu de la Generalitat (el govern autonòmic) i que es remet al Parlament perquè el conegui. Se li confereix, doncs, un caràcter multisectorial –el

coneixen tots els departaments del govern- i de rellevància política – es comunica a la camera legislativa catalana-.

El Pla de Salut s'elabora a partir dels Plans de Salut de les Regions Sanitàries, que actuen com les Àrees de Salut que estableix la LGS. Hi ha doncs un Pla per a cada Regió i un compendi dels mateixos que és el que es presenta com a Pla de Salut de Catalunya.

El Pla ha de servir per establir un diagnòstic de l'estat de la salut dels ciutadans i ciutadanes de Catalunya i dels recursos disponibles (infraestructures, persones, programes, i econòmics) a partir del qual establir uns objectius.

Els objectius plantejats han de tenir la doble visió sanitària i la redistribució territorial i social. Els objectius sanitaris han d'abastar els àmbit de la promoció, la prevenció, l'assistència, la rehabilitació i l'atenció sòcio-sanitària, d'acord amb la visió integral de l'atenció a la salut.

Finalment els Plans haurien d'incloure també les previsions de desplegament dels mitjans i les previsions de finançament necessaris per l'acompliment dels objectius plantejats.

Legislació 45 Llosc article 63 el Pla de Salut

Article 63

El Pla de Salut de Catalunya haurà d'incloure:

una valoració de la situació inicial, amb anàlisi dels recursos personals, materials i econòmics utilitzats, l'estat de salut, dels serveis i programes prestats, de l'ordenació sanitària i jurídic-administrativa existents.

els objectius i nivells a assolir amb respecte a:

Indicadors de salut i malaltia

Promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció sanitària i sòcio-sanitària i rehabilitació

Homogenització i equilibri entre les regions sanitàries

disposició i habilitació de centres, serveis i establiments

personal, organització administrativa, informació i estadística

Eficàcia, qualitat, satisfacció dels usuaris i costo

El conjunt dels serveis, programes i actuacions a desplegar, generals i per Regions Sanitàries.

les previsions econòmiques i de finançament, generals i per Regions Sanitàries

els mecanismes d'avaluació de l'aplicació i seguiment del Pla.

S'han publicat dos Plans, el primer que cobria el període 1992-1995 i el segon que tenia una vigència de 1996 a 1998. El tercer Pla tindrà la vigència 1999-2001. La vigència del Pla és de quatre anys, això fa que al tenir la mateixa durada que una legislatura, a la pràctica, transcendeixin

un govern determinat, és a dir el govern que l'elabora no l'avaluarà, i el que n'ha avaluat un haurà de fer el següent, cosa que pot ajudar al consens.

Els Plans publicats fins ara tenen una gran rigor en quant a l'establiment de diagnòstics de situació de l'estat de Salut i de las producció de serveis. Llegint-lo es fan palesos tant els èxits com les mancances del sistema; es defuig una possible temptació triomfalista. D'acord a un enfocament metodològic indiscutiblement coherent, l'elaboració del segon Pla es comença avaluant els resultats de l'anterior.(Taula 50)

L'establiment d'objectius ha seguit el criteri que aquests han de ser rellevants i reptadors, però assolibles, per tal que tinguin sentit. El Pla estructura els seus objectius a partir de problemes estratègics a partir dels quals s'assenyalen intervencions específiques que es concreten en objectius operacionals quantificats. Això l'ha fet tremendament útil per a la fixació dels objectius contractuals per a l'Atenció Primària.³¹³

Malauradament ha estat molt més difícil la fixació d'objectius per a l'atenció hospitalària. En altres paraules, el Pla de Salut no és tan útil per a l'establiment de contractes de gestió en aquest nivell assistencial. Malgrat això, la tendència assenjala cap a la gestió clínica (per exemple la disminució de la variabilitat en la pràctica) com a camí a explorar per propers plans.

Taula 50 : Índex del Pla de Salut 1996-1998

Presentació
Introducció
1. La orientació de la planificació per a la salut
2. El procés d'elaboració del Pla de Salut 1996-1998
3. L'avaluació del període 1993-1995 del Pla de Salut
4. Situació dels Objectius generals de salut i de disminució de risc
5. La situació de salut, dels seus condicionants i dels serveis:
5.1.Les característiques de la població (evolució, estructura, característiques i perspectives).
5.2. L'estat de Salut (mortalitat, morbiditat atesa a hospitals d'aguts i a centres de salut mental, característiques dels pacients atesos als centres sòcio-sanitaris, la percepció de l'estat de salut i la qualitat de vida).
5.3.Els estils i les condicions de vida (alimentació, activitat física, excés de pes, hàbit tabàquic, consum d'alcohol, consum de drogues no institucionalitzades, pràctiques preventives, maltractaments, medi ambient i entorn).
5.4. Els Serveis sanitaris i sòcio-sanitaris (Atenció Primària de salut, especialitzada, hospitalària, socio-sanitària, salut mental, a drogodependències, utilització de medicaments, utilització de serveis sanitaris, visió de la població sobre els centres sanitaris)
5.5. la despesa sanitària.
6. Objectius i intervencions del Pla de salut 1996-1998

- A. Objectius i intervencions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables
- B. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut (cardiovasculars, càncer, aparell respiratori, hàbit tabàquic, lesions per accidents i violència, aparell digestiu, consum excessiu d'alcohol, consum de drogues no institucionalitzades, VIH i sida, malalties vacunables, malalties de transmissió sexual, salut laboral, tuberculosi, càries dental, salut mental, diabetis mellitus, osteoarticulars, mediambient i higiene dels aliments, maternitat, infància i menopausa, infeccions nosocomials, dolor i qualitat de vida, trastorns cognitius i de la conducta)
- C. utilització de medicaments
- D. Accions orientades a la millora de la satisfacció dels usuaris
6. Avaluació del Pla de salut 1996-1998
7. Estratègies per a desenvolupar les polítiques de salut i de serveis: orientar els serveis d'acord a la política de salut, implicar els professionals, conèixer i avaluar, implicar els ciutadans, cooperar intersectorialment

La limitació més important dels Plans publicats fins ara és que no s'han desenvolupat els elements referits a desplegament dels recursos i el finançament. Com a eina de planificació és, segur, el seu punt més dèbil: no pot parlar-se de veritable planificació si no s'assignen recursos als objectius. Pot argumentar-se que aquests aspectes s'aborden al Mapa Sanitari o al futur Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris (Taula 51). Si és així, no costaria massa d'incloure-ho als nous Plans.

Taula 51 : El Pla de Serveis Sanitaris i Socio Sanitaris³¹⁴

El pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris és un document que hauria de compendiar el Pla de Salut amb el Mapa Sanitari. És a dir definir clarament la relació entre l'oferta assistencial que es desitja, en número, ubicació i nivell, amb els objectius d'atenció a la salut. La elaboració d'aquest document està sent molt difícil, per que comporta una reordenació del sector, molt probablement en el sentit de disminuir recursos hospitalaris d'aguts.

Com a compendi es pot establir les diferències més significatives entre la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LIOSC) i la LGS(Taula 52):

- ✓ es creen els Sectors Sanitaris, com a nivell intermig entre les Regions Sanitàries (corresponents a les Areas de Salut) i les Àrees Bàsiques (corresponents a les Zonas Basicas de Salud)
- ✓ Es preveu la utilització de fórmules alternatives de gestió
- ✓ Es preveu la participació dels consells comarcals

Taula 52: LGS/LLOSC

	Ley General de Sanidad	Llosc
Servicio Nacional de Salud	Servei de Salut de l'Autonomia/ Insalud	Servei Català de la Salut
Planificació	Plan Integral de Salud	Pla de Salut
Demarcació territorial	Àrea de Salud	Regió Sanitària
		Sector Sanitari
	Zona Bàsica de Salud	Àrea Bàsica de Salud ABS
Atenció Primària	Equip d' Atenció Primària EAP	Equip d'Atenció Primària EAP
	Centre de Salud	Centre d'Atenció Primària CAP
Participació	Municipis	Municipis
	Organitzacions sindicals	Consells Comarcals
	Organitzacions empresarials	Organitzacions sindicals
	Associacions d'Usuaris	Organitzacions empresarials
Assistència Hospitalària	Red hospitalaria pública	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública
Gestió	Tendència a la participació democràtica	Tendència a la participació democràtica
	Direcció per Objectius	Direcció per Objectius Formules alternatives de gestió
Recerca i Docència	Instituto Carlos III	Institut d'Estudis de la Salut

Que s'ha fet: l'assignació de recursos

Els trets definidors del model sanitari català que apareixen reiteradament al discurs oficial^{315 316} són:

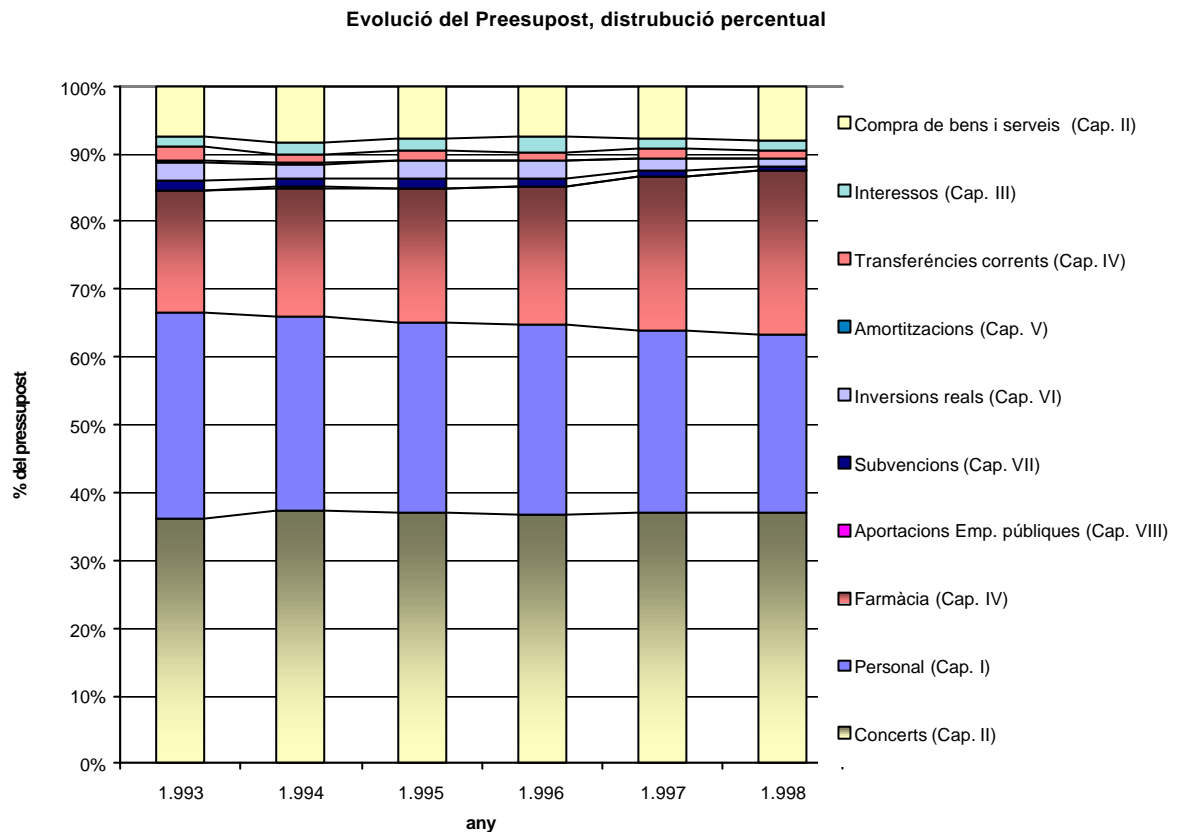
- la separació de funcions de compra i provisió, amb la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)
- la potenciació de l'Atenció Primària., amb la Reforma de l'Atenció Primària, i
- el consens.

La mesura del consens presenta dificultats d'objectivació. La separació de funcions i la potenciació de l'Atenció Primària han de reflexar-se en l'assignació de recursos com a expressió de la voluntat política en un entorn públic. Per estudiar-les s'analitzen les Memòries del Servei Català de la Salut.^{317 318 319 320 321 322}

Ja hem vist que la separació de funcions només afecta a un terç del pressupost sanitari públic (veure la pàgina 144). La Figura 22 mostra l'evolució del pressupost ordenat per capítols –

conceptes- de despesa. La part inferior de les columnes la forma la partida dedicada a la compra de serveis a través dels concerts. Veiem que si bé del primer al segon any de que es disposen dades va haver-hi una tendència a l'increment, posteriorment s'ha mantingut el percentatge, quan no ha disminuït una mica (la partida Compra de bens i serveis que és al capdamunt de la columna inclou material sanitari i no sanitari i serveis no sanitaris del tipus bugaderia, neteja o cuina).

Figura 22 : Evolució del pressupost, distribució percentual dels capítols.



Una altra manera de veure el pressupost és agrupant-lo per Programes(Figura 23)., que a efectes del nostre estudi equivalen a nivells assistencials. Passem doncs a estudiar si s'està potenciant l'Atenció Primària. El primer que s'observa és que no hi ha canvis sobtats en cap de les partides. Les variacions ja sigui positives o negatives no superen l'1% interanual (això podria considerar-se una mesura indirecte de consens)

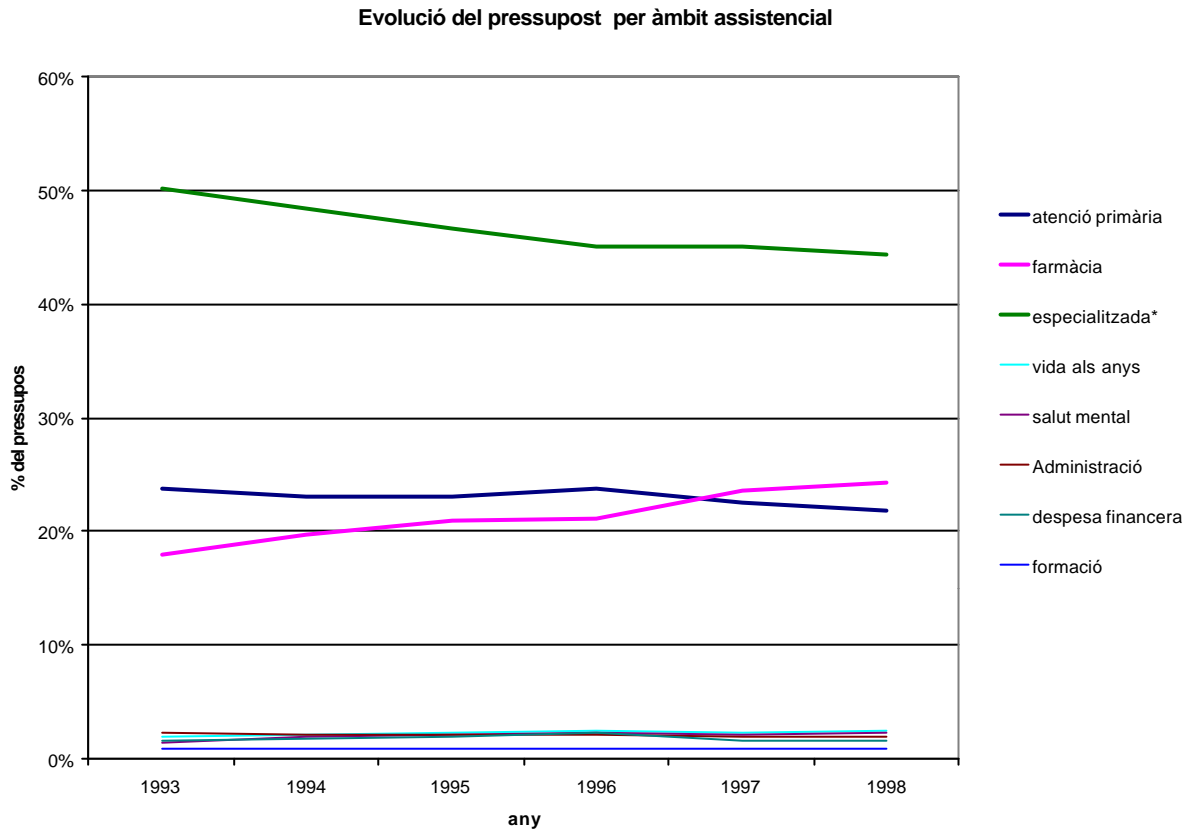
En el camp dels que disminueixen participació al pressupost destaca, en solitari, l'Atenció Especialitzada, que inclou fonamentalment la hospitalització d'aguts.

En el camp de les que incrementen estan, en primer lloc, la farmàcia de dispensació ambulatoria (prescrita per l'Atenció Primària) i el Programa Vida als anys, que incorpora l'atenció Sòcio-Sanitària. La partida de farmàcia ha arribat al 25% del pressupost.

La Atenció Primària com a tal, excloent la partida de farmàcia, es manté amb una lleugera fluctuació sinusoidal.

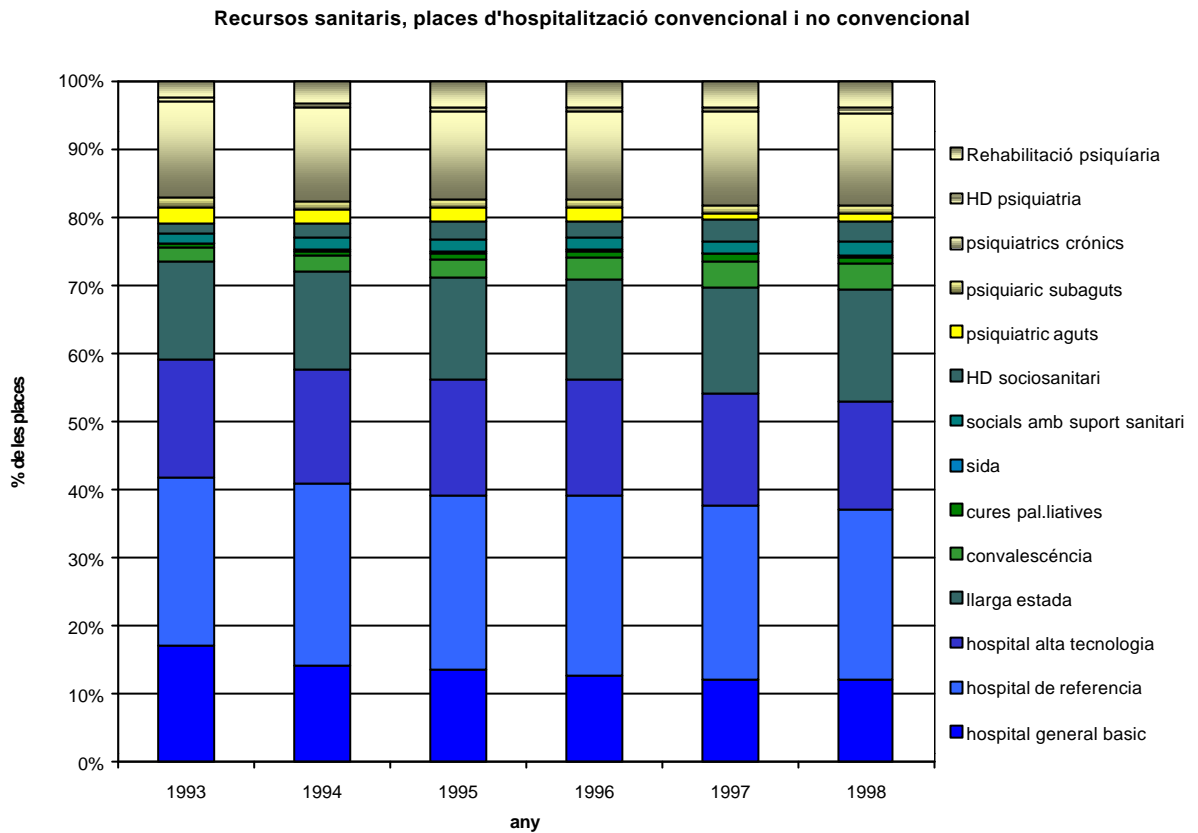
Cal recordar que les despeses de farmàcia són pagades directament pel Servei Català de la Salut contra la presentació de les receptes prescrites pels metges d'Atenció Primària sense que, durant el període analitzat, hi hagués assignació pressupostària a l'Atenció Primària per aquesta partida.

Figura 23: Assignació pressupostària per àmbit assistencial



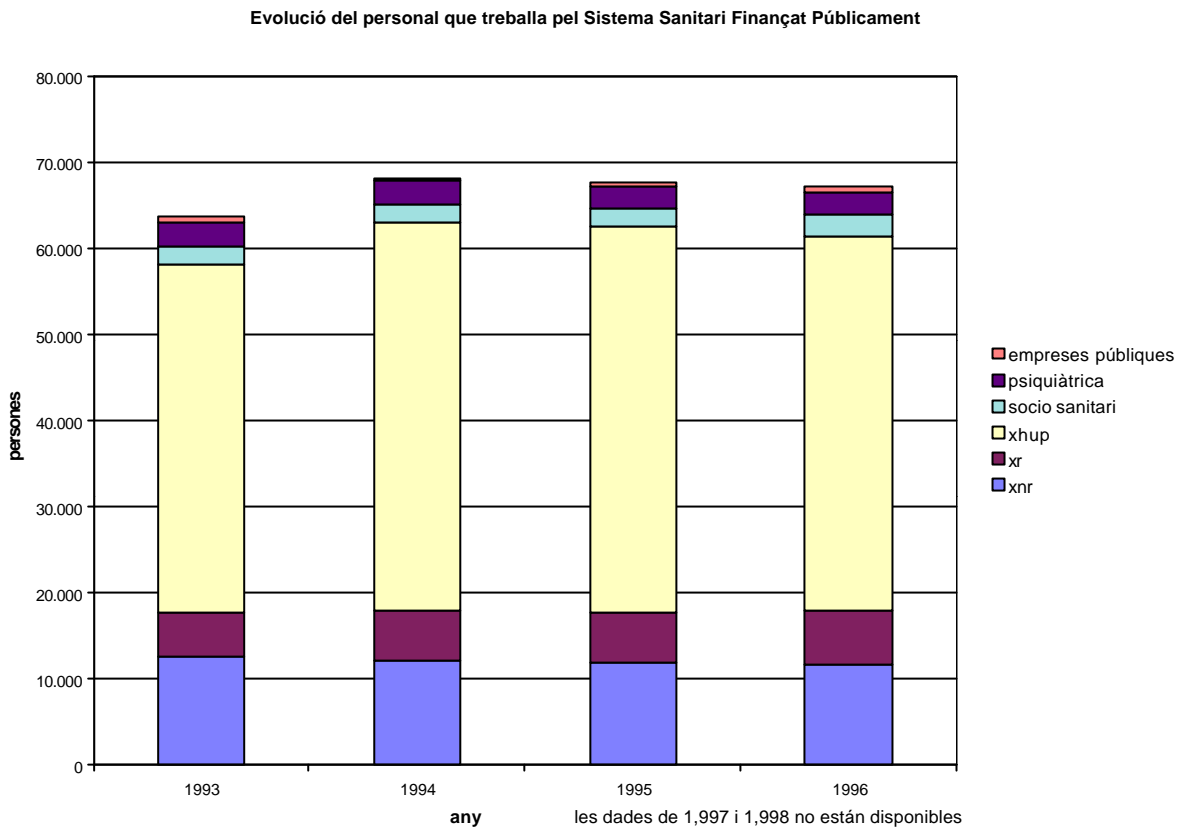
Aquesta evolució del pressupost s'ha reflectit en una disminució moderada però progressiva de llits d'aguts i un augment de les places d'hospitalització no convencional, fonamentalment convallescència i llarga estada, incloses al Programa Vida als Anys (Figura 24).

Figura 24 : evolució de les places d'hospitalització convencional i no convencional



El pressupost per Programes estudiat només inclou les despeses de funcionament. Una de les possibles explicacions de les variacions tan lentes en la distribució del pressupost és el fet que la partida més important tant pels hospitals propis com pels concertats és la de personal i no s'han produït durant el període analitzat grans oscil·lacions del personal que treballa pel sistema públic (Figura 25). El fet que la majoria del personal sigui estatutari (amb plaça en propietat) dificulta qualsevol canvi brusc.

Figura 25: Evolució del personal al sistema sanitari públic



XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)

xr: xarxa d'Atenció Primària reformada

xnr: xarxa d'Atenció Primària no Reformada

Així doncs, podria pensar-se que no hi ha hagut més canvis en els pressupostos de funcionament per la naturalesa dels conceptes de despesa (especialment els recursos humans), que obliguen a mantenir-ne una estructura determinada.

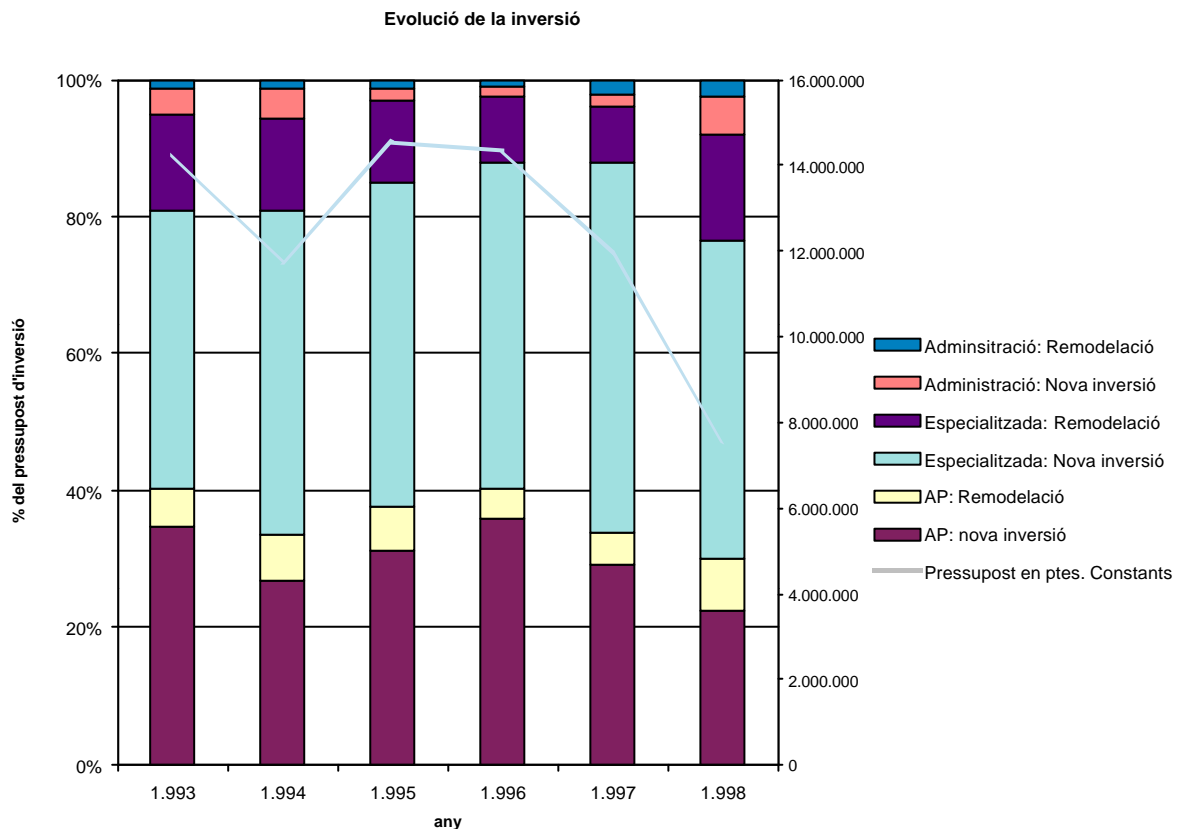
Per tant estudiarem els recursos dedicats inversions (en llenguatge pressupostari el capítol VI) per nivell assistencial, que, en principi no tenen les servituds de les despeses de funcionament. Si bé són partides comparativament menors a les despeses corrents poden reflexar millor les voluntats dels polítics que les dirigeixen.³²³

La Figura 26 il·lustra l'evolució de les inversions per nivell assistencial. Les barres estan construïdes a partir de la distribució percentual de cinc conceptes: obra nova o remodelació i Atenció Primària, atenció especialitzada i administració. Hi figura una línia que representa l'evolució del pressupost en pessetes constants.

Veiem com la major part de la inversió, la meitat, ha anat durant tot el període estudiat a obra nova per l'atenció especialitzada; en altres paraules, a nous hospitals. La segona gran partida, però menor és la construcció de nous centres d'Atenció Primària. El que podem veure és un paral·lelisme entre la variació del pressupost i la inversió en obra nova en Atenció Primària de manera que quan el pressupost creix, la inversió creix i quan davalla, decreix. Una possible explicació és que les obres de construcció d'hospitals són plurianuals mentre que les de Centres d'Atenció Primària acostumen a trigar menys d'un any.

Les partides que han anat disminuint progressivament són les dedicades a la remodelació de centres hospitalaris i a la del serveis administratius.

Figura 26: evolució del pressupost d'inversions



Com a resum hem vist que, des de l'aprovació de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC):

I. Respecte a la separació de funcions de compra i provisió, la partida dedicada a Concerts (compra de serveis) s'ha mantingut estable al voltant del 30 % del pressupost públic.

II. Respecte a la potenciació de l'Atenció Primària:

- Ha disminuït el percentatge destinat a l'Atenció Especialitzada del 50 al 45 %
- S'ha mantingut el percentatge destinat a Atenció Primària, excloent la Farmàcia de dispensació ambulatoria al voltant del 25%

- La partida que més ha crescut és la Farmàcia ambulatoria passant del 20 al 25 %
- Més del 50 % de les inversions es destinen a obra nova a Atenció Especialitzada
- L'increment del percentatge de pressupost dedicat a inversions per Atenció Primària depèn de la disponibilitat del pressupost global.

Reptes del Present

Nou Sistema de pagament

El 1998 es va posar en marxa l'anomenat nou sistema de pagament, en substitució del sistema basat en la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), que igual que l'anterior es tracta, realment, d'un mecanisme d'assignació pressupostària. Després de 12 anys d'utilització del sistema UBA (Unitat Bàsica d'Activitat), les circumstàncies, com l'extensió de les alternatives a la hospitalització convencional o l'aparició de la SIDA havien creat noves necessitats, el sistema tenia un grau de maduresa superior i els sistemes d'informació estaven molt més desenvolupats. La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) ja havia donat tot el que podia donar de si i quedava ja obsoleta.

Els objectius del nou model són:

- Incentivar l'eficiència assignativa i productiva. La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) cercava incrementar la productivitat. Dotze anys més tard la productivitat ja no era el problema, calia incrementar l'eficiència pel costat dels costos, especialment en un entorn de restricció pressupostària.
- Tractar els proveïdors de forma homogènia. La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) en un principi permetia la comparació entre centres perquè era un sistema que homogeneïtzava la comptabilització de l'activitat. Els programes especials al principi eren quelcom circumstancial, però poc a poc es van anar generalitzant passant d'excepció a regla, incrementant-se la discrecionalitat assignativa. Això va fer que es perdés la capacitat de comparació que oferia el sistema de pagament.
- Possibilitar la incentivació o desincentivació de determinades línies de producte. Cal un mecanisme similar al jugat pels programes especials en el seu inici.
- Assegurar a curt i mig termini la viabilitat dels proveïdors. El sistema segueix sent planificat, no es vol que els centres facin fallida.
- Permetre la predicció pressupostària. El sistema escollit continua sent un sistema de pagament prospectiu, és un sistema de torneig per uns recursos limitats
- Posar en evidència les ineficiències existents i a quí afecten. Durant el temps que s'ha utilitzat la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) s'han generat uns sistemes d'informació prou potents com per aflorar i localitzar les ineficiències d'una manera força precisa.

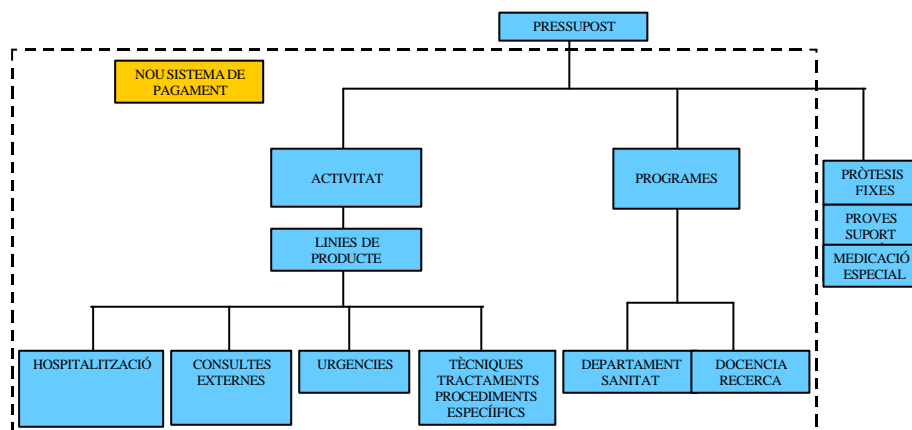
El sistema està dissenyat a partir de la definició d'una sèrie de productes de compra (Figura 27):

1. Hospitalització
2. Consultes Externes
3. Urgències
4. Tècniques, tractaments i procediments específics.

A aquests s'afegeixen finançaments específics per docència i recerca i programes específics d'interès del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Les pròtesis, la medicació especial (per al tractament de la SIDA i quimioteràpia) i proves de suport molt específiques (com la Tomografia per Emissió de Positrons) no queden incloses al sistema pel seu elevat cost unitari i la necessitat de control administratiu exhaustiu, per tal d'evitar situacions de frau que s'havien detectat en alguns casos.

Figura 27: Nou model de pagament, línies de producte.



Els programes del Departament de Sanitat i Seguretat Social són:

- Atenció a la dona,
- Ufiss-ufisida: unitats interdisciplinàries hospitalàries que fan gestió de casos de l'àmbit de l'oncologia i la SIDA
- Unitats de tractament de Drogodependències
- Unitat d'hospitalització per a persones internes a penitenciaris,
- Reforços per a urgències a l'hivern , sobretot a la ciutat de Barcelona on es produeixen puntes de saturació sobretot degut a MPOC
- Programa de trasplantaments

- Unitat de tractament de ludopaties
- Unitat de cremats
- Càmera hiperbàrica
- Centre d'alt rendiment esportiu

El programa de docència i recerca inclou la docència de pregrau i la docència de postgrau (el sou dels Metges i Llicenciats –biòlegs, farmacèutics, químics- Interns Residents) i les despeses indirectes ocasionades per la recerca.

a) Hospitalització

La unitat de mesura del producte hospitalització és l'alta, ja sigui provinent de la hospitalització convencional o de la cirurgia major ambulatoria. El mecanisme de valoració està basat en l'activitat, modulada per la casuística i l'estructura. Per tal de permetre la predicció pressupostària es continua limitant el volum d'activitat

El mecanisme de càlcul del pagament és el següent:

1. L'SCS (Servei Català de la Salut) com a comprador determina la quantitat global del pressupost que dedicarà al producte alta hospitalària. Aquesta quantitat la divideix pel número d'altres que es preveu que es produiran a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) en el període objecte de contracte. Així s'obté el preu mig per alta.
2. Utilitzant la informació del CMBDAH (Taula 53) es calculen els Grups Relacionats de Diagnòstic (GRD) de totes les altes del període anterior i a partir d'aquí s'assigna un pes relatiu o IR (Intensitat Relativa) a cada alta. Amb aquesta informació s'obté el IR mig de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública).

Taula 53 : El Conjunt Mínim de Dades de l'Alta Hospitalària, CMBD-AH i els GRD

El CMBDAH o Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària³²⁴ és fitxer informàtic que conté dades codificades de totes les altes hospitalàries. Cada registre conté dades sobre el centre (codi del centre), motiu d'ingrés, motiu d'alta, data d'ingrés, data d'alta, edat, sexe i lloc de residència de l'usuari i fins a cinc procediments i diagnòstics codificats segons la Classificació Internacional de Malalties (CIE-9-CM) de l'Organització Mundial de la Salut.

Es disposa d'una sèrie de 10 anys amb aquestes dades per que des d'aleshores els hospitals han de lliurar-lo al SCS (Servei Català de la Salut) trimestralment. El lliurament primer i la qualitat de les dades després estaven contemplats com elements del contracte entre l'hospital i l'SCS (Servei Català de la Salut) ja durant el període que es va utilitzar la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat). Aquest registre ha facilitat la planificació (ha permès conèixer quins serveis hospitalaris, per què i quina població els fa servir) i finalment introduir un mecanisme de pagament que tingui en compte la casuística.

El CMBDAH és imprescindible per calcular els DRG (Diagnòstic Related Groups) o GRD (Grups Relacionats de Diagnòstic). Els GRD permeten categoritzar els pacients en uns 400 grups, una xifra molt més manejable que els més de 3000 diagnòstics i procediments que té la Classificació Internacional del Malalties. A més cada GRD té assignat un Índex Relatiu d'utilització de recursos (també anomenat 'pes'), que simplificadament, és un predictor estadístic dels recursos que caldrà esmerçar per tractar un determinat tipus de pacient, el que el fa especialment útil per a la gestió. S'ha anat utilitzant als hospitals progressivament de manera que a l'hora d'introduir el nou mecanisme de pagament és estrany el cap de servei i inclòs clínic que no els conegui..

La utilització dels DRG (anomenats americans perquè son els qu usa la Health Care Financing Administration HCFA) per calcular l'IR presenta alguns problemes potencials. En primer lloc el càlcul dels pesos relatius IR (utilització de recursos) dels DRG americans s'inclouen les pròtesis que aquí es paguen a part pel que hi ha una doble comptabilització. En segon lloc els DRG americans no inclouen els honoraris mèdics, mentre que a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) els metges són assalariats. En tercer lloc al càlcul dels pesos relatius s'inclouen els costos derivats de la utilització de l'equipament (amortitzacions), i en el model dissenyat, que comptabilitza l'estructura diferenciadament, aquest concepte s'inclourà a la casuística i a l'estructura pel que també hi haurà doble comptabilització. Finalment cal veure l'efecte d'una possible diferència a la pràctica clínica

3. A partir d'un qüestionari que recull un centenar de variables relacionades amb l'estructura hospitalària (del número de llits al número de metges, número de quiròfans, la mida de les UCI) s'aplica un procediment estadístic anomenat GOM (Grade of Membership) que culmina amb el càlcul d'un Índex d'Estructura (IE) per cada hospital. A partir d'aquesta informació es calcula l'IE mig de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública).

Taula 54: El GOM (Grade of Membership)

El procediment de l'acreditació assignava els hospitals a quatre grans tipus. La experiència demostra que a la realitat no es pot encaixar perfectament els hospitals amb cap tipus, tots tenen quelcom d'un altre nivell. El GOM o Grade of Membership és un procediment estadístic que permet assignar als hospitals el seu grau de similitud amb una tipologia d'hospital definida prèviament. (Per exemple un hospital donat pot tenir un 70 % de tipus 1, un 10 % de tipus 2 i un 20% de tipus 3). D'aquesta manera s'obté una classificació continua en lloc de la discreta de que es disposava i que s'anomena Índex d'Estructura o IE.

4. Per a cada hospital es calcula el seu IRR o índex relatiu de casuística dividint el IR mig de les seves altes per IR mig de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). Si la xifra obtinguda és major que 1, l'hospital atén una complexitat superior a la mitja dels hospitals de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). Si és menor que 1 la complexitat del centre és menor que la mitja de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). Si és 1, l'hospital atén patologia igual que la mitja.

$$\text{IRR de l'hospital} = \text{IR de l'hospital} / \text{IR mig de la XHUP}$$

5. Es procedeix de manera similar per calcular l'IRE o índex relatiu d'estructura. Es divideix el IE de cada centre pel l'IE mig de la XHUP. D'aquesta manera es determina si l'estructura d'un centre és superior a la mitja (IRE > 1), igual (IRE=1) o inferior (IRE<1).

$$\text{IRE de l'hospital} = \text{IE de l'hospital} / \text{IE mig de la XHUP}$$

6. Per calcular el que ha de percebre cada hospital es procedeix a la següent operació:

$$\text{Num. d'altes de l'hospital} \times \text{preu mig de l'alta} \times 0.3 \times \text{IRR hospital} \times 0.7 \text{ IRE hospital}$$

Aquesta fórmula implica que es dona un pes del 30% a la casuística i un 70% a l'estructura. Aquests percentatges s'han estimat de forma empírica. Són els que fan que la distribució de recursos al conjunt d'hospitals sigui el més semblant a la que es donava en el moment del canvi de model, per tal d'evitar grans distorsions. És un percentatge força elevat per a la casuística, doncs l'experiència similar que més s'apropa és la de Nova Zelanda que arriba al 25%.

Hi ha, però, alguns centres que presenten diferències molt importants entre el que estan rebent globalment i el que els pertocaria amb l'aplicació del nou model³²⁵. És a dir, s'han detectat algunes bosses importants d'ineficiència. El seu abordatge no es farà a través del mecanisme de pagament. Es seguiran mantenint les subvencions que facin que els centres afectats no vagin a la fallida alhora que es preveuen actuacions específiques l'SCS (Servei Català de la Salut) com a Planificador, suggerint al proveïdor que faci els ajustos pertinents.

És important notar que es fan servir índex relatius. És així per que es tracta, com s'ha assenyalat d'un mecanisme de torneig. El que es pretén és assignar millor un pressupost tancat, no és un mecanisme de mercat obert. Els proveïdors no tenen incentius ni per incrementar la seva complexitat ni la seva estructura per que no tenen correlació directa amb l'increment d'ingressos. El guany marginal és menor que 1 i tendeix a 0. Hi ha però el risc latent que tots els proveïdors es comportin segons el 'problema del prat comunal' que es descriu a la teoria de jocs (Taula 55).

Taula 55: Teoria de Jocs, el problema del prat comunal

El problema del prat comunal és aquell que descriu la següent situació: en un poble donat hi ha un prat comunal on porten a pasturar les seves vaques els pagesos del poble. El prat té capacitat màxima per 101 vaques i hi ha 10 pagesos. S'acorda per tant que cadascú en pot portar 10. Si tots compleixen el pacte el prat els pot sustentar correctament tots els ramats. Però si tots pensen en portar aquesta vaca de més que hi cap, hi haurà 110 vaques, i el que succeirà és que el prat s'exhaurirà portant-los tots a la ruïna.

b) Consultes externes:

Per a les consultes externes s'estableix un volum global. Per tal d'evitar que els hospitals 'es quedin' amb els pacients i no retornin el seu seguiment a l'Atenció Primària s'estableix un Índex de reiteració (relació primeres visites/successives) per a cada centre. Per calcular el volum d'activitat realitzada es tindran en compte les primeres visites efectivament realitzades però només es reconeixeran el nombre de segones que no superi la xifra obtinguda de multiplicar les primeres per l'índex de reiteració.

S'estableix una tarifa en quatre trams, seguint la classificació obtinguda per l'acreditació. Per calcular la tarifa es divideix el pressupost global de cada grup dedicat a consultes externes pel total de consultes previstes. La fórmula que s'obté és:

$$1\text{es visites} + (1\text{es} \times \text{índex de reiteració centre}) \times \text{tarifa del grup}$$

c) Urgències

Per a les urgències es reconeixen dues situacions de forma excloent: o es financien per estructura o per activitat. El primer cas només s'aplica als hospitals de muntanya i consisteix en el finançament d'un import fix per tal que el centre habiliti una estructura mínima d'urgències. El finançament per activitat reconeix quatre trams tarifaris calculats (es divideix el pressupost global de cada grup dedicat a urgències pel total d'urgències previstes), pagant-se per cada atenció urgent que no suposi un ingrés hospitalari, amb un sostre d'activitat. Les urgències que ingressen es paguen a través de la hospitalització. El càlcul és:

$$\text{pressupost per estructura mínima, o be,} \\ \text{urgències no ingressades totals} \times \text{preu unitari grup}$$

d) Tècniques, tractaments i procediments específics

Aquest producte inclou:

- Cirurgia menor ambulatoria
- Hospital de dia oncològic i per SIDA
- Tractaments i procediments diagnòstics d'alta complexitat
- Radioteràpia
- Radiologia intervencionista
- Medicina terciària (en especialitats de cardiologia, hepatologia i urologia, etc.)
- Altres

Es paga per activitat segons una tarifa específica per cada procediment amb un sostre pressupostari global

Es segueix reconeixent la possibilitat d'activitat per damunt de la contractada, és a dir, la marginalitat. La escala que s'estableix és:

Línia de producte	desviació	Modulació de la tarifa
Hospitalització	fins 5 %	30 % preu alta hospital
	> 5%	8 % preu alta hospital
Consultes externes	-	20 % tarifa visita hospital
Urgències	-	20 % tarifa urgència hospital
Productes	No s'admet	

Les avantatges del nou sistema són l'existència d'incentius a l'eficiència assignativa i a l'eficiència a la producció, la incorporació de la casuística com factor modulador del pagament, la definició de les línies de producte que poden servir com referent organitzatiu dels centres.

Hi ha hagut una adaptació a la nova realitat tan conjuntural com de les noves formes organitzatives dels proveïdors, canviant els paràmetres de compra de la hospitalització convencional a l'alta hospitalària que inclou la possibilitat de l'atenció ambulatoria. Les variables estructurals s'han considerat de forma contínua, apropant-se més a la realitat. D'aquesta manera ha estat possible la identificació de les ineficiències existents (Taula 56).

Taula 56 : Evolució dels models d'assignació de recursos als hospitals

Model	Pressupost Històric	UBA	Nou Model
Objectiu	Administració	Productivitat	Eficiència
Instrument	Dades Històriques	UBA	Case-Mix
Sistema d'informació	Pressupost	Pressupost Activitat	Pressupost CMBDAH
Entorn	Centralista	Creixement Descentralització	Contenció pressupostària

El model té unes possibles implicacions negatives. Per una banda hi ha les derivades de la utilització d'informació clínica com el que pugui produir-se un increment de la complexitat global o que s'instaurin mecanismes de selecció adversa. Per una altra les relacionades els costos, si es basen en el deteriorament de la qualitat assistencial o en la incorporació d'estructures innecessàries. Finalment hi ha un risc de 'captura de pacients' a través de la generació de primeres visites innecessàries

Possibles repercussions positives són la millora de l'eficiència dels processos assistencials interns, de l'eficiència assignativa, dels sistemes d'informació de costos i de case mix, l'adaptació de l'estructura a l'activitat, el desenvolupament de línies de producte més rendibles per als centres i per al sistema i la revisió de l'adequació de la hospitalització

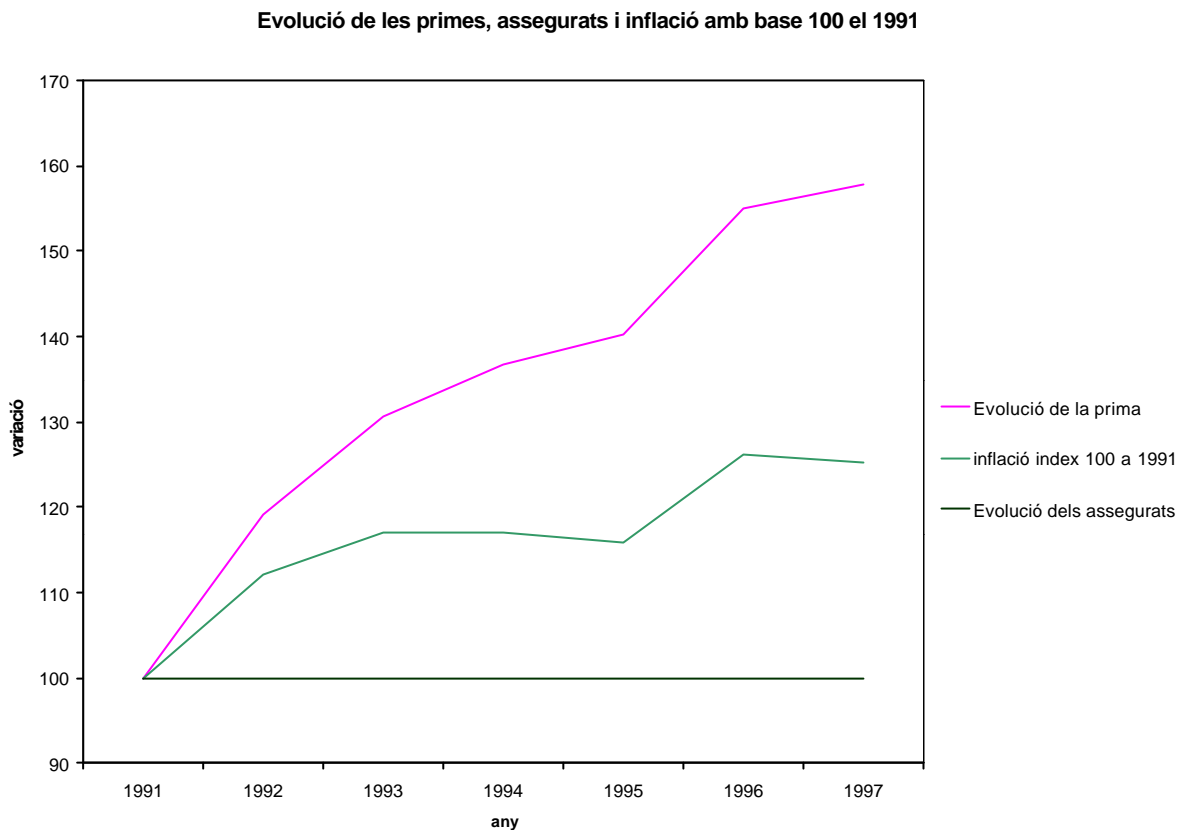
Les principals incògnites són les derivades de l'evolució de l'entorn econòmic: com afectarà la contenció de la despesa pública a l'assignació dels recursos per assistència hospitalària? . Per altra banda tampoc està definit Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-Sanitaris: quina relació s'establirà entre el mecanisme de pagament i la planificació? Quina serà la capacitat de resistència de l'SCS (Servei Català de la Salut) a la pressió d'alguns proveïdors?.

El sector privat

Les entitats d'assegurança lliure l'any 1997 tenien assegurada a 1.397.241 persones: del 23% de la població catalana. Això suposa que aquest percentatge de la població té una doble cobertura, donat que la cobertura pública és universal. Existeix una excepció, els 187.727 del règim Muface funcionaris que poden optar anualment entre la cobertura a través de l'SCS (Servei Català de la Salut) o de companyies d'assegurança lliure.

La evolució dels assegurats durant els darrers anys es manté estable, amb oscil·lacions molt petites a la baixa. Contràriament, el cost de les quotes ha crescut molt per damunt de la inflació (Figura 28).

Figura 28: Evolució dels Afiliats i les Quotes en base 100 el 1991

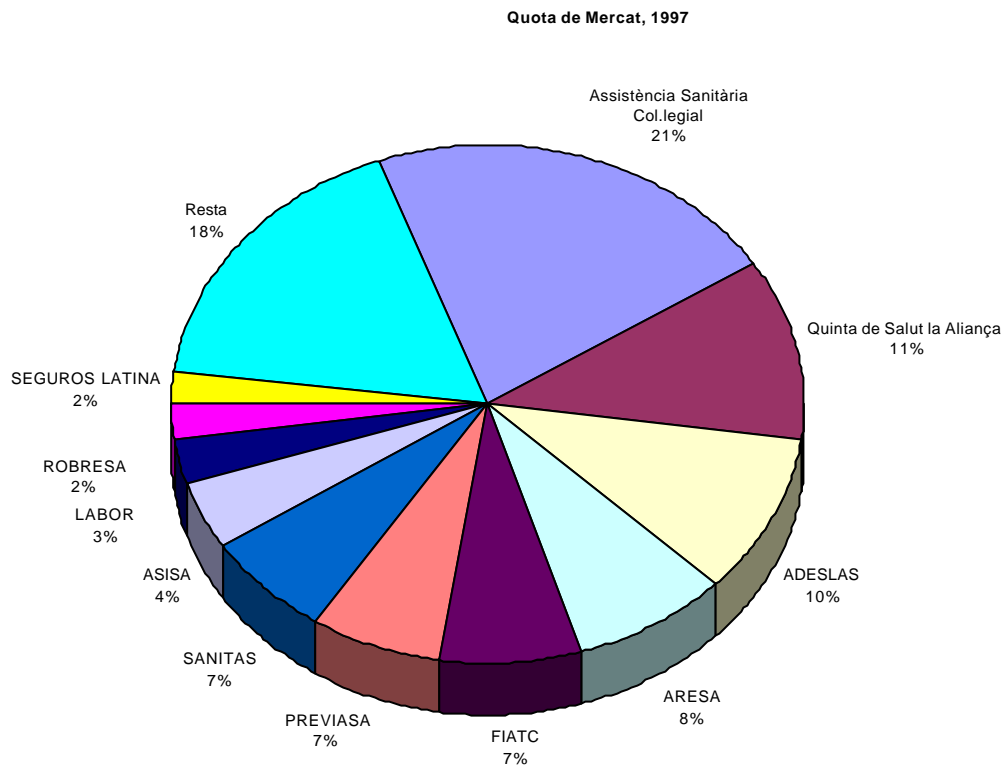


El resultat ha estat que el volum de facturació s'ha incrementat de manera important,³²⁶ assolint els 79.913 milions de pessetes el 1997. Això suposa que al 1997 el cost mig de la quota era de 57.200 ptes per afiliat (prop 1.4 milions), mentre que al sector públic, les despeses per assegurat (tots els catalans, 6 milions) era de 104.000 ptes per any. Respecte a l'assegurament públic (el pressupost de l'SCS) l'increment ha estat lleugerament superior: el pressupost de l'SCS (Servei Català de la Salut) s'ha incrementat un 14% entre 1994 i 1997 i les quotes mitges de l'assegurança lliure un 17%.

Aquestes xifres no han de fer pensar que el sector de l'assegurança lliure és més eficient que el sector públic.³²⁷ Cal tenir en compte, per exemple, que l'assegurament lliure no cobreix les despeses de la farmàcia ambulatoria, ni la quimioteràpia, ni les pròtesis i que no admet nous afiliats per damunt dels 65 anys.³²⁸

Existeixen 65 entitats d'assegurança lliure, però només 11 suposen el 82% del mercat, essent el líder indiscutible Assistència Sanitària Col·legial que té el 26 % del mercat. Aquesta entitat és un cooperativa de professionals sanitaris (Figura 29).

Figura 29: Quota de Mercat de les Entitats d'Assegurança lliure el 1.997



El Pla d'assegurament 'típic' es caracteritza per ser una prepaga, amb quotes anuals o mensuals fixes, petits copagaments i limitació de l'elecció de metge entre els d'una llista (Taula 57).

Taula 57 : Principals característiques de les pólisses líders del mercat d'assegurament privat

Companyia	Tipus	Cobertura	Co-pagament	Elecció de metge	Limitacions d'edat
Assistència Sanitària Col·legial	cooperativa	no fàrmacs ni pròtesis	Si	Quadre mèdic	No
Quinta de Salut l'Aliança	mútua	no fàrmacs ni pròtesis	No	Quadre mèdic	No
Adeslas	ànim de lucre	no fàrmacs ni pròtesis	Si	Quadre mèdic	Sí
Aresa	ànim de lucre	no fàrmacs ni pròtesis	No	Quadre mèdic	Sí
Fiatc	mútua	no fàrmacs ni pròtesis	No	Quadre mèdic	Sí
Previasa	ànim de lucre grup DKV alemany	no fàrmacs ni pròtesis	No	Quadre mèdic	Sí
Sanitas	ànim de lucre, grup Bupa, UK	no fàrmacs ni pròtesis	No	Quadre mèdic	Sí

Com a tret específic de l'Assegurament lliure a Catalunya cal assenyalar la important presència d'entitats mutuais i cooperativistes i el model de negociació dels honoraris mèdics.

Les mutualitats, són entitats sense ànim de lucre de llarga tradició amb orígens que arrenquen a la revolució industrial. La Quinta de Salut la Aliança és la més important a la que cal afegir la majoria de les entitats recollides sota l'epígraf 'Resta' Això suposa quota d'un 20% del mercat.

Assistència Sanitària Col·legial és un fenomen força interessat per que es tracta d'una entitat de tipus cooperatiu. Aquest fenomen no és massa freqüent en entorns amb competència i un fort sector públic. Cal diferenciar-la d'associacions corporativistes amb vocació monopòlica que es donen en alguns països de Llatinoamèrica, on les 'Asociaciones Médicas' actuen controlant el mercat (per exemple a l'Argentina). A Catalunya aquesta entitat no té capacitat per fer-ho perquè existeix un mercat (amb totes les limitacions que tenen els mercats sanitaris) i un sector públic monopsòmic. És de destacar que assoleix una quota de mercat superior al 25%

El segon tret és que és a Catalunya on s'ha desenvolupat el sistema de pagament dels actes mèdics, a partir del nomenclàtor del col·legi de metges de Barcelona:^{329 330 331} el Nomenclàtor Col·legial d'Assistència Col·lectiva (NCAC) (Taula 58)³³², que té com a base la complexitat de l'acte mèdic. El NCAC estableix una escala relativa entre els diferents actes mèdics a partir de la qual s'estableixen les tarifes en funció de la capacitat de negociació dels diferents col·legis de metges amb les diferents companyies.

Taula 58: El Nomenclàtor Col·legial d'Assistència Col·lectiva

El Nomenclàtor Col·legial d'Assistència Col·lectiva (NCAC) és una codificació amb nou dígit:

- 1 i 2: especialitat
- 3 a 5: número de l'acte dins l'especialitat
- 6 a 9: lletres indicant el tipus d'acte i 2 números indicant el nivell de complexitat

GR: quirúrgic, 8 nivells

AT: acte terapèutic, 26 nivells

PD: prova diagnòstica, 26 nivells

CM: consulta, 3 nivells

Per a la seva elaboració s'ha comptat amb la col·laboració de diverses societats científiques

El 1.998 la Llei d'Acompanyament dels Pressupostos Generals de l'Estat, i a proposta de la coalició governant a Catalunya (Convergència i Unió) ha previst que les aportacions dels empresaris a pòlisses d'assegurament privat pels seus treballadors siguin desgravables. ¿És una mesura per potenciar l'assegurament privat, donat que per si sol no sembla que se'n surti en el marc actual de relació amb el sistema sanitari públic? , és l'inici de la privatització de l'assegurament?^{333 334} És un debat obert.

MATERIAL I MÈTODES

MATERIAL I MÈTODES

Material

Entenem per Catalunya la Comunitat Autònoma del mateix nom del Regne d'Espanya i les seves principals dades demogràfiques figuren a la Taula 59.

Taula 59 : indicadors socio-demogràfics de Catalunya

Indicador	Any 1.996
Habitants	6.059.494 Habitants
Territori	31.895 Km ²
Densitat de població	191 hab/ Km ²
Esperança de vida	78.4 anys
Taxa de natalitat	8.9/1.000 habitants
Taxa de mortalitat	8.6/1.000 habitants
Metges	4.3/1.000 habitants
Ocupació al sector serveis	59.4 %
Ocupació a la indústria	28.8 %
Ocupació a la construcció	8.3 %
Ocupació a l'agricultura	3.5 %
PIB	13.276 milers ptes.
Renda per càpita	1.484.900 pts

S'estudia el sistema sanitari de Catalunya al voltant de 1.998, tal i com ha quedat configurat a partir de la Constitució Espanyola de 1978, l'Estatut d'Autonomia de Catalunya de 1979, la Ley General de Sanidad de 1986 i la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de 1980 i els seus desplegaments normatius.

A més a més d'aquestes disposicions legals i normatives (Taula 60) s'han analitzat les publicacions de les autoritats sanitàries que recullen la informació sobre l'estructura i funcionament del sistema sanitari, fonamentalment les Memòries del Servei Català de la Salut.

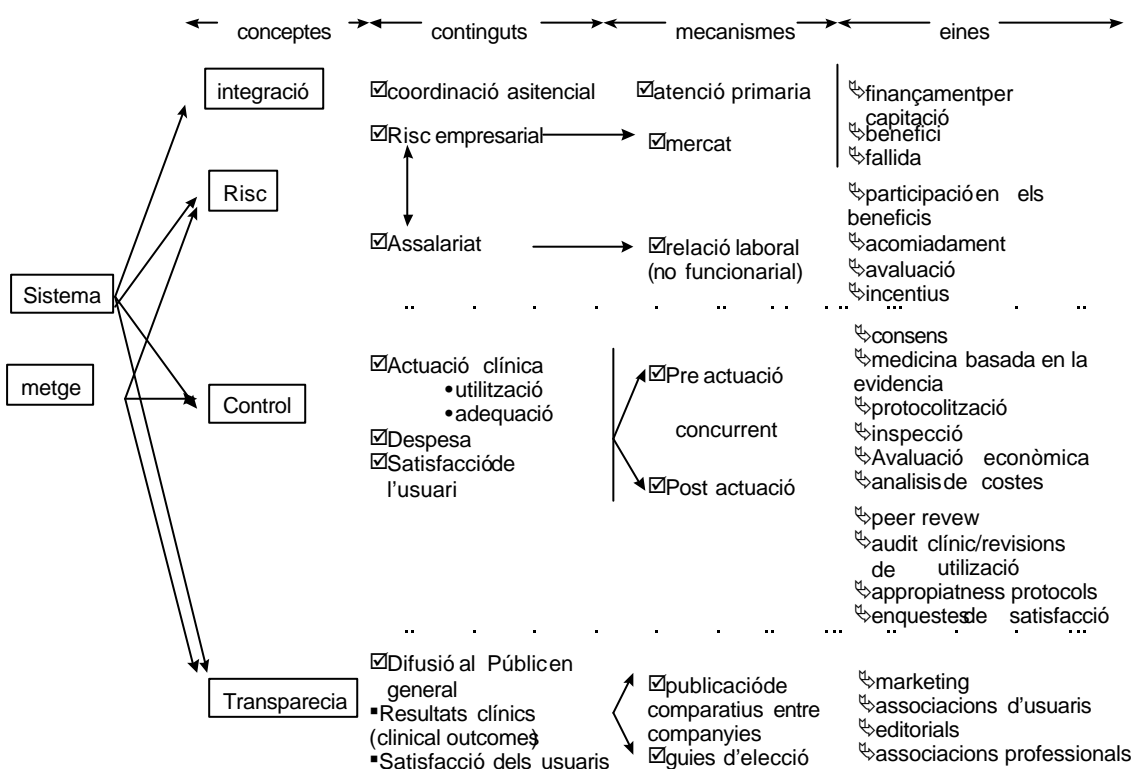
Taula 60 : Principals textos legals estudiats

Text legal	Any
Constitució Espanyola	1978
Estatut d'Autonomia de Catalunya	1979
Ley General de Sanidad	1981
Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya	1989

Mètode

A partir de la revisió bibliogràfica dels models conceptuals de Managed Care que proposen 9 autors s'ha dissenyat un marc conceptual (Figura 30) que ha de servir per comparar si un sistema pot considerar-se un entorn de *managed care*.

Figura 30: Marc conceptual del *managed care*



Alguns autors estableixen que el *managed care* presenta una forma a Estats Units i una altra a Europa. En aquests casos s'ha considerat com si, virtualment, es tractés de dos autors diferents. Així s'han construït unes taules d'anàlisi per cadascun dels autors i àmbits, tenint en compte el marc conceptual. (Taula 61 a Taula 72)

En funció del grau de conceptualització o concreció que han establert els 9 autors es fan paleses dos situacions diferents:

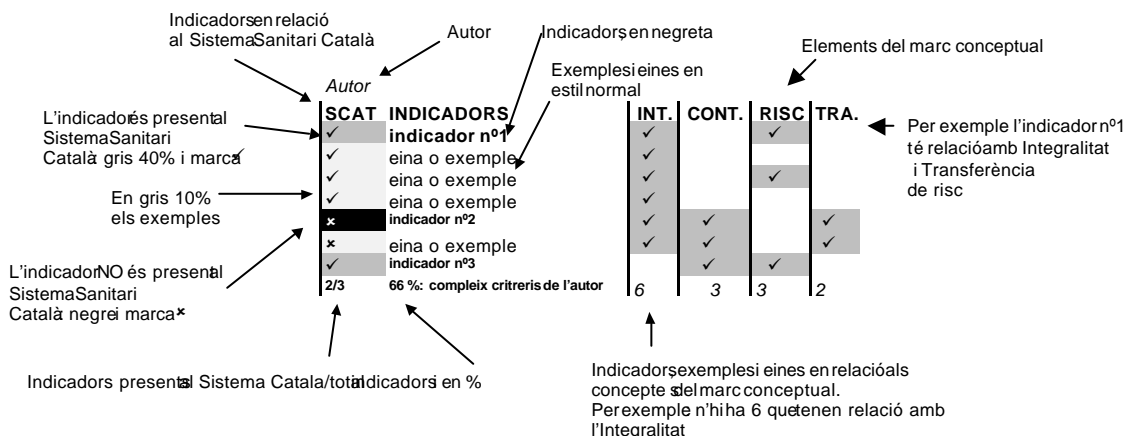
1. Autors que estableixen criteris conceptuals que il·lustren amb exemples o concreten en eines de gestió. (Taula 61, Taula 62, Taula 63, Taula 65, Taula 67, Taula 68, Taula 69, Taula 70, Taula 71, Taula 72)
2. Autors que només estableixen eines de gestió. (Taula 64, Taula 66).

Al construir les taules s'ha col·locat en rengleres els elements que determinen el *managed care* i s'ha destacat en negreta aquells elements, que anomenarem indicadors, que per l'autor són essencials. A les taules dels autors del primer grup també s'han inclòs, sense ressaltar, les eines i exemples que esmenten.

Per tal d'anitzar-les, al costat de cadascun dels elements s'ha col·locat (Figura 31):

1. una columna on s'assenyala si els indicadors són o no presents al Sistema Sanitari Català a fi i efecte de validar la hipòtesi
2. quatre columnes o categories, corresponents als conceptes del marc conceptual (Figura 30), a saber, integració (INT.), control (CONT), transferència de risc (RISC) i transparència (TRA.), on s'ha assenyalat a quina o quines categories correspon cada indicador.

Figura 31 : Anàlisi de les taules.



L'elaboració d'aquestes taules permet d'obtenir:

- a) La comparació dels Sistema Sanitari Català amb cadascun dels autors.
- b) L'anàlisi dels autors en relació al marc conceptual proposat.
- c) Una taula resum d'indicadors i autors, per tal de simplificar la discussió dels resultats.

Per avaluar a quina categoria corresponen cada indicador, s'han definit els conceptes en funció de la bibliografia revisada:

Integració

Considerem que hi ha integració quan qui finança l'assistència sanitària obté per als usuaris (ell mateix o un tercer) una cartera de serveis sanitaris que inclou, a més dels aspectes curatius, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la rehabilitació.

Control

Entenem que hi ha control quan existeix un mecanisme d'avaluació del desenvolupament de les organitzacions i/o professionals que les formen.

Això vol dir que es fixen uns objectius, es mesura l'acompliment d'aquests objectius i el resultat d'aquesta avaluació té unes implicacions.

Transferència de Risc

Considerem que hi ha transferència de risc des del pacient cap al proveïdor d'assistència, quan qui assumeix el risc econòmic que comporta haver de cobrir les despeses generades per l'assistència sanitària és el comprador de serveis sanitaris (quan no és el propi usuari) i/o els proveïdors.

Transparència

Entenem com a transparència a la publicació i/o difusió entre els usuaris dels serveis assistencials dels resultats que obtenen les organitzacions que compren i/o presten els serveis d'una manera sistemàtica.

Taules per Autors

Taula 61 : J.K.Iglehart (1994)

INDICADORS
Alteració fonamental del rol del metge com agent dels pacients passant a contraposar les necessitats dels pacients amb la necessitat del control de la despesa
Sistema que integra el finançament i la provisió
Contractes amb metges i hospitals seleccionats que proporcionen un conjunt complet de serveis assistencials als afiliats,
Habitualment per una prima anual;
Controls d'utilització i de qualitat que els proveïdors estan d'acord en acceptar;
Incentius financers pels pacients per tal que utilitzen els proveïdors i serveis associats amb el pla;
L'assumpció d'algun risc financer pels metges

Taula 62: Q.D.Sandifer i P.Hatcher (1997)

INDICADORS
Contractació selectiva
Entre l'Organització de Managed Care i els metges i hospitals proveïdors
Control a l'accés als especialistes
<i>El metge d'assistència primària actua com a "gatekeeper"</i>
Gestió de la qualitat
<i>Audit clínic,</i>
<i>acreditació de l'organització,</i>
<i>certificació dels metges,</i>
<i>perfils de proveïdors</i>
Gestió de la utilització
<i>precertificació, proves prèvies a l'admissió,</i>
<i>Cirurgia Sense Ingrés</i>
<i>Cirurgia Major Ambulatòria preceptiva,</i>
<i>us d'altres alternatives a la hospitalització,</i>
<i>reducció d'unitats,</i>
<i>assignació d'una estada màxima,</i>
<i>infermeres encarregades del control de la utilització,</i>
<i>direcció mèdica,</i>
<i>guies de pràctica clínic,</i>
<i>protocols d'infermeria,</i>
<i>revisió de la utilització i dels patrons d'actuació.</i>
Limitació a l'elecció de metges
<i>Els afiliats acullen el proveïdor d'assistència primària d'una llista dels contractats per l'Organització de Managed Care</i>
Incentius financers
<i>plusos relacionats amb el rendiment,</i>
<i>bosses d'incentius,</i>
<i>compartir beneficis.</i>

Taula 63: K.Flynn et Al. (1997)

INDICADORS
Hi ha moltes definicions de <i>managed care</i> , tantes com tipus d'organitzacions a les que s'anomena organització de <i>managed care</i> . Totes són complexos sistemes d'assistència sanitària les estructures i formes d'actuar de les quals estan evolucionat ràpidament
Gestió de la Qualitat
<i>Millora de l'accessibilitat</i>
<i>Medicina preventiva</i>
<i>Millora de processos</i>
<i>Gestió i coordinació de l'assistència</i>
<i>Control del compliment dels tractaments</i>
<i>Satisfacció dels pacients</i>
<i>Continuïtat</i>
<i>Atenció personalitzada</i>
<i>Estructura física</i>
<i>Mortalitat i Morbilitat</i>
Control de la Despesa
<i>Reducció de la despesa induïda pels metges</i>
<i>Increment de l'adequació</i>
<i>Ambulatorització de l'assistència</i>
<i>Millora de l'eficiència</i>
Gestió del comportament dels metges
<i>Selecció dels metges</i>
<i>Metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>
<i>Revisió de la utilització</i>
<i>Formació continuada</i>
<i>Retroalimentació</i>
<i>Participació</i>
<i>Incentius</i>
Importància de l'assistència primària
<i>Les HMO compten xarxes d'Atenció Primària</i>
Promoció de la Salut i Prevenció de la malaltia
<i>Reducció de comportaments d'alt risc</i>
<i>Educació dels clients</i>
<i>Programes d'autoajuda</i>
<i>Testaments vitals</i>
<i>Promoció al lloc de treball</i>

Taula 64: K.W.Kizer (1997)

INDICADORS
finançament per capitació
revisió de la utilització
gestió de casos
centres d'excel·lència clínics
gestió de patologies
guies de pràctica clínica i directrius
triaatge
programes de consell telefònic
perfils de pràctica
seguiment i comparació d'<i>outcomes</i> amb sistemes sofisticats <i>HEDIS/NCQA</i>
èmfasi en l'Atenció Primària i l'assistència ambulatoria
promoció de la salut i prevenció de la malaltia
proveïdors no mèdics

Taula 65: E.Mossialos (1997)

INDICADORS
Als Estats Units el <i>Managed care</i> ha evolucionat des de intents de minimitzar costos de l'atenció a través de la reducció de l'atenció hospitalària i posant barreres a l'accés d'especialistes cap a l'intent de controlar la intensitat d'utilització de recursos clínics mentre s'intenta millorar la satisfacció dels usuaris.
Integració de finançament i provisió
contractació selectiva
controls de la utilització
Limitació a l'elecció de metge
<i>accés limitat als metges afiliats al pla</i>
Modificació de la conducta
<i>Ús de protocols</i>
Importància de l'Atenció Primària
<i>contractació de més metges d'AP que no pas especialistes</i>

Taula 66: Muir (1997)

INDICADORS
Intents d'administrar un tractament normalitzat a pacients que pateixen el mateix trastorn, difuminant la frontera entre la pràctica clínica i l'epidemiologia
guies de pràctica clínica

Taula 67: G.Fairfield (1997)

INDICADORS
El <i>managed care</i> busca retallar costos mentre es manté la qualitat de l'assistència. Degut a la seva natura canviant, és un concepte canviant. Tots els canvis tenen en comú un intent d'influenciar i modificar la pràctica dels metges i altres professionals de la salut cap a una assistència cost efectiva. El <i>managed care</i> s'ha desenvolupat com a resposta a l'increment continuat dels costos sanitaris i a uns serveis fragmentats i cobreix un ventall d'activitats que es porten a terme en diferents formes organitzatives. No és una entitat discreta, és un espectre d'activitat portades a terme en un espectre de formes organitzatives, evoluciona contínuament, funciona a través del canvi de la pràctica clínica i no ha estat totalment avaluat.
prima fixa
controls de qualitat i rendiment
<i>satisfacció dels usuaris</i>
<i>qualitat</i>
<i>rotació dels afiliats</i>
<i>nombre de clients</i>
<i>productivitat</i>
Risc financer associat a capitació
Incentius financers associats al control del rendiment i la qualitat tècnica i percebuda amb pagament per acte
<i>retencions i bonus a pagament per acte</i>
Modificació de la conducta:
<i>metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>
<i>selecció de metges i proveïdors</i>
<i>incentius</i>
<i>guies de pràctica clínica</i>
<i>revisió de la utilització prèvia, concurrent i/ o posterior</i>

Taula 68: L.Lebel (1996)

INDICADORS
El terme <i>managed care</i> s'aplica a tota organització que gestiona la coordinació dels serveis de salut ofert a una població donada. Les organitzacions de <i>managed care</i> tenen com a principal objectiu reduir el cost de les despeses sanitàries a través de la utilització apropiada dels serveis. Hom els pot atribuir objectius de millora de la qualitat dels serveis a través de l'increment de l'accessibilitat, de la qualitat tècnica i de la continuïtat i coordinació dels serveis.
Xarxes integrades de serveis sanitaris:
<i>en base a un hospital</i>
<i>en base a un grup de metges</i>
<i>un sistema híbrid hospital/metges</i>
<i>una companyia d'assegurances</i>
Supervisió i control de la utilització de serveis
<i>revisió de la utilització</i>
<i>els metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>
<i>selecció de metges proveïdors</i>
<i>formació</i>
<i>retroalimentació</i>
<i>guies de pràctica clínica</i>
<i>incentius financers</i>
Risc associat a capitació

Taula 69: P.Ibern (1994)

INDICADORS
El <i>managed care</i> engloba un conjunt d'estratègies orientades a controlar el creixement dels costos sanitaris des de l'oferta, experimentat bàsicament als Estats Units a la dècada dels '80 i que introdueix més responsabilitat a les decisions clíniques i dels pacients
<i>prima fixa</i>
Limitació a la lliure elecció de proveïdor
<i>contractes amb un conjunt de metges i hospitals seleccionats que ofereixen assistència global</i>
Incentius financers i riscos compartits
<i>trasllat del risc als metges per modificar-ne la conducta</i>
<i>nous models organitzatius</i>
Modificació dels patrons d'utilització de recursos
<i>coordinació assistencial</i>

Taula 70: Q.D.SANDIFER (1997) -Europa-

INDICADORS
Hi ha elements comuns entre les Organitzacions de Managed Care i les DHA (District Health Authority): aproven i controlen els proveïdors.
Limitació a l'elecció de metges
<i>Els residents a un Districte Sanitari (District Health Authority) escullen d'una llista de GP contactats per la DHA</i>
Control d'accés als especialistes
<i>El GP actua com a gatekeeper</i>
Contractació Selectiva
<i>Entre la DHA o els GP Fundholders i hospitals determinats i altres proveïdors</i>
<i>Entre la DHA i els GP pels serveis de medicina general</i>
Incentius financers
<i>Els GP reben capítació ajustada per edat i en alguns casos pagaments extres</i>
Gestió de la Qualitat
<i>Audit clínic (obligatori pel personal mèdic sènior però no pels GP)</i>
<i>acreditació de les organitzacions (Kings Fund)</i>
<i>acreditació de GP per serveis específics</i>
<i>Patients Charter</i>
Gestió de la Utilització
<i>Cirurgia sense ingrés</i>
<i>patrons de prescripció dels GP</i>
<i>guies de pràctica clínica</i>

Taula 71: E.MOSSIALOS (1997) -Europa-

INDICADORS
Conviuen dues tendències contradictòries: l'una vol incrementar la productivitat mentre l'altre vol limitar-la
Imposició de controls pressupostaris orientats a contenció de costos
Separació de compra i provisió
<i>models de contractació</i>
<i>competència entre proveïdors</i>
Pagament per capítació als metges d'Atenció Primària
Interès per la satisfacció dels clients i l'adequació
Monitorització de les prescripcions de proves i fàrmacs
Llistats de fàrmacs limitats
Establiment de metodologies de priorització
Definició d'un paquet de serveis

Taula 72: G.FAIRFIELD (1997) –Europa

INDICADORS
Un procés per maximitzar el guany de salut d'una comunitat amb uns recursos donats a través d'assegurar un ventall i nivell de recursos adients i la monitorització cas per cas per assegurar la millora continua que permeti assolir els objectius nacionals de salut i les necessitats individuals
Millora dels coneixements dels processos de compra:
<i>establiment de l'estat i necessitats de salut de la població</i>
<i>avaluació de l'eficiència i l'eficàcia dels tractaments</i>
<i>establiment de prioritats: participació de la població/ carteres de serveis</i>
<i>mecanismes de pagament basats en rendiment utilitzant case-mix i de qualitat</i>
<i>paper dels metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>
<i>la salut de la comunitat com referent del procés de compra</i>
Guies de pràctica clínica
Gestió de patologies

RESULTATS

RESULTATS

a) Comparació del Sistema Català amb cadascun dels autors

A la comparació del Sistema Sanitari català amb els 12 autors es pot observar que amb 9 del 12 autors té un percentatge de compliment del 100 %. Amb un, Kizer, arriba al 92%. Amb un altre, Fairfield, arriba al 80% en relació a l'entorn dels Estats Units i un 66% per Europa.

Autor	% de compliment
Iglehart	100%
Sandifer i Hatcher	100%
Flynn et Al.	100%
Mossialos	100%
Muir	100%
Lebel	100%
Ibern	100%
Sandifer –Europa-	100%
Mossialos–Europa-	100%
Kizer	92%
Fairfield	80%
Fairfield–Europa-	66%

b) Anàlisi dels autors en relació al marc conceptual.

A l'analitzar el resultat a l'entorn dels Estats Units (Taula 73), es mostra que els conceptes preponderants són el control, amb quasi el 50% i la integritat amb el 23%. El segueix la transferència de risc amb un 16% i la transparència amb un 13 %.

Taula 73: Models conceptuals (Estats Units) i marc d'anàlisi

Autor	INT.	CONT	RISC	TRA.
Iglehart	3	2	5	0
Sandifer i Hatcher	1	19	5	7
Flynn et Al.	10	17	3	9
Kizer	9	8	1	1
Mossialos	3	4	1	0
Muir	0	1	0	0
Fairfield	1	8	4	1

Lebel	2	8	1	0
Ibern	3	2	3	0
Total Estats Units	32	69	23	18
	23%	49%	16%	13%

A Europa (Taula 74) el que és majoritari és el control (60%), quedant molt relegats els elements d'integralitat, transparència i risc.

Taula 74: Models conceptuals (Europa) i marc d'anàlisi

Autor	INT.	CONT	RISC	TRA.
Sandifer –Europa-	1	12	3	4
Mossialos–Europa-	0	6	3	3
Fairfield–Europa-	4	8	1	3
Total Europa	5	26	7	10
	12%	60%	12%	16%

Quan analitzem el conjunt (Taula 75) veiem que el concepte o categoria predominant és el control (50%), seguit de la integralitat (19%).

Taula 75: Models conceptuals (total) i marc d'anàlisi

TOTAL GENERAL	37	95	30	28
	19%	50%	16%	15%

c) Taula resum d'indicadors i autors

A la pàgina següent es troba la taula resum d'indicadors i autors. Es pot apreciar com hi ha força diferències entre els autors estudiats i com el Sistema Sanitari Català aconsegueix tots els indicadors menys dos: la Gestió de Patologies (proposats per Kizer y Fairfield –Europa-) i el risc associat al pagament per acte (Fairfield- Estats Units-).

INDICADORS	Autors	igle	san	flyn	kizer	Moss	muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf	CAT
Gestió de patologies					IC								IC	
Assumpció d'algun risc financer pels metges/associat a capitació/associat al pagament per acte*/incentius financers		R	CRT					R*	R	CR	CR			
Integració de finançament i provisió. Separació de funcions		IR				IR						RCT		
Contractes amb metges i hospitals seleccionats (contractació selectiva) que proporcionen un conjunt complet de serveis assistencials als seus afiliats, incloent la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. Limitació a la lliure elecció. Incentius financers a utilitzar determinats proveïdors		IRC	CRT	ICT		IC		C	I	IC	ICT			
Prima anual/capitació		IR			R			R		IR		R		
Controls de la utilització i de qualitat. Interès per l'adequació i la satisfacció dels usuaris		CT	C	T	C	C		CT	IC		CT	CT		
Control de la despesa llistats de fàrmacs limitats				C								C		
Gestió del comportament dels metges				IRC		C		C		IC				
Importància de l'Atenció Primària/gatekeeping			I	I	IC	I		IC	I		I			
Gestió de casos					IC									
Guies de pràctica clínica/formació			C		IC		C	C	C				C	
Perfils de pràctica/retroalimentació			CT		CT				C		CT	CI		
Noves formes d'organització. Coordinació assistencial ambulatorització										CR	CC			
Definició d'un paquet de serveis												C		
Millora dels coneixements dels processos de compra. Metodologies de priorització												C	ICT	
Seguiment i comparació d'outcomes amb sistemes sofisticats Proveïdors no mèdics Centres d'excel·lència clínics Triatge Programes de consell telefònic					ICT									

I: Integració C: Control R: Transferència de Risc T: Transparència

acompleix

no compleix

llegenda a pàgina següent

Llegenda

Igle	San	flyn	kizer	Moss	muir	fair	lebel	Ibern	sand	moss	fairf	CAT
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------	-----

CAT: Sistema Sanitari Català

Igle: Iglehart JK. Physicians and The Growth of Managed care. N Engl J Med 1994; 331(17): 1167-71.

San: Sandifer QD. Managing care. J Public Health Med 1997; 19(3): 301-06, a Estats Units.

Flyn: Flynn K, McGlynn G, Young G. Transferring Managed Care Principles to VA. Hospital & Health Services Administration Fall 1997; 42: 3.

Kizer: Kizer KW. The "new VA": delivering health care value through integrated service networks. Ann Emerg Med 1997; 30: 6, 804-07.

Moss: Mossialos E, Kanavos P, Abel-Smith B. Will Managed Care Work in Europe?. Pharmacoconomics 1997; 11(4): 297-305, a Estats Units.

Muir: Muir. Gestión Basada en la Evidencia. Churchill Livingstone. España, Madrid 1997.

Fair: Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. BMJ 1997; 314: 1823-26.

Lebel: Lebel L. L'approche Managed Care. Conseillère Direction programmes et recherche. Association des hôpitaux du Québec. 1996.

Ibern: Ibern P, Meneu R. Managed Care y gestión de la utilización. En: Del Llano J, Ortun V, Martin JM, Gené J. Masson Barcelona 1994: 219-39.

Sand: Sandifer QD. Managing care. J Public Health Med 1997; 19(3): 301-06, a Europa.

Moss: Mossialos E, Kanavos P, Abel-Smith B. Will Managed Care Work in Europe?. Pharmacoconomics 1997; 11(4): 297-305, a Europa.

Fairf: Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. BMJ 1997; 314: 1823-26, a Europa.

Taules d'anàlisi

Llegenda:

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC	TRA.
✓	indicador n°1	✓		✓	
✓	eina o exemple	✓			
✓	eina o exemple	✓		✓	
✓	eina o exemple	✓			✓
✗	indicador n°2	✓	✓		✓
✗	eina o exemple	✓	✓		✓
✓	indicador n°3	✓	✓	✓	
2/3	66% compleix criteris de l'autor	6	3	3	2

J.K. Iglehart (1994):

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	alteració fonamental del rol del metge com agent dels pacients passant a contraposar les necessitats dels pacients amb la necessitat del control de la despesa				
✓	Sistema que integra el finançament i la provisió	✓		✓	
✓	contractes amb metges i hospitals seleccionats que proporcionen un conjunt complet de serveis assistencials als afiliats,	✓	✓		
✓	habitualment per una prima anual;	✓		✓	
✓	controls d'utilització i de qualitat que els proveïdors estan d'acord en acceptar;		✓	✓	
✓	incentius financers pels pacients per tal que utilitzen els proveïdors i serveis associats amb el pla;			✓	
✓	l'assumpció d'algun risc financer pels metges,			✓	
6/6	100 % a compleix el criteri de l'autor	3	2	5	0

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

S'aprecia com el sistema objecte d'estudi, a compleix tots els criteris establerts per aquest autor.

El managed care en el sistema sanitari català

Q.D.Sandifer (1997) i P.Hatcher (1995)

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC.	TRA.
✓	Contractació selectiva				
✓	Entre l'Organització de Managed Care i els metges i hospitals proveïdors		✓	✓	
✓	Control a l'accés als especialistes				
✓	<i>El metge d'assistència primària actua com a "gatekeeper"</i>	✓			
✓	Gestió de la qualitat				
✓	<i>Audit clínic,</i>		✓		
✓	<i>acreditació de l'organització,</i>		✓		✓
✓	<i>certificació dels metges,</i>		✓		✓
✓	<i>perfils de proveïdors</i>		✓		✓
✓	Gestió de la utilització				
✓	<i>precertificació, proves prèvies a l'admissió,</i>				
✓	<i>Cirurgia Sense Ingrés</i>		✓		
✓	<i>Cirurgia Major Ambulatòria preceptiva,</i>		✓		
✓	<i>us d'altres alternatives a la hospitalització,</i>		✓		
✓	<i>reducció d'unitats,</i>		✓		
✓	<i>assignació d'una estada màxima,</i>		✓		
✗	<i>infermeres encarregades del control de la utilització,</i>		✓		
✓	<i>direcció mèdica,</i>		✓		
✓	<i>guies de pràctica clínica,</i>		✓		
✓	<i>protocols d'infermeria,</i>		✓		
✓	<i>revisió de la utilització i dels patrons d'actuació.</i>		✓		
✓	Limitació a l'elecció de metges				
✓	Els afiliats acullen el proveïdor d'assistència primària d'una llista dels contractats per l'Organització de Managed Care		✓	✓	✓
✓	Incentius financers				
✓	plusos relacionats amb el rendiment,		✓	✓	✓
✓	bosses d'incentius,		✓	✓	✓
✓	compartir beneficis.		✓	✓	✓
6/6	100% aconsegueix el criteri de l'autor	1	19	5	7

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

S'aconsegueixen tots els indicadors, malgrat no hi ha infermeres encarregades del control de la utilització.

K.Flynn et Al.(1997)

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	Hi ha moltes definicions de <i>managed care</i> , tantes com tipus d'organitzacions a les que s'anomena organització de <i>managed care</i> . Totes són complexos sistemes d'assistència sanitària les estructures i formes d'actuar de les quals estan evolucionat ràpidament				
✓	Gestió de la Qualitat				
✓	<i>Millora de l'accessibilitat</i>	✓			✓
✓	<i>Medicina preventiva</i>	✓			
✓	<i>Millora de processos</i>		✓		
✓	<i>Gestió i coordinació de l'assistència</i>		✓		
✓	<i>Control del compliment dels tractaments</i>		✓		
✓	<i>Satisfacció dels pacients</i>		✓		
✓	<i>Continuïtat</i>		✓		
✓	<i>Atenció personalitzada</i>		✓		
✓	<i>Estructura física</i>		✓		
✓	<i>Mortalitat i Morbilitat</i>		✓		
✓	Control de la Despesa				
✓	<i>Reducció de la despesa induïda pels metges</i>		✓		
✓	<i>Increment de l'adequació</i>		✓		
✓	<i>Ambulatorització de l'assistència</i>	✓	✓		
✓	<i>Millora de l'eficiència</i>		✓		
✓	Gestió del comportament dels metges				
✓	<i>selecció dels metges</i>		✓	✓	
✓	<i>metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>	✓		✓	
✓	<i>revisió de la utilització</i>		✓		
✓	<i>formació continuada</i>		✓		
✓	<i>Retroalimentació</i>		✓		✓
✓	<i>Participació</i>				✓
✓	<i>Incentius</i>			✓	
✓	Importància de l'assistència primària				
✓	<i>Les HMO compten xarxes d'Atenció Primària</i>	✓			
✓	Promoció de la Salut i Prevenció de la malaltia				
✓	<i>reducció de comportaments d'alt risc</i>	✓			✓
✓	<i>educació dels clients</i>	✓			✓
✓	<i>programes d'autoajuda</i>	✓			✓
✓	<i>testaments vitals</i>	✓			✓
✓	<i>promoció al lloc de treball</i>	✓			✓
5/5	100 % aconsegueix el criteri de l'autor	10	17	3	9

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

S'aprecia com el sistema objecte d'estudi aconsegueix tots els criteris establerts per aquest autor.

K.W.Kizer (1997)

SCAT	INDICADOR	INT.	CONT.	RISC	TRA.
✓	finançament per capitació			✓	
✓	revisió de la utilització		✓		
✓	gestió de casos	✓	✓		
✓	centres d'excel·lència clínics		✓		
*	gestió de patologies	✓	✓		
✓	guies de pràctica clínica i directrius	✓	✓		
✓	Triatge	✓	✓		
✓	Programes de consell telefònic	✓	✓		
✓	perfils de pràctica	✓	✓		
✓	Seguiment i comparació d'outcomes amb sistemes sofisticats HEDIS/NCQA				✓
✓	èmfasi en l'Atenció Primària i l'assistència ambulatoria	✓			
✓	Promoció de la salut i prevenció de la malaltia	✓			
✓	Proveïdors no mèdics	✓			
12/13	92 % aconsegueix el criteri de l'autor	9	8	1	1

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

En aquest cas manca la gestió de patologies.

E.Mossialos (1997)

SCAT	INDICADOR	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	Als Estats Units el Managed care ha evolucionat des de intents de minimitzar costos de l'atenció a través de la reducció de l'atenció hospitalària i posant barreres a l'accés d'especialistes cap a l'intent de controlar la intensitat d'utilització de recursos clínics mentre s'intenta millorar la satisfacció dels usuaris.				
✓	Integració de finançament i provisió	✓		✓	
✓	contractació selectiva	✓	✓		
✓	controls de la utilització		✓		
✓	Limitació a l'elecció de metge				
✓	<i>accés limitat als metges afiliats al pla</i>		✓		
✓	Modificació de la conducta				
✓	<i>Us de protocols</i>		✓		
✓	Importància de l'Atenció Primària				
✓	<i>contractació de més metges d'AP que no pas especialistes</i>	✓			
6/6	100 % aconpleix el criteri de l'autor	3	4	1	0

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

Muir (1997)

SCAT	INDICADOR	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	Intents d'administrar un tractament normalitzat a pacients que pateixen el mateix trastorn, difuminant la frontera entre la pràctica clínica i l'epidemiologia				
✓	Guies de pràctica clínica		✓		
1/1	100 % aconpleix el criteri de l'autor		1		

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

El sistema estudiat aconpleix tots els criteris d'aquests dos autors.

G.Fairfield (1997)

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT	RISC	TRA.
	El <i>managed care</i> busca retallar costos mentre es manté la qualitat de l'assistència. Degut a la seva natura canviant, és un concepte canviant. Tots els canvis tenen en comú un intent d'influenciar i modificar la pràctica dels metges i altres professionals de la salut cap a una assistència cost efectiva. El <i>managed care</i> s'ha desenvolupat com a resposta a l'increment continuat dels costos sanitaris i a uns serveis fragmentats i cobreix un ventall d'activitats que es porten a terme en diferents formes organitzatives. No és una entitat discreta, es un espectre d'activitat portades a terme en un espectre de formes organitzatives, evoluciona contínuament, funciona a través del canvi de la pràctica clínica i no ha estat totalment avaluat.				
✓	prima fixa			✓	
✓	controls de qualitat i rendiment				
✓	<i>satisfacció dels usuaris</i>		✓		✓
✓	<i>qualitat</i>		✓		
✓	<i>rotació dels afiliats</i>		✓		
✓	<i>nombre de clients</i>		✓		
✓	<i>productivitat</i>		✓		
✓	Risc financer associat a capitació			✓	
✗	Incentius financers associats al control del rendiment i la qualitat tècnica i percebuda amb pagament per acte				
✗	<i>retencions i bonus a pagament per acte</i>			✓	
✓	Modificació de la conducta:				
✓	<i>metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>	✓			
✓	<i>selecció de metges i proveïdors</i>		✓		
✓	<i>incentius</i>			✓	
✓	<i>guies de pràctica clínica</i>		✓		
✓	<i>Revisió de la utilització prèvia, concurrent i/ o posterior</i>		✓		
4/5	80 % aconpleix el criteri de l'autor	1	8	4	1

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

El sistema estudiat no aconpleix un dels criteris, que és l'existència de retencions i bonus en un mecanisme de pagament per acte.

L.Label (1996)

SCAT	INDICADOR	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	El terme <i>managed care</i> s'aplica a tota organització que gestiona la coordinació dels serveis de salut ofert a una població donada. Les organitzacions de <i>managed care</i> tenen com a principal objectiu reduir el cost de les despeses sanitàries a través de la utilització apropiada dels serveis. Hom els pot atribuir objectius de millora de la qualitat dels serveis a través de l'increment de l'accessibilitat, de la qualitat tècnica i de la continuïtat i coordinació dels serveis.				
✓	Xarxes integrades de serveis sanitaris:				
✓	<i>en base a un hospital</i>	✓			
✓	<i>en base a un grup de metges</i>	✓			
✓	<i>un sistema híbrid hospital/metges</i>	✓			
✓	<i>una companyia d'assegurances</i>	✓			
✓	Supervisió i control de la utilització de serveis				
✓	<i>revisió de la utilització</i>		✓		
✓	<i>els metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>	✓	✓		
✓	<i>selecció de metges proveïdors</i>		✓		
✓	<i>formació</i>		✓		
✓	<i>retroalimentació</i>		✓		
✓	<i>guies de pràctica clínica</i>		✓		
✓	<i>incentius financers</i>		✓	✓	
✓	Risc associat a capítació		✓		
3/3	100 % Acompleix criteri de l'autor	2	8	1	0

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

El sistema estudiat compleix tots els criteris establerts per aquest autor.

P.Ibern et al.(1994)

SCAT	INDICADOR	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	El <i>managed care</i> engloba un conjunt d'estratègies orientades a controlar el creixement dels costos sanitaris des de l'oferta, experimentat bàsicament als Estats Units a la dècada dels '80 i que introdueix més responsabilitat a les decisions clíniques i dels pacients				
✓	<i>prima fixa</i>	✓		✓	
✓	Limitació a la lliure elecció de proveïdor				
✓	<i>contractes amb un conjunt de metges i hospitals seleccionats que ofereixen assistència global</i>	✓			
✓	Incentius financers i riscos compartits				
✓	<i>trasllat del risc als metges per modificar-ne la conducta</i>			✓	
✓	<i>nous models organitzatius</i>		✓	✓	
✓	Modificació dels patrons dels patrons d'utilització de recursos				
✓	<i>Coordinació assistencial</i>	✓			
3/3	100% aconsegueix el criteri de l'autor	3	2	3	0

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

El sistema estudiat aconsegueix tots els criteris establerts per aquest autor.

Q.D.SANDIFER (1997) –Europa-

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	Hi ha elements comuns entre les Organitzacions de Managed Care i les DHA (District Health Authority): aproven i controlen els proveïdors.				
✓	Limitació a l'elecció de metges				
✓	<i>els residents a un Districte Sanitari (District Health Authority) escullen d'una llista de GP contactats per la DHA</i>		✓		✓
✓	Control d'accés als especialistes				
✓	<i>El GP actua com a gatekeeper</i>	✓	✓		
✓	Contractació Selectiva				
✓	<i>Entre la DHA o els GP Fundholders i hospitals determinats i altres proveïdors</i>		✓	✓	
✓	<i>Entre la DHA i els GP pels serveis de medicina general</i>		✓	✓	
✓	Incentius financers				
✓	<i>Els GP reben capítació ajustada per edat i en alguns casos pagaments extres</i>		✓	✓	
✓	Gestió de la Qualitat				
✓	<i>Audit clínic (obligatori pel personal mèdic sènior però no pels GP)</i>		✓		
✓	<i>acreditació de les organitzacions (Kings Fund)</i>		✓		✓
✓	<i>acreditació de GP per serveis específics</i>		✓		✓
✓	<i>Patients Charter</i>		✓		✓
✓	Gestió de la Utilització				
✓	<i>Cirurgia sense ingrés</i>		✓		
✓	<i>patrons de prescripció dels GP</i>		✓		
✓	<i>guies de pràctica clínica</i>		✓		
6/6	100% : Acompleix criteri de l'autor	1	12	3	4

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

El sistema estudiat compleix tots els criteris establerts per aquest autor.

E.MOSSIALOS (1997) –Europa-

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	Conviuen dues tendències contradictòries: l'una vol incrementar la productivitat mentre l'altre vol limitar-la				
✓	Imposició de controls pressupostaris orientats a contenció de costos		✓		
✓	Separació de compra i provisió				
✓	<i>models de contractació</i>			✓	✓
✓	<i>competència entre proveïdors</i>			✓	✓
✓	Pagament per capitació als metges d'Atenció Primària			✓	
✓	Interès per la satisfacció dels clients i l'adequació		✓		✓
✓	Monitorització de les prescripcions de proves i fàrmacs				
	Llistats de fàrmacs limitats		✓		
✓	Establiment de metodologies de prioritització		✓		
	Definició d'un paquet de serveis				
8/8	100% : Acompleix criteri de l'autor	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>3</i>

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència

El sistema estudiat compleix tots els criteris establerts per aquest autor.

G.FAIRFIELD (1997) –Europa-

SCAT	INDICADORS	INT.	CONT.	RISC	TRA.
	Un procés per maximitzar el guany de salut d'una comunitat amb uns recursos donats a través d'assegurar un ventall i nivell de recursos adients i la monitorització cas per cas per assegurar la millora continua que permeti assolir els objectius nacionals de salut i les necessitats individuals				
✓	Millora dels coneixements dels processos de compra:				
✓	<i>establiment de l'estat i necessitats de salut de la població</i>	✓	✓		✓
✓	<i>avaluació de l'eficiència i l'eficàcia dels tractaments</i>		✓		
✓	<i>establiment de prioritats: participació de la població/ carteres de serveis</i>		✓		✓
✓	<i>mecanismes de pagament basats en rendiment utilitzant case-mix i indicadors de qualitat</i>		✓	✓	✓
✓	<i>paper dels metges d'Atenció Primària com gatekeepers</i>	✓	✓		
✓	<i>la salut de la comunitat com referent del procés de compra</i>	✓	✓		
✓	Guies de pràctica clínica		✓		
✗	Gestió de patologies	✓	✓		
2/3	66 %: compleix el criteri de l'autor	4	8	1	3

SCAT: Sistema Sanitari Català ; INT.: Integració; CONT.: Control; RISC: Risc; TRA.: Transparència.

S'acompleixen dos dels tres indicadors que proposa aquest autor. És el menor percentatge dels obtinguts.

DISCUSIÓ

DISCUSIÓ

Del *managed care*

El terme *managed care* neix en un context determinat, als Estats Units (USA) als anys 80. Estem parlant del naixement d'una paraula i hem de ser conscients d'això. Un terme és una manera d'anomenar una idea, de sistematitzar i fer comprensible un conjunt d'elements reals o d'idees. Si apareix una nova paraula és que ha sorgit una nova realitat o que hom troba una nova manera de sistematitzar i intentar comprendre el seu entorn.

Això explica perquè aquest terme ha aparegut als Estats Units (USA) i a la dècada dels 80 i no en altres circumstàncies, malgrat que com hem vist, els diferents components, sistemes, formes de relació que s'engloben sota el terme *managed care* tenen unes arrels molt anteriors i un àmbit geogràfic que compren també Europa.

Que és, doncs, el que fa que aparegui el terme *managed care* als Estats Units (USA)? És la adquisició de la consciència que la relació metge malalt té implicacions que la transcendeixen.

El terme *managed care* és la forma d'explicar qualsevol relació metge malalt on els participants són conscients que hi juguen més interessos que no pas els seus interessos immediats.

Pel lector, especialment si ha llegit, sentit, o treballa en el nostre entorn sanitari això pot semblar sorprenent, per obvi. Però repassant els antecedents del sistema sanitari dels Estats Units, podrà concloure que no ho es tant.

Fins els anys 80 el paradigma de la relació metge malalt era el model de pagament per acte, en una relació purament inter-personal, o si es vol, professional. Aquest paradigma és el model ideal als Estats Units i també a Europa: per alguns és el somni confessat o no de molts dels que defineixen la medicina com una professió lliberal.

La introducció del pagament prospectiu, a la dècada dels 70, es viu als Estats Units com una "anomalia" del sistema (significada pel "loss revenue" o quant s'ha de deixat de guanyar). A Europa, el model assalariat es viu com una "proletarització"³³⁵, com una veritable pèrdua d'estatus.

En el model de pagament per acte, ens trobem com la relació metge malalt està regida només pels interessos i les motivacions dels que hi participen directament. Des del punt de vista del malalt, si aquest no és capaç de fer-se càrrec dels honoraris mèdics, no afecta la relació metge

malalt, perquè el que pot succeir és que aquesta ni tan sols s'arribi a produir (el malalt sabent que no podrà pagar el metge no hi acudeix). Des del punt de vista del metge, si el resultat del tractament no té èxit, pot trencar-se la relació, per èxitus o per canvi de metge; un client perdut (com a molt una mort més a les estadístiques de mortalitat). Evidentment que hi ha implicacions en la resta de la societat: la inequitat, les morts evitables, la pèrdua d'hores de treball, entre d'altres. Però són el que anomenen els economistes externalitats perquè no intervenen directament en la relació metge malalt.

En els anys 80 als Estats Units, s'adquireix consciència que a la relació metge malalt transcendeixen els interessos dels qui hi intervenen directament. Es desperta del somni del pagament per acte, on les limitacions són externalitats. Els participants són conscients (una altra cosa és que hi estiguin d'acord) que tant els recursos implicats (inputs) com els resultats de la mateixa (*outputs/outcomes*) s'han de situar en un context més ampli que els seus propis. Alguns elements que eren externalitats comencen a incloure's en la equació. Els costos de l'assistència i el resultat de la mateixa no són només problema del metge i el malalt.

Aquest fet, la consciència de transcendència de la relació, es quelcom nou als Estats Units, cal doncs, posar-hi un nom, i aquest és *managed care*.

Aquesta consciència de comptar amb recursos limitats sempre ha sigut present als entorns europeus amb cobertura pública o solidària (tipus mutualitat).

Per tant, des d'aquest punt de vista, sempre s'ha estat fent *managed care* a l'entorn europeu, o dit d'altra manera, per això s'ha encunyat el terme *managed care* als Estats Units i no a Europa, per anomenar un mateix fenomen; hom no li dona un nom nou a quelcom que és habitual per ell.

Un model d'anàlisi dels sistemes sanitaris³³⁶ és el que distingeix tres nivells de gestió sanitària: la macrogestió, la mesogestió i la micro gestió.

La macrogestió fa referència a aquelles decisions que defineixen el sistema sanitari. Exemple de mesures de macrogestió són

- >l'establiment de l'autoritat sanitària : qui regula el sistema sanitari, qui autoritza i qui sanciona els proveïdors sanitaris...
- >la configuració dels sistema: qui són els agents, la relació sector públic/sector privat, els mecanismes de finançament...
- >la planificació sanitària: elaboració de plans de salut, plans de serveis i mapes sanitaris..
- >la assignació de recursos: les decisions sobre accessibilitat i equitat d'assignació..

La mesogestió engloba aquelles decisions relacionades amb la gestió dels recursos per part dels proveïdors de serveis sanitaris, ja siguin centres –hospitals o centres d'Atenció Primària- o xarxes –una xarxa hospitalària, una xarxa d'Atenció Primària o una mixta primària-hospital-. Alguns exemples son:

- >Plans de negoci: establiment de la missió, plans d'empresa, plans de viabilitat...
- >Disseny organitzacional: grau de descentralització, agrupació de les unitats, disseny de llocs de treball, comptabilitat ...
- >Mecanismes control i recompensa: incentius, direcció per objectius, direcció per valors...

Finalment, la microgestió es la que involucra les decisions que es donen a la relació metge pacient. A aquest nivell es compta amb eines com:

- >Protocols i guies de pràctica clínica
- >Medicina Basada en la Evidència

Podem apreciar com les eines enumerades i pràctiques descrites alhora de definir el *managed care* corresponen als nivells de meso i microgestió i no del camp de la macrogestió. El *managed care*, doncs, no té doncs res a dir en el camp de la definició dels sistemes sanitaris.

No pot per tant utilitzar-se amb rigor com a argument per propugnar mesures de macrogestió, com la privatització del finançament o l'assegurament (situació que es pot donar en l'entorn europeu) o en el sentit contrari en la extensió de la cobertura pública (com va pretendre la reforma propugnada per Hillary Clinton).

En el nostre entorn la extensió del model Muface (la opció que tenen els funcionaris públics d'escollir entre la sanitat pública i una assegurança de salut privada) o la incorporació d'assegurament privats com a substitutius de la sanitat finançada públicament no poden sustentar-se en el que ha ensenyat el *managed care*. No son decisions que girin sobre la millor manera de transferir risc als proveïdors o com millorar la assignació de recursos en funció de capitació, giren en torn a qui son els agents del sistema i quines funcions tenen.^{337 338 339}

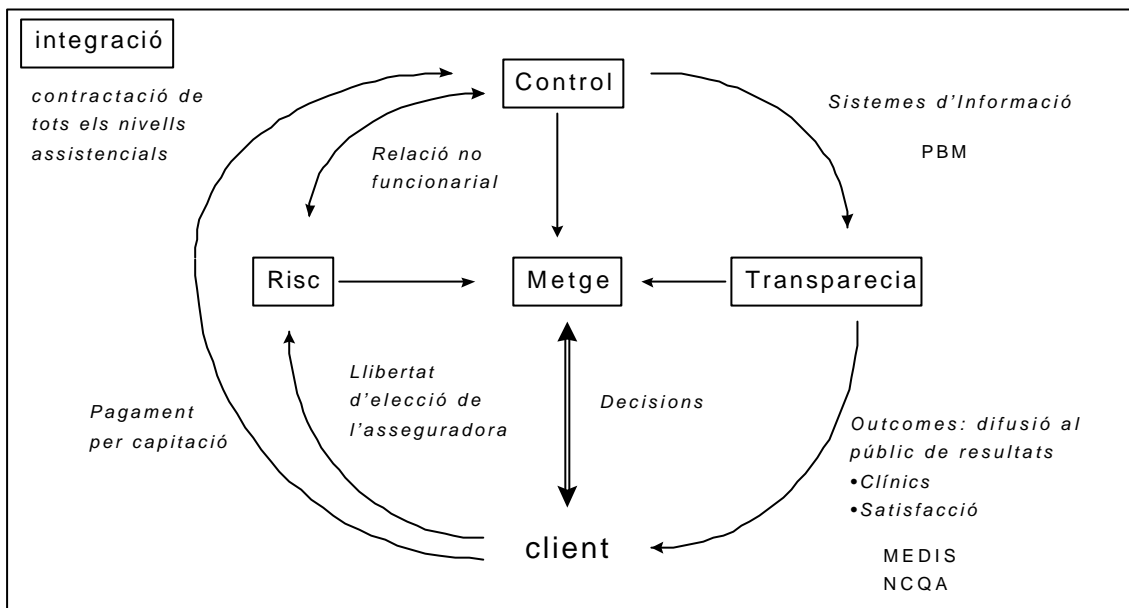
El *managed care* pot ajudar a millorar la meso gestió, especialment per la seva aportació en la gestió de la integralitat, longitudinalitat o continuum assistencial i el disseny d'organitzacions responsables.

També ha fet força aportacions en la millora de la qualitat assistencial a través de les eines de revisió de la utilització, encara que en el seu origen pretenguessin fonamentalment la limitació de la despesa.

Mereix una menció molt destacada el paper que ha atorgat a la satisfacció dels usuaris, els pacients que han deixat de ser-ho per esdevenir –per fi i de nou- el centre de l'activitat assistencial, del guarir i del tenir cura.

A nivell de micro gestió, es a dir a nivell de la relació metge pacient el *managed care* ha comportat tota una sèrie de canvis fonamentals (Figura 32).

Figura 32: la relació metge-usuari entre els agents i funcions al *managed care*



La relació metge pacient ha deixat de ser quelcom aïllat en si mateix, on la salut no té preu i on el metge és el protagonista absolut. Al *managed care* la salut té uns costos, costos que cal que siguin controlats (no limitats), per tal que la utilització dels recursos sigui adequada i puguin arribar a tothom i/o siguin finançables.

El pacient passa a tenir un paper important, és qui, al cap i a la fi, aporta els recursos. Ja no es un subjecte passiu sinó que vol escollir, i per fer-ho necessita informació sobre el servei que li ofereixen. Vol saber quina es la qualitat del servei i quin es el seu cost.

L'assistència sanitària ja no és només curativa, la promoció de la salut, la prevenció, la rehabilitació i les cures en son elements intrínsecs. Les decisions que pren el metge han de tenir en compte els col·legues que participen en la prestació d'uns serveis cada cop més complexos i que requereixen el treball de múltiples professionals a diferents nivells assistencial. No només dels seus col·legues metges sinó la dels altres professionals sanitaris (infermeres, biòlegs, psicòlegs, etc.) i no sanitaris (gestors, administradors, etc.) que juguen un paper rellevant en els seus àmbits. Cal mantenir la relació personalitzada però en un entorn de treball en equip.

El paper indiscutible del metge entra en crisi, està finalment, sotmès a risc a partir de l'avaluació dels seus actes, de les seves decisions. Es un paper més incòmode, sens dubte, però que permet destriar el gra i, finalment millorar la assistència, la medicina, que és del que es tracta....

Del *managed care* als Estats Units

Si hi ha un tret que caracteritza el sistema sanitari dels Estats Units des de la Segona Guerra Mundial ha estat la seva capacitat per créixer. La despesa sanitària als Estats Units ha crescut molt per damunt del Producte Interior Brut, o el que és el mateix, dels recursos disponibles, cada cop se'n dediquen més a Sanitat.

El creixement d'aquesta despesa ha estat molt superior a la que s'ha viscut a Europa, a la llar de l'Estat del Benestar. Aquesta aparent contradicció s'explica per que la despesa en salut a Estats Units no té el caràcter de despesa eminentment social que té a Europa.

A Europa la despesa en Salut juga un paper molt important en la definició de l'Estat com a mecanisme redistribuïdor. Als Estats Units el sector salut és un exitós mercat, on l'Estat s'ha hagut d'anar guanyant, poc a poc, l'important paper que ara té.

Curiosament, si es fa un anàlisi del 'valor del diner' (value for money) esmerçat en salut a una banda i l'altre de l'Atlàntic, els nord-americans perden (o no?).

El percentatge sobre el Producte Interior Brut de la despesa global en salut, pública més privada, dels Estats Units dobla la de la mitjana Europea. Això son molts diners, per que el Producte Interior Brut dels Estats Units és més gran que l'Europeu. Es una despesa molt gran que recau com a cost de la producció de bens i serveis, es a dir, fa que els productes 'made in USA' hagin de ser més cars que els europeus perquè suporten una enorme factura del metge.

Es podrà dir que es un preu a pagar per tenir una població més ben atesa. Però això no és així: hi ha prop del 20% de la població sense cobertura sanitària, majoritàriament per incapacitat de pagar-la. Això succeeix per que l'Estat no inverteix prou en fer-se càrrec d'aquesta gent?. No, el percentatge de la despesa sanitària pública és similar a l'Europeu, on la cobertura és pràcticament universal. Sembla que l'Oncle Sam no és un bon administrador.

Però la economia dels Estats Units és la més gran del mon per algun motiu i no hi ha cap motiu evident que indiqui que ho hagi de deixar de ser. De fet, porta quasi dos lustres gastant més i

més en sanitat, i creixent més que les economies europees, i molt més que la japonesa. Si la despesa en salut és la que és i està distribuïda de la manera que ho està no deu ser per casualitat ni una mostra de debilitat.

Així, un sector aparentment improductiu, o com a mínim passiu, que creix d'una manera espectacular durant dècades ha de tenir per força una capacitat d'adaptació a les circumstàncies econòmiques i polítiques de l'entorn. La aparició del *managed care* en el moment que ho fa ne's una prova fefaent.

La pròpia declaració d'intencions del *managed care* és una lliçó "als Estats Units el sistema *managed care* persegueix, en primer lloc, el control de la despesa mantenint la qualitat de la assistència en segon lloc. La llibertat d'elecció d'asseguradora protegeix els usuaris de davallades en la despesa que posin en qüestió la qualitat" diu un dels autors estudiats. Qui vol més: bo, bonic i barat.

La economia nord-americana es caracteritza per un enorme dinamisme, on les idees passen fàcilment (almenys molt més fàcilment que a Europa) del cap al mercat. Prova ne's l'anomenat mecanisme "spin off" de creació d'empreses a partir de la Universitat (estudiants i professors tenen un accés relativament fàcil a capital risc disposat a invertir en idees i fer-se ric en poc temps, com HP, Apple... i a donar segones oportunitats, si la idea no qualla, com és més freqüent)

El sector sanitari no és aliè a aquest dinamisme. I és molt dinàmic, més que altres sectors que no creixen tant com ell. I ho és tot el sector: de l'assistència a la recerca bàsica, de la farmàcia a les tecnologies de la informació, de la electromedicina a les assegurances sanitàries.

Es fàcil doncs, explicar la aparició de noves formes de gestió, d'inversió, de transferència de risc o de prestació de serveis. Hi ha idees i, com en qualsevol altre camp, s'exposen a la prova del mercat.

Provatures i encerts, assaigs i fracassos, que generen una enorme sopa de lletres (HMO, PPO, EPO...) en constant evolució on és fàcil perdre's. Totes busquen el bo, bonic i barat, (ai, perdó, el *managed care*, que estem a la dècada dels 90) que els assegurui la fortuna o la supervivència.

Tot això fa dels Estats Units el líder en el sector sanitari. La resta del món comprem els seus fàrmacs, el seus aparells mèdics, el seu instrumental, llegim les seves revistes científiques, operem amb les tècniques que descobreixen, demanem beques per anar a estudiar-hi i intentem copiar les seves fórmules de gestió.

Es una injecció constant de diners a un sector innovador i intensiu en la utilització de ma d'obra que obre mercats tant interns com externs. Es un motor de la economia i ha de ser un motor prou important. Tant important com per que se li tolerin que 20 milions de persones no en tinguin l'accés garantit.

Però no tothom està d'acord amb que això succeeixi. Hi ha un profund debat entre aquells que consideren la salut un dret fonamental a garantir per l'Estat i aquells que consideren que la llibertat de mercat està per sobre, per que és la única manera de garantir la riquesa de la nació (ho consideren eufemísticament com dany col·lateral o externalitat justificable per un bé superior).

Doncs resulta que el *managed care* ha estat utilitzat com argument per ambdós bàndols, de manera impròpia com s'ha assenyalat anteriorment

Es cert que el *managed care* pot ajudar a controlar les despeses sanitàries i que això pot fer més atractiu/menys repulsiu pels votants nord-americans l'extensió de la cobertura de l'assegurament públic (com defensa Hillary Clinton). Com és cert que el *managed care* pot ajudar a mantenir o fins i tot disminuir el preu de les assegurances privades de manera que tothom que ho desitgi en pugui contractar alguna, de manera que no calgui la intervenció de l'Estat.

Quin dels dos camins és el que cal prendre és una decisió política fonamentada en anàlisi de macro gestió i també, no cal obviar-ho, amb un component ideològic fonamental. De moment, va guanyant la segona opció (per satisfacció de la American Medical Association o Associació Mèdica Americana)

Del Model Sanitari Català

A la revisió del sistema sanitari públic català ens centrarem en tres temes fonamentals: la qualitat, la potenciació de l'Atenció Primària i la integració de les funcions de finançament i provisió. No entrarem en altres debats que afecten el nivell macro (com la competència entre asseguradores, la extensió del model Muface o el paper del sector privat). Son fonamentals, però surten de l'àmbit del *managed care*.

La qualitat

Quan revisem els textos legals que configuren el marc normatiu del sistema català es repeteix l'objectiu de controlar la despesa sense que disminueixi la qualitat de l'assistència. Alhora no hi

ha oficialment llibertat d'elecció d'asseguradora ni de proveïdor (malgrat 1 de cada 3 altes hospitalàries es donen fora de la regió de l'SCS (Servei Català de la Salut) assignada). La pregunta és: com es pot assegurar la qualitat sense aquest mecanisme que permetria als usuaris canviar de proveïdor en cas de davallades de la qualitat?

S'han proposat múltiples mecanismes com la manca d'afany de lucre dels proveïdors, el control per part de tercers com associacions d'usuaris, consells d'administració d'hospitals públics, l'asseguradora pública, els col·legis professionals, la auto-regulació dels proveïdors, la publicació de resultats "*outcomes*"... Son molts mecanismes i molts agents, el que porten a una segona pregunta: com aconseguir el control de la qualitat sense que aquest suposi alhora un increment de la despesa del sistema en costos de transacció?

Actualment la qualitat de l'assistència entesa com a qualitat percebuda i qualitat tècnica ja es veu afectada per la limitació de recursos. Prova d'això son les llistes d'espera que afecten negativament la qualitat percebuda, com a mínim. La qualitat tècnica no sembla que estigui afectada per la limitació de recursos d'una manera tan important. Almenys no es posa tant en discussió com les llistes d'espera.

Paradoxalment (o no) no es mesura ni l'una ni l'altre, almenys d'una forma sistemàtica i consensuada.

Les llistes d'espera son mesurades per l'SCS (Servei Català de la Salut) però no està establert quan un malalt entra en una llista d'espera - en el fons vol dir consensuar les indicacions en un procés tipus Oregon, per exemple- ni quant és el temps de demora que es pot considerar acceptable per la llista. Per exemple tres mesos pot ser molt poc per un problema assintomàtic de cordals o moltíssim per una persona menor de 50 anys laboralment activa amb una cataracta).

La qualitat científico tècnica tampoc es mesura actualment d'una forma sistemàtica i consensuada. Es mesura sí, i és innegable el seu paper cabdal en la millora de la qualitat assistencial, a través de les sessions clíniques o audits d'històries clíniques, però son esforços que queden a l'interior dels serveis, hospitals o centres de salut.

Es doncs, l'impacte de la limitació de recursos sobre la qualitat tècnica mínim?. Ni els professionals, ja sigui a través dels seus representants col·legials ni sindicals, ni els proveïdors, ni, per suposat, la pròpia administració no van més enllà de discursos genèrics mai suportats per dades objectives al contestar-ho.

Sempre es parla dels perills que apareixerien si es retalles la despesa, alhora que es reconeix que cap malalt que ho necessiti no deixarà de ser atès pel sistema d'una manera urgent i

adient. Com en el cas de les llistes d'espera, no està consensuat quins son aquests malalts - potser hem de reconèixer que l'acord és tàcit en el cas dels malalts oncològics i cardíacs-.

Les demandes judicials per malpraxis constitueixen un percentatge ínfim del total d'actes mèdics que es realitzen. La sentències fermes encara son menys. Es per un problema de corporativisme encobridor o una prova més que no hi ha limitació de recursos alhora de la veritat?. Quasi cap sentència desfavorable ho és per no aplicar els mitjans terapèutics o diagnòstics per manca de recursos.

Del que es parla més, i molt probablement influenciat per la corrent que cerca la contenció de la despesa, és de la inadequació, és a dir de la mala qualitat científico-tècnica, però per excés en l'ús de recursos.

Es miri com es miri, sembla evident que cal incorporar-se d'una forma més decidida a la mesura del producte sanitari.

Esforsos com la creació de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques (AATAM) es dirigeixen sobretot a decidir quines tecnologies cal incorporar al sistema sanitari finançat públicament. Es un esforç que determina la idoneïtat d'un procés en relació als seus resultats.

Després, un cop s'ha incorporat la tecnologia en el nostre medi ningú, formalment, s'encarrega de verificar que els resultats esperats es corresponen amb el que realment ha succeït. En aquest sentit ens hem de preguntar si la avaluació dels contractes i avaluació del Pla de Salut són suficients per monitoritzar, ja no els *otcomes*, sinó els resultats des de un punt de vista assistencial o més clínic del proveïdors?.

Com a ciutadans podem esbrinar amb més o menys dificultats (apareixen a les memòries d'hospitals, de l'SCS, de l'ICS, etc.) i amb les limitacions esmentades, quines son les llistes d'espera, la producció de productes intermedis (visites, altes, estades, radiologia, laboratori...) i les grans dades de morbi-mortalitat amb molt de detall. Però cap dels dos grups de mesura és del tot útil alhora de que hom decideixi ser intervingut en un centre sanitari o en un altre.

Com a usuaris potser la més interessant és la llista d'espera. Però no és ni pública ni sabem si els criteris d'inclusió son els mateixos (potser estem en una llista d'espera i si decidim canviar de centre ens diuen que la nostra situació clínic no està indicada per intervenció segons els criteris d'un altre centre).

Les grans xifres de morbi-mortalitat tampoc ens son útils: les intervencions sanitàries en son molt poc responsables. La publicació de resultats sobre malalties concretes sobre pacients concrets semblen, a priori, de les informacions més útils per l'usuari alhora de decidir-se (quina

és la supervivència dels malalts tractats d'un determinat càncer en un centre i en referència a un altre).

Aquestes mesures presenten problemes obvis: són els malalts tractats en els diferents centres comparables (és a dir, l'estadiatge o "gravetat" del càncer amb que van ser admesos, és la mateixa?). Pot portar això al refús de malalts amb menys probabilitats d'èxit a la terapèutica? Quines són les mesures adients de resultats: mortalitat, complicacions, qualitat de vida? Qui les determina, els propis professionals, els usuaris, els Col·legis professionals, el consens?

Als Estats Units on s'han fet públics aquests resultats sembla que el que s'ha aconseguit és que deixin d'exercir alguns metges amb molts pocs casos per any i molt mals resultats. No sembla pas negatiu.

Totes aquestes consideracions no ens han de fer caure en el nihilisme on l'obscuritat és la llum.

Caldria, almenys per algunes patologies, començar a fer esforços per tal de fer públiques aquestes dades. De fet, en alguns casos ja són disponibles. Per exemple en el cas dels trasplantaments. Són dades amb ús fonamentalment científic. Pot fer-se el mateix amb hèrnies, cataractes o Infart Agut de Miocardi (IAM)? Com a mínim aquestes dades han de servir com a criteri de Benchmarking entre serveis clínics.

Afortunadament a Catalunya tenim institucions amb prou tradició i renom com l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i les seves societats on conflueixen professionals de manera que es poden establir fòrums de debat i consens per establir acords, impulsats per l'Administració.

La potenciació de l'Atenció Primària

En el debat existent sobre la organització de l'assistència una cosa sembla clara: cal potenciar l'Atenció Primària. Aquesta sembla la clau per aconseguir el control de la despesa. Una Atenció Primària amb capacitat resolutiva pot solucionar el 80% dels casos que acudeixen al sistema, a un cost molt inferior al que ofereixen els hospitals.

Fins ara s'havia seguit una estratègia d'increment marginal, perseguint el possibilisme. No es disminueixen els recursos dels hospitals si no que s'incrementen menys que els de l'Atenció Primària. La viabilitat d'aquesta estratègia es fonamenta en que ningú perd, de manera que es minimitza la oposició al canvi. Així, amb el temps, la "part del pastís" de l'Atenció Primària creix, mentre que la de dels hospitals disminueix. Això ha estat així al menys des que el Servei Català de la Salut publica memòries.

Aquesta estratègia és viable en un entorn de creixement de la despesa com el que s'ha donat durant els anys 80 i principis dels 90. Certament tampoc si ha fet molt énfasi perquè alhora que s'han construït moltes ABS (Àrea Bàsica de Salut) també s'han construït o reformat força hospitals, tant comarcals com a Barcelona.

Amb la crisi del '93 la estratègia comença a trontollar. Malgrat els creixements de la despesa segueixen essent espectaculars, sobretot si es comparen amb la resta dels sectors econòmics, cal frenar el ritme de creixement del "pastis global" i això porta a que la Reforma es ralentitza d'una manera important i alguns hospitals comencen a patir.

La Aliança a Barcelona, Mataró, Igualada, Manresa viuen reconversions més o menys traumàtiques que afecten també hospitals emblemàtics com St. Pau, el Clínic (amb el seu Expedient de Regulació d'Ocupació) o els Hospitals Vall d'Hebron que viuen també reduccions d'efectius.

Però, un cop establert el nou escenari més restrictiu, qui ha frenat realment aquesta tendència no ha estat el sector hospitalari; ha estat l'inaturable creixement de la despesa farmacèutica. El perquè ha estat així té diverses explicacions.

La indústria farmacèutica argumenta que si bé és cert que percentualment la despesa farmacèutica és de les més elevades d'Europa, si s'analitza com a despesa per càpita, això no és així. En altres paraules els catalans tenim accés als mateixos medicaments que la resta d'uropeus, malgrat que en números absoluts, que no percentualment, gastem menys en sanitat. De fet els fàrmacs són els bens més importants dins un mercat bàsicament de serveis, i mentre els serveis sanitaris no són exportables, els fàrmacs sí són importables. El que cal fer és fer créixer el conjunt de la despesa, per assolir el percentatge òptim.

Els gestors argumenten que els metges recepten malament. A Catalunya hi ha un excés d'ús d'antibiòtics i de fàrmacs de baix valor terapèutic. El que cal és un "ús racional del medicament", evitant les prescripcions inadequades.

Els metges afegeixen, a l'argument de la indústria farmacèutica, que els usuaris reclamen medicaments independentment que realment els necessitin: es inconcebible sortir del metge sense una recepta. I, quins incentius hi ha a la sanitat pública a enfrontar-se amb l'usuari?.

Hom es pregunta quina influència té el fet que a Catalunya és centri la major part de la indústria farmacèutica, tant autòctona com multinacional, en la resistència que tenen les autoritats a adoptar mesures dràstiques (com llistats limitats de medicaments, incentius econòmics pels metges, etc.) però efectives en el camp del control de la despesa, si realment es considera un problema seriós.³⁴⁰

Estem en un moment o la opinió generalitzada és que cal fer quelcom.

La estratègia del tots guanyen (encara que uns més que altres) està definitivament condemnada pel nou escenari macroeconòmic de contenció de la despesa pública. De creixements de dues xifres es passa a creixements del dos per cent, que descomptant la inflació, son, en realitat, decreixements.

A l'entorn internacional trobem dues vies antagòniques per potenciar l'Atenció Primària³⁴¹. Al Regne Unit hi ha els General Practitioner Fundholders³⁴² –metges de capçalera- (el pressupost dels hospitals depèn que els metges de capçalera³⁴³, que poden triar a quin hospital derivar els seus pacients, els en refereixin més o menys), als Estats Units el Primary Shifting (la potenciació de la Atenció Primària de les Health Maintenance Organizations (organitzacions de *managed care*)).

A Catalunya el sistema d'assignació de recursos està massa compartimentat com per que hi hagi incentius a la coordinació entre els proveïdors del nivell hospitalari i els d'Atenció Primària. Les regions de l'SCS (Servei Català de la Salut) no tenen prou potència com per jugar el paper d'enllaç. Seria massa frívol decantar-se per alguna de les opcions que es maneguen (en nom del *managed care*) sense estudis seriosos^{344 345}: els monopolis territorials, la potenciació del comprador i la primària com agent que assigni els recursos als hospitals, com a versió del GP Fundholder.^{346 347}

Els monopolis territorials es fonamenten en que a moltes comarques existeix a la pràctica un monopoli de l'assistència hospitalària definit per l' hospital comarcal. Es propugna que a partir d'aquesta situació, sigui l'ens que gestiona l'hospital el que també gestioni la Atenció Primària que l'envolta. Aquesta opció lògicament té sentit on hi ha aquesta situació, o sigui a les comarques de l'anomenada Catalunya interior.

La potenciació de l'ens comprador, que pot arribar a reintegrar les funcions de compra i provisió es dona on hi ha diversos proveïdors del mateix nivell que pertanyen a un mateix propietari públic. Més clar: el cas de Barcelona, on hi ha força hospitals públics competint entre ells i amb la primària. El comprador –el Consorci Sanitari de Barcelona- integra tant el comprador com el proveïdor, intentant evitar una situació de competència excessiva entre centres i nivells que no té sentit quan tant el finançador com el proveïdor son públics, forçant els acords i la coordinació.

Finalment hi ha els que propugnen el confirmar a la Atenció Primària com a porta d'entrada del sistema donant-li capacitat d'assignació de recursos als hospitals. Això fa que els hospitals s'esforcin en coordinar-se amb l'Atenció Primària.

Que cal fer? López-Casanovas³⁴⁸ ens aporta reflexions de com orientar el debat. Amb aquesta tesi volem situar una de les panacees, el *managed care*, en el seu lloc. Podrà ajudar a millorar la meso i micro gestió, ni més ni menys, en un problema multifactorial, on la gestió és només una peça.

El que si que es pot afirmar és que Catalunya és diversa i Barcelona i el seu entorn tenen unes característiques sociodemogràfiques i d'oferta diferents a l'anomenada Catalunya interior. Es un error voler un únic model per tot el territori. El sistema té prou experiència en la gestió de la diversitat com per compatibilitzar la existència de diversos models en entorns diferents preservant la equitat. És més complex que un sistema monolític, però potencialment molt més ric i pot permetre que Catalunya continuï essent un laboratori on assajar innovacions en la gestió.

La integració de finançament i provisió

La Conselleria de Sanitat i Seguretat Social és qui disposa, en últim terme dels recursos del sistema públic. Té atribuïda la funció de planificació del sistema, és a dir, on situar els recursos. Per fer-ho té tres eines, unes més eficaces que l'altre alhora de determinar les estructures: la capacitat inversora, la contractació de proveïdors (a través del Servei Català de la Salut) i el Pla de Salut.

El Pla de Salut, amb les seves adaptacions per a cadascuna de les Regions del Servei Català de la Salut és el que assenyala quines són les estratègies i objectius que ha de perseguir la política de compra de serveis. Així, hauria de permetre, a través del mecanisme anomenat de "mercat planificat" assolir la eficiència assignativa (que caracteritza el mecanisme de mercat) sense perdre de vista la equitat (finalitat del servei públic).

Traduir el Pla de Salut en assignació concreta de recursos, però, no ha estat, ni està essent senzill. Des de la elaboració del primer Pla de Salut, el 1993, alguns objectius de salut no van ser avaluats des de el punt de vista de la assignació de recursos i han esdevingut a la pràctica una llista de bones intencions.

No cal però, treure-li l'innegable mèrit d'haver estat una eina que ha propiciat un pensament racional en la compra de serveis sanitaris, fixant prioritats i fomentant la cultura de la avaluació

La segona eina ha estat i és la decisió sobre les inversions. El sistema de pagament instaurat amb la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) contempla les despeses derivades del funcionament (en termes de pressupost públic el capítol I –personal- i II –compres de bens i serveis-), però no l'amortització de les infraestructures i equipaments. L'SCS (Servei Català de la Salut) va esdevenir el comprador de la tecnologia i el constructor de les infraestructures de tots els centres

d'Atenció Primària i hospitals de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), els gestionés qui els gestiones i fos de qui fos la seva titularitat.

Això ha tingut dues importants conseqüències. La primera es que ha estat la Conselleria i l'SCS (Servei Català de la Salut) qui ha determinat la instal·lació de la nova tecnologia, evitant, en gran mesura, una escalada tecnològica, però alhora que aquesta no s'aconseguís amb criteris d'eficiència (com es perseguia amb el sistema de pagament de la activitat) si no amb criteris més propers a la decisió política, que persegueix altres objectius, com l'equilibri territorial o la compensació per la ubicació d'equipaments menys desitjats (per exemple abocadors). El resultat ha estat que els gestors dels centres sanitaris han hagut de desenvolupar habilitats més relacionals que gestores per tal de millorar les seves infraestructures.

La segona conseqüència ha estat un canvi important en la propietat de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, que ha esdevingut cada cop més de propietat pública. Efectivament, a l'invertir de manera significativa en la construcció o remodelació de les infraestructures arquitectòniques, la Generalitat ha esdevingut el propietari directament o el patró majoritari de molts proveïdors (tots els Consorcis Sanitaris: Mataró, Blanes, Igualada, Alt Penedès, etc.). Totes les noves Àrea Bàsica de Salut son propietat de l'SCS (Servei Català de la Salut), la gestió de la qual és cedida majoritàriament a l'ICS (Institut Català de la Salut).

La separació de funcions de compra i provisió, esdevé cada cop més quelcom virtual.

Al fer-se efectiva la separació entre les funcions de compra i provisió, va tenir que instaurar-se un mecanisme que relaciones els proveïdors amb els compradors,. Aquest va ser l'anomenat sistema de pagament, que es va concretar en el contracte i la UBA.

No cal oblidar que aquest sistema té caràcter virtual pel 70% del pressupost, perquè no afecta als centres propietat de l'Institut Català de la Salut: el 90% de l'Atenció Primària i el 30% dels llits hospitalaris (els de més alta tecnologia).

La UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) perseguia més que res la millora de la eficiència. Quan es va instaurar, el rendiment dels hospitals era molt baix, amb ocupacions que fregaven el 60% i estades mitges molt llargues, incloent estades preoperatòries de prop d'una setmana. Aquest objectiu es va assolir.

El model de la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) ha estat útil durant més d'una dècada i va aportar innovació i claredat, els trets que van fer del model sanitari català quelcom diferent a la resta de l'Estat.

Però poc a poc es va anar fent complex i opac com qualsevol mètode d'assignació de recursos. Els agents van anar aprenent la lletra petita, forçant-la fins desvirtuar-la: programes especials gens especials, activitats irrealitzables, estades mitges força senceres –llargues-, etc. (Aquesta pràctica, caminar per l'estret camí de la 'alegalitat', no es tampoc aliena a la resta d'elements del sistema. És més ha permès quelcom tan singular com és que s'assenyali la separació de funcions de finançament i provisió com una característica essencial del model català, quan a la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya no s'esmenta en cap moment.)

Ha calgut introduir de nou un sistema innovador i, transparent?. El nou model de pagament ha aportat quelcom que faltava des de feia temps: innovació. Des de mitjans dels 80 les tecnologies de la informació, les eines de mesura del producte hospitalari (Grups Relacionats de Diagnòstic) i les pròpies estructures de gestió i sistemes d'informació del sistema (consolidació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària) han millorat molt i no podien seguir amb els mateixos estereotips del lustre anterior.

Conceptualment el nou sistema de pagament és un model de com aplicar els avenços assolits en els sistemes d'informació a la gestió del sistema d'una manera practica. Però potser massa pragmàtica. Un dels seus elements clau, l'Índex d'Estructura és un dels secrets més ben guardats del planeta. Així mentre qualsevol que s'assuma podia treballar amb la UBA, ara és impossible fer simulacions amb el nou model.

Es això culpa dels que han dissenyat el nou sistema?. No, ho és de tots els agents, que volen seguir en l'època fosca de la UBA, on una bona xarxa de relacions permet fer acrobàcies en la gestió³⁴⁹, sense por a les caigudes.

Dels Materials i Mètodes

Diversos autors, no gaires, han intentat abordar el *managed care* des de un punt de vista conceptual. Si analitzem la bibliografia existent utilitzant com a clau de recerca '*managed care*' veurem com apareixen molts articles la majoria dels quals es refereixen a les implicacions del *managed care* a una determinada patologia o especialitat.

Hem vist com progressivament han anat apareixent més i més publicacions que inclouen aquest terme com a paraula clau. En molts casos, repassant els articles, com *managed care* en si és, o be un marc que es cita però no es descriu, o be un element tractat tangencialment, on el tema principal és alguna tècnica diagnòstica o terapèutica concreta. Quan no és així, son amargues crítiques a aquest sistema, especialment des de el punt de vista dels metges. El que és clar és que és un terme de moda.

Hi ha doncs, pocs articles que hagin volgut fer una aproximació conceptual al terme.

Alhora de fer-ne la tria cal ser conscients de les limitacions que suposa la recerca bibliogràfica. El perill principal és deixar fora algun article cabdal mentre se's reiteratiu en la tria d'altres. El criteri utilitzat ha estat intentar incloure el màxim d'enfocaments diferents alhora de fer una definició del que és *managed care*: conceptual, treball de camp, i pragmàtica. Un altre risc, veient el que és el *managed care*, és que la pròpia dinàmica del concepte invalidi autors relativament antics.

Els autors escollits poden agrupar-se en dues grans categories. En primer lloc tenim els que busquen una definició conceptual de *managed care* en si mateix. En segon lloc els que fan un estudi comparatiu del *managed care*.

Entre els primers tenim:

J.K.Iglehart³⁵⁰ és dels autors més antics que han fet recerca en el *managed care* com a sistema. Iglehart és reiteradament citat per articles posteriors.

K.Flynn³⁵¹ fa un treball de camp amb entrevistes amb directius de diferents HMO, a més d'una anàlisi d'algunes publicacions. Assumeixen que els principis del *managed care* estan representats per les organitzacions que actuen 'fent' *managed care*.

Muir³⁵² pertany a l'escola anglesa que ha posat de moda un altre nou concepte 'la Medicina Basada en la Evidència', el paradigma del nou mil·lenni. Ell parla de Gestió –sanitària- Basada en la Evidència. Es tracta d'un enfocament ineludible en l'actual context.

K.W.Kizer³⁵³ és l'autor que té un enfocament més pragmàtic, on conceptualitza el *managed care* per tal de proposar la seva implantació a la Veterans Affairs Administration (VA), la organització on treballa.

Finalment, en aquest primer grup, citem a P.Ibern³⁵⁴, un autor català de reconegut prestigi en el camp de l'economia de la salut.

Entre els segons hi ha:

Q.D.Sandifer³⁵⁵ van ser triats per que han fet un exercici en la mateixa línia que aquesta tesi: comparar el *managed care* amb un sistema sanitari determinat, en aquest cas el del National Health Service de la Gran Bretanya.

E.Mossialos³⁵⁶ es un autor conegut pels seus estudis sobre els sistemes sanitaris europeus, amb múltiples publicacions al respecte, especialment en el camp farmacèutic.

G.Fairfield³⁵⁷, com Mossialos també fan un esforç per comparar el *managed care* als Estats Units i a Europa.

L.Lebel³⁵⁸ també fa un estudi del *managed care* per tal comparant-lo amb el sistema sanitari del Quebec.

Com que alguns d'ells dibuixen dos models, un per l'entorn europeu i l'altre per als Estats Units, s'ha decidit considerar-lo com dos models de comparació diferents. Així doncs tenim nou autors però dotze models de *managed care*. Amb aquests dotze models estudiats es construeix un marc conceptual, a partir del qual, s'han definit els criteris que permeten determinar la existència dels elements que configuren el *managed care*. Finalment es contrasten amb el Sistema Sanitari Català.

En efecte, s'ha fet una anàlisi de sistemes sanitaris pel que s'ha empleat una metodologia fonamentalment qualitativa³⁵⁹, més pròpia de les ciències socials.

Dels Resultats

A l'analitzar el que els diferents autors han definit com *managed care* a l'entorn dels Estats Units trobem que el els conceptes preponderants son el control amb un pes de quasi el 50% i la integralitat amb un cinquè. El segueix la transferència de risc amb un 16% i la transparència amb un 13 %.

Aquesta imatge és coherent amb el que ha suposat el *managed care* als Estats Units, la aparició d'un concepte novedós com és la integralitat o longitudinalitat de l'assistència i la introducció de controls a la pràctica clínica: és en aquest camp on s'han desenvolupat més eines de gestió, i és l'origen de les pràctiques de *managed care*. Son dos elements que no eren presents al model tradicional de tipus professional amb pagament per acte i centrat en la medicina especialitzada hospitalària.

La transferència de risc i la transparència queden relegades a un segon paper, el que sembla lògic en un entorn habituat al mercat, on aquests dos atributs son essencials, i per tant, son menys innovadors.

Quan analitzem la imatge que els autors estudiats donen del *managed care* a Europa constatem el que la característica més freqüentment citada és el control, quedant molt relegats els elements d'integralitat, transparència i risc. Aquesta imatge és coherent amb l'entorn Europeu on el control és present des de l'origen dels sistemes sanitaris fonamentats en finançaments solidaris, ja sigui via mútues, cotitzacions o impostos.

La transparència i el risc tenen un paper proporcionalment menor, fet esperable en uns entorns molt planificats, amb una escassa presència dels mecanismes de mercat.

La integralitat queda també relegada a un segon paper en aquest marc però en el mateix sentit que la transparència i el risc en quedaven als Estats Units: a Europa l'Atenció Primària té prou història com perquè el *managed care* no porti massa elements novedosos.

Quan contemplem el conjunt veiem que el que destaca és el control i la integralitat, corroborant la imatge més coneguda del *managed care*

La taula C del Resultats facilita la discussió els diferents indicadors utilitzats pels autors estudiats. Així tenim:

Gestió de patologies

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	Moss	muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

Quan analitzem el perquè no hi ha ajustament amb el model europeu de Fairfield, veiem que és per la no existència de la Gestió de Patologies. En efecte, a Catalunya aquesta eina no es quelcom generalitzat, encara que existeixen algunes experiències al respecte, per exemple, a Sagessa (xarxa de proveïdors de propietat municipal al sud de Catalunya), Pamem (proveïdors de l'assistència als funcionaris de l'Ajuntament de Barcelona), o al Consorci Sanitari de Terrassa.

Hi ha tres raons fonamentals que expliquen la manca d'aquesta eina. L'una és el model de pagament als proveïdors, l'altre es el model d'Atenció Primària, la darrera és la resistència de les autoritats sanitàries europees en general a la modalitat de gestió de patologies que es dona als Estats Units.

El model de finançament dels proveïdors està basat en contractes individualitzats centre per centre i diferenciats per nivell assistencial. La Atenció Primària es finançada per un model de base capítativa i, actualment, amb molt poc control sobre els costos diferits, com son els productes intermedis –laboratori i radiologia-, la derivació als hospitals i la despesa

farmacèutica. Això fa que tingui molt poc incentiu a incrementar la seva capacitat de resolució i el seu paper de gatekeeper. En altres paraules, li és més còmode derivar a un altre nivell que coordinar l'assistència i incrementar la seva resolució.

Els centres hospitalaris i sociosanitaris tenen un pagament basat en la activitat, tot el contrari que la Atenció Primària. Així, qualsevol mecanisme que freni la seva utilització, com la gestió de patologies, va en contra dels seus interessos.

Així només trobem gestió de patologies en les xarxes assistencial existents (com els mencionats Sagessa, Consorci Sanitari de Terrassa, o Pamem). D'una forma més voluntarista que no pas incentivada pel mecanisme de pagament, aquests grups que gestionen els tres nivells assistencials, Atenció Primària, hospitals i sociosanitaris, estan endegant programes de gestió de patologies, com una manera de racionalitzar la seva activitat i assignació interna de recursos.

Però es troben amb una limitació. El mecanisme de contractació del Servei Català de la Salut és centre per centre, no amb les xarxes. D'aquesta manera se'ls fa difícil fer una reassignació interna de recursos entre nivells i centres en funció de la gestió de patologies. La raó que ho justifica és que l'SCS (Servei Català de la Salut) vol mantenir el control de la planificació i la equitat d'accés. Amb aquest tipus de contractació una xarxa assistencial és un incentiu a mantenir tots els seus centres, per que si en tanques algun, perdria tots els recursos que te associat.

El segon motiu que dificulta la gestió de patologies, sobretot entesa com s'entén als Estats Units, és el model d'Atenció Primària. Als Estats Units, on la Atenció Primària és quasi testimonial, s'han hagut de desenvolupar mecanismes per assegurar la longitudinalitat de l'atenció, especialment amb les malalties cròniques, i aquests han estat les organitzacions dedicades a la gestió de patologies, com proposa Kizer. A Catalunya la longitudinalitat hauria de venir garantida per la Atenció Primària. I aquí reapareix l'etern enfrontament entre hospitals i Atenció Primària. La gestió de patologies es defensada pels primers, els segons argumenten que ells 'son' els gestors de patologies.

Es tracta més d'un debat sobre quotes de poder que tècnic. La gestió de patologies com eina de millora de l'assistència és compatible amb el model d'Atenció Primària. La decisió política és on es situa el gestor. Segons el marc determinat per la Llosc hauria d'estar o bé a l'Atenció Primària o bé a la Regió Sanitària del Servei Català de la Salut. Com que els segons no assumeixen realment aquest paper i els primers no tenen capacita d'incidència sobre els hospitals, son les xarxes -liderades per hospitals- les que l'estan desenvolupant.

El tercer motiu és que la gestió de patologies tal com es porta a terme als Estats Units es una mostra d'integració vertical de la indústria farmacèutica. Son les grans companyies farmacèutiques les que han desenvolupat o comprat les empreses de gestió de patologies (MSD i Medco o Novartis i Diversify en son exemples. I això fa por (pànic?)³⁶⁰ a les autoritats sanitàries europees –a Anglaterra ha estat explícitament prohibit- i catalanes en concret. Es raonable donar més poder a una indústria que suposa una quarta part de la despesa sanitària pública i que, a més, no hi ha manera de frenar l'increment de les seves vendes?

Hom es pregunta per que Fairfield parla de gestió de patologies al *managed care* europeu. Es més un desig que no pas una realitat. Es un conclusió lògica de la seva visió del *managed care* com una millora dels processos de compra. En efecte, tal i com estan demostrant les experiències catalanes, la gestió de patologies és quelcom que haurà d'aparèixer més tard o més aviat, com a conseqüència d'aquesta millor assignació de recursos.

Assumpció d'algun risc financer pels metges/associat a capitació/associat al pagament per acte/incentius financers

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

La discrepància amb Fairfield és que, realment, no hi ha ajustament respecte al model conceptual per als Estats Units en el que es refereix a 'incentius financers associats al control del rendiment i qualitat tècnica i percebuda amb pagament per acte'. Efectivament al sector finançat públicament no hi ha pròpiament pagament per acte, i al sector de finançament privat on hi ha pagament per acte, no hi ha controls del rendiment.

Forçant una mica la interpretació podríem concloure que almenys als sector hospitalari, a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), aquest criteri podria donar-se per vàlid. Per un costat, tant el model de finançament basat en la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) com a l'anomenat nou model de pagament tenen un component de pagament per acte (si entenem els productes intermedis 'alta hospitalària', 'consulta externa', 'urgència', etc. com actes assistencials). Per l'altre, als contractes establerts entre els proveïdors i el Servei Català de la Salut hi ha clàusules que contemplen aspectes relacionats amb la qualitat tècnica –per exemple, la existència de comissions de qualitat- i percebuda –per exemple, enquestes de satisfacció dels usuaris-, i que modulen els recursos que reben els hospitals..

A l'Atenció Primària cal recordar que els metges que treballen en règim de contingent ('cupo' segons la terminologia tradicional) a la Atenció Primària no reformada, el seu salari es calcula en funció dels nombre de persones que tenen assignades al seu contingent. Si bé és cert que aquesta quantitat està fonamentalment determinada per la administració, també ho es que la

llibertat d'elecció que tenen els usuaris pot fer variar el volum del contingent, ni que sigui en un pla més teòric que real.

A la Atenció Primària reformada estan molt extesos els pactes d'incentius lligats a la Direcció per Objectius. Als centres de l'ICS (Institut Català de la Salut), que son la majoria, aquests incentius representen una part molt mínima de la retribució, i han estat en espècie i de grup (per exemple, assistència a congressos i cursos o material per formació). El 1998 s'han començat a assignar mòduls econòmics a nivell individual. Als centres gestionats per altres proveïdors acostumen a ser econòmics i individuals, podent arribar al 30 % del salari.

Als hospitals també s'ha extés la Direcció per Objectius, però el seu lligam a incentius es realment infreqüent. El recent pacte de carrera professional, però, fa que aquest escenari canviï.

L'acord de la carrera professional, pactat entre els sindicats mèdics i la patronal dels hospitals de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) suposa que s'estableix un escalafó professional únic a per tots els hospitals catalans.

Els metges podran optar a l'ascens de categoria professional a partir del barem de l'antiguitat – fins a qui cap risc- i de la avaluació de la competència professional. Aquesta avaluació tindrà en compte elements de productivitat assistencial, recerca i adhesió a la organització. Com que el progrés en la carrera professional té conseqüències directes en la retribució, que pot arribar-se a doblar, hi ha un clar risc financer, encara que sigui a mig termini, lligat al desenvolupament de la tasca professional.

Al sector de l'assegurament privat podem distingir entre els metges assalariats (formalment o amb contractes de prestació de serveis) i els inclosos al quadre mèdic d'una asseguradora i amb retribució per acte. En el primer cas hi ha un risc directe de discontinuïtat de la relació laboral o professional si no s'assoleixen els estàndards fixats per l'asseguradora. En el segon cas hi ha el risc lligat al pagament per acte –si no reben usuaris, no cobren, com a la pràctica privada pura- i l'associat a la possible exclusió del quadre mèdic.

Integració de finançament i provisió. Separació de funcions

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	Fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

Aparentment hi ha una contradicció entre la integració del finançament i la provisió i la separació de funcions. A Catalunya es donen les dues situacions simultàniament.

Això és així per que cal distingir entre titularitat i gestió. Per una banda el Govern es titular del finançament i de la majoria de proveïdors, per això es pot dir que hi ha integració entre finançament i provisió. Alhora es parla de la separació de funcions entre compra i provisió per que la gestió d'aquestes funcions la realitzen diferents organismes, ens, empreses i altres fórmules jurídiques, i hi ha una voluntat expressa que assumeixin aquests rols amb les lògiques pròpies i diferenciades.

La Generalitat de Catalunya i concretament el Servei Català de la Salut reben els recursos destinats a l'assistència sanitària en funció a un càlcul de base capítativa, tal i com determina la Ley General de Sanidad reconeixent que a més dels habitants censats a Catalunya, s'atén a un 10% de persones originàries a altres comunitats autònomes.

En la funció de compra hi ha un únic agent, el Servei Català de la Salut, el qual, està adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social, encara que el seu règim de funcionament estigui regit pel dret civil i la contractació pel règim laboral.

Els contractes dels proveïdors amb l'SCS (Servei Català de la Salut) limiten la activitat que poden realitzar els centres, tant pel que fa al tipus de serveis, com a la quantitat d'activitat i contenen clàusules que estableixen avaluacions de la qualitat.

A la funció de provisió el Govern de la Generalitat no controla absolutament els proveïdors, però si una gran majoria a través de diferents organismes, empreses i altres fórmules jurídiques com consorcis.

L'ICS (Institut Català de la Salut), adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social és el titular del 90% dels centres d'Atenció Primària. El 10% restant dels centre d'Atenció Primària son propietat del Servei Català de la Salut. D'aquests, la meitat pertanyen a equips adscrits a consorcis on l'SCS (Servei Català de la Salut) té la majoria del patronat. La resta son d'empreses municipals i només tres equips (Barceloneta, Vila Olímpica i Vic) son gestionats per equips autogestionats, dos dels quals subcontractats per ens municipals (Barceloneta i Vila Olímpica a Barcelona).

Al camp hospitalari la majoria governamental no és tan aclaparadora, però quasi, i la tendència és a incrementar-se. Per un costat el control de les inversions està en mans de l'SCS (Servei Català de la Salut), segons el model de pagament que només financia les despeses variables i no les amortitzacions. Per l'altre, l'ICS (Institut Català de la Salut), que depèn directament del Departament de Sanitat i Seguretat Social, rep aproximadament el 60 % de la despesa hospitalària, mentre que els centres concertats reben el 40 % restant. D'aquests darrers, els Consorcis, on la Generalitat té la majoria als patronat en signifiquen la meitat.

El nombre de consorcis amb majoria del Govern presenta una tendència a incrementar-se, de manera que institucions controlades pels municipis estan passant a les seves mans. Els exemples més recents son el Consorci Sanitari del Maresme, creat el 1998, i que té com precedent el Consorci Sanitari de Mataró, i el futur Consorci Sanitari de l'Anoia, que té com a precedent la Fundació Sanitària d'Igualada.

Contractes amb metges i hospitals seleccionats (contractació selectiva) que proporcionen un conjunt complet de serveis assistencials als seus afiliats, incloent la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. Limitació a la lliure elecció. Incentius financers a utilitzar determinats proveïdors

Autors que recullen aquestes idees:

Igle	san	flyn	kizer	Moss	muir	fair	Lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

El Servei Nacional de la Salut i els seus corresponents Serveis de les Comunitats Autònomes (a Catalunya el Servei Català de la Salut) ofereixen assistència sanitària de forma integral. Tant la Llei General de Sanitat, com la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya no fan més que repetir la integralitat de assistència: promoció de la salut, prevenció de la malaltia, curació i rehabilitació. Així, el SCS (Servei Català de la Salut) en la seva funció de finançador-comprador contracta a tots els proveïdors necessaris per oferir tots els nivells assistencials i no només l'atenció curativa.

Es evident que el sector sanitari públic contracta de forma selectiva a tots els seus proveïdors.

La Atenció Primària està territorialitzada, només pot haver-hi un equip d'Atenció Primària per àrea bàsica de salut el qual es contractat pel Servei Català de la Salut. En el 90 % dels casos depèn de l'Institut Català de la Salut, i en el 10 % d'altres proveïdors que han hagut de negociar prèviament la adjudicació d'una d'aquestes ABS (Àrea Bàsica de Salut).

A nivell hospitalari només es contracta als centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. Al nivell sociosanitari també hi ha contractació selectiva.

La resta de proveïdors (transport sanitari, proves especials, radiologia...) també es contracten de forma selectiva, a través de concerts, convenis o concursos públics.

En el cas de les farmàcies la contractació és teòricament lliure, es contracten totes les farmàcies, però és la pròpia administració que determina on poden instal·lar-se aquests establiments.

En el cas que no es contracti un tipus de proveïdor determinat, per exemple en el cas de les ortopèdies, el mecanisme de finançament és a través del reembossament a l'usuari, contra factura i d'acord a un tarifari

El sistema públic no preveu la contractació de metges individuals com a tals. La assistència mèdica sempre s'enquadra en empreses o institucions. Els metges de l'Institut Català de la Salut, que son la majoria dels del sistema públic, son contractats a través de concursos oposició.

En el cas del sector d'assegurament privat, les companyies seleccionen els seus quadres mèdics i proveïdors de proves complementàries i d'hospitalització, quan no en son propietaris, segons els seus propis criteris.

Des de l'altre cara de la moneda, es a dir, des de la posició dels usuaris, a la LGS determina clarament que el dret a l'assistència sanitària o en altres paraules, el pagament de les despeses sanitàries originades per l'assistència, només queda garantit si s'utilitzen els recursos de la xarxa sanitària publica. Nombroses sentències judicials ho han ratificat. Aquest és un clar incentiu financer a utilitzar uns determinats proveïdors.

A l'entorn de l'assegurament privat succeeix el mateix. La majoria de pòlisses compten amb un quadre mèdic i de centres restringit, fora del qual la asseguradora no es fa càrrec de les despeses. Darrerament estan apareixent algunes pòlisses sota la modalitat de reembossament. En aquests casos també hi ha incentius financers cap a la utilització de determinats proveïdors perquè el reembossament de despeses només assoleix el 100% si s'utilitzen determinats centres recomanats.

Prima anual/capitació

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	fair	Lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

El mecanisme de finançament dels Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes i per tant del Servei Català de la Salut està fonamentat en la població coberta, calculada a partir dels censos de població. Es doncs un sistema de tipus capitiu.

La assignació de recursos a l'Atenció Primària també té una base poblacional, quasi capitiu, per al seu nivell assistencial. No és capitiu pura en quant si un pacient és atès a un altre centre el centre on és assignat no se li retiren els fons corresponents. Tampoc té l'Atenció Primària capacitat de compra d'altres nivells assistencials.

Els hospitals i centres sociosanitaris reben pagaments lligats a l'activitat encara que al estar limitats per un pressupost i comptar amb una població assignada, pot parlar-se també d'una quasi càpita.

La resta de proveïdors, sobretot de productes intermedis i especialment per les prestacions farmacèutiques extrahospitalàries, reben fons en funció de l'activitat realitzada i, en el cas de les oficines de farmàcia un percentatge de la facturació, el marge minorista, establert per llei.

Controls de la utilització i de qualitat. Interès per l'adequació i la satisfacció dels usuaris

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	fair	Lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

Els contractes tant a nivell de l'Atenció Primària com hospitalària contempnen clàusules lligades a la utilització i a la qualitat.

En el cas hospitalari en el model de pagament basat en la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) es calculava la activitat d'hospitalització en funció d'una estada mitja teòrica pactada. Es una forma indirecta, però molt potent, de limitar la durada dels ingressos hospitalaris. En el nou model es paga en funció del número d'altres, modulades per la complexitat i la estructura del centre, hi ha també un clar incentiu a limitar les estades, o almenys, ajustar-les al case-mix.

En el cas de les consultes externes es paga en funció d'un índex de reiteració (relació primeres visites/successives) pactat, no del real, com a mecanisme per limitar la 'retenció' dels pacients a l'hospital.

La satisfacció dels usuaris és un dels aspectes reconeguts a la Llosc: fa obligatòria la creació d'Unitats d'Atenció a l'Usuari als centres proveïdors per tal que canalitzin les queixes dels usuaris i en monitoritzin la satisfacció.

Els contractes dels proveïdors amb l'SCS (Servei Català de la Salut) contenen clàusules referides a la satisfacció percebuda, generalment en relació a les queixes i enquestes de satisfacció. A nivell de l'Atenció Primària l'SCS (Servei Català de la Salut) administra enquestes de satisfacció dels usuaris amb certa regularitat. A nivell Hospitalari les enquestes son lliurades sistemàticament als pacients donats d'alta.

Control de la despesa llistats de fàrmacs limitats

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	fair	lebel	lbern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

El control de la despesa es quelcom omnipresent al sistema. No amb la intensitat que hi ha als Estats Units, on el que es valora per sobre de tot és el 'valor dels dòlars', però si amb el que suposa la limitació pressupostària.

El sistema reconeix que tot medicament autoritzat està, en principi finançat. La exclusió d'un fàrmac de la cobertura pública es fa a través de llistes negatives o d'exclusió. En els darrers anys aquestes llistes han anat incrementant-se paulatinament. Cada cop que ho han fet la premsa ho ha titulat com a cop de medicament o medicamentades –medicamentazo-. L'Atenció Primària ha estat la més directament afectada per les llistes negatives, doncs inclouen fàrmacs de baixa utilitat terapèutica, utilitzats fonamentalment en aquest nivell assistencial. Donat que l'efecte sobre la contenció de la despesa ha estat mínim, darrerament s'han introduït preus de referència (Taula 76).

Taula 76: Els preus de referència dels fàrmacs

El mecanisme tradicional de fixació dels preus de les especialitats farmacèutiques era la autorització per la Administració de forma individualitzada, de manera que depenent de la marca, un tractament amb un mateix principi actiu podia diferir en cost. El mecanisme de preus de referència significa que la administració fixa un preu màxim per principi actiu, en lloc de per cadascuna de les especialitats. Si un metge recepta una marca amb un cost superior al preu de referència el pacient n'haurà d'abonar la diferència. Es suposa que aquest serà un fort incentiu perquè els costos baixin fins al preu de referència.

A nivell hospitalari la limitació a l'ús de fàrmacs s'estructura al voltant dels formularis terapèutics, les recomanacions de diferents comitès hospitalaris (infeccioses, oncologia, etc.) i la política de compres de medicaments. Això suposa que el metge hospitalari té un arsenal terapèutic parcialment restringit, especialment pel que fa a marques, més que a principis actius.

La immensa majoria de les assegurances privades no inclouen la cobertura de les despeses generades per fàrmacs, tret dels utilitzats durant la hospitalització.

Gestió del comportament dels metges

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	fair	lebel	lbern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

El *managed care* és, en sí, com s'ha demostrat al capítol 'Que és el *managed care*' un mecanisme de gestió de comportament dels metges. Es distingeix de la relació professional on la salut no te preu, a un entorn on la salut té un cost. Hi ha doncs intents continuats de modular les decisions clíniques. Totes les eines de gestió utilitzades, amb més o menys fortuna ho pretenen. L'instauració de la Direcció per Objectius i els protocols i guies de pràctica clínica son però, la expressió més manifesta d'això.

Importància de l'Atenció Primària/gatekeeping

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	Muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

La filosofia del model d'Atenció Primària implantat amb la RAP (Reforma de l'Atenció Primària) i la lletra de la Llei General de Sanitat determinen clarament que la Atenció Primària és la porta d'entrada dels usuaris al sistema, que només un cop superada la seva capacitat, s'acudirà als altres nivells. Es el que s'anomena 'gatekeeping'

Queda pendent, però, la assignació de responsabilitat sobre la assignació de recursos que suposa aquesta funció. Els equips d'Atenció Primària, avui en dia, no tenen responsabilitat directe sobre la despesa que generen en farmàcia, proves complementàries i consultes especialitzades de nivell hospitalari. La tendència que sembla dibuixar-se –que no confirmar-se- és que finalment rebran aquesta responsabilitat.

Gestió de casos

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

El paper del servei d'Admissions amb un metge al seu càrrec, o quan no, amb el suport directe de la Direcció mèdica dels centres fa que la figura del gestor de casos tal i com s'entén als Estats Units (infermeres que vetllen pels ingressos amb potencialitat d'allargar la estada més enllà del previsible) no estigui estesa a Catalunya.

Precisament és el servei d'Admissions qui vetlla per l'ús òptim de la hospitalització i és qui té la informació dia a dia sobre les portes de l'hospital, tant els ingressos programats com les urgències així com del recurs quiròfan i, generalment, sobre les proves complementàries. És el punt on es creua tota la informació necessària per evitar l'allargament d'estades innecessàries³⁶¹.

Els i les Caps d'Admissions son generalment metges el que els permet un diàleg al mateix nivell amb els Clínics i els Caps de Servei³⁶². D'aquesta manera forma part de la seva feina

habitual les gestions per evitar demores en els processos d'alta, el que fa menys necessària la figura d'una o un gestor de casos.

El paper de Treball Social dels hospitals en coordinació amb Admissions és fonamental en aquells casos, cada cop més freqüents, on hi ha una problemàtica social que dificulta el procés de l'alta. Es tracta sobretot de gent gran o que viu sola o que conviu amb la seva parella o parents de la mateixa edat o amb un cert grau de dependència. En aquests casos cal buscar solucions com les que ofereixen els centres sociosanitaris per a la convalsència.

Existeixen algunes formes innovadores d'organització que estan entre la gestió de casos i la gestió de patologies tal i com s'entenen a Estats Units. Van més enllà de la gestió de casos perquè traspassen les parets de les institucions i de l'assistència mèdica en sí i no es concentren en patologies determinades si no que treballen sobre un ventall de condicions. Son el Programa d'Assistència Domiciliaria Equips de Suport (PADES) i les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Socio Sanitàries (UFISS)

També hi ha experiències com a l'Hospital General de Manresa amb els malalts amb Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) on hi ha un equip multidisciplinari de metge i infermera que s'encarrega d'aquest grup de pacients.

Guies de pràctica clínica/formació

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	moss	Muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

En general es considera que un protocol es centra en la orientació dels metges, mentre que les guies de pràctica clínica contempen la actuació de més professionals assistencials, especialment d'infermeria.

La Infermeria a Catalunya ha fet un més que notable esforç de modernització a partir de la professionalització que va suposar la aparició de la Diplomatura d'Infermeria.

Aquest fet va comportar una crisi caracteritzada per la manca de Diplomades d'Infermeria en el mercat laboral durant tres o quatre anys, fins que no van diplomarse les primeres promocions. A més moltes de les antigues ATS van optar a la convalidació de la seva titulació. Als hospitals es va generar una situació on conviuen professionals d'orígens curriculars molt diferents.

Va caldre realitzar un important esforç d'homogenització de cultures i de redefinició de rols i això es va portar a terme amb un ingent esforç de formació i la utilització de mecanismes per definir , i adquirir noves funcions i aptituds. El camí majoritàriament escollit va ser la elaboració

de guies de pràctica clínica (més comunament anomenats protocols d'infermeria, plans de cures, etc.).

Aquests treballs s'han vist reforçats per la introducció de les alternatives a la hospitalització convencional, especialment les Unitats de Cirurgia Major Ambulatòria i els Hospitals de Dia on el paper de la infermeria i la seva coordinació amb cirurgians i anestesistes es la clau de l'èxit.

Es pot afirmar doncs que a Catalunya està generalitzat l'ús de protocols d'infermeria o plans de cures o plans d'assistència com a instruments per a la coordinació entre els diferents professionals assistencials i especialment a la infermeria.

Perfils de pràctica/retroalimentació

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	Kizer	moss	Muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

La retroalimentació és un dels fonaments de la Direcció per Objectius. Es el darrer pas del cicle d'avaluació. Si hi ha DPO i funciona com a tal, hi ha retroalimentació.

Els perfils de pràctica no tenen aquest nom a Catalunya. No es parla de perfils de pràctica com a tals, malgrat, lligat a la DPO i a la gestió clínica s'utilitzen cada cop més indicadors de la pràctica assistencial.

Per exemple l'Atenció Primària es va començar en determinar l'acompliment de les activitats previstes al Pla de Salut com vacunacions, consell antitabàquic o control de la tensió arterial. Posteriorment s'ha introduït l'anàlisi del Valor Intrínsec de les Prescripcions. Els estudis d'adequació seran un pas més en aquesta línia. Totes aquestes variables entren clarament dins del que s'anomena perfils de pràctica clínica en terminologia anglosaxona.

Tampoc és infreqüent que s'informi als metges sobre el seu patró de derivació o de sol·licitud de proves complementàries, ja sigui a l'Atenció Primària o als hospitals.

La introducció del CMBDAH i de la explotació en DRG amb el càlcul de les estades mitges per patologies i el càlcul de l'Índex Funcional son també l'establiment de perfils de pràctica.

La introducció progressiva d'històries clíniques en suport informàtic està facilitant la sofisticació dels sistemes de retroalimentació i incrementant nombre i qualitat dels paràmetres sobre la pràctica clínica que s'analitzen.

Noves formes d'organització. Coordinació assistencial ambulatorització

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	Moss	Muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

La Reforma de l'Atenció Primària és una nova forma d'organització que ha passat del treball individual al treball en equip

Les alternatives a la hospitalització convencional (Cirurgia Major Ambulatòria, Hospital de Dia, etc.) tenen una gran empena en l'àmbit hospitalari. S'intenta minimitzar l'ús del recurs llit a canvi d'una atenció fonamentada en l'ambulatorització de l'assistència. Avui quasi tots els hospitals tenen o estan a punt de tenir hospitals de dia o cirurgia major ambulatòria. La prova fefaent de la seva importància ha estat el canvi en del model de pagament, davant de les mancances del model basat en la UBA (Unitat Bàsica d'Activitat) per reconèixer-les adientment.

Cal mencionar de nou les UFISS (Unitats Funcionals Interdisciplinàries Socio Sanitàries), i els PADES (Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport). Es tracta d'equips interdisciplinaris per a l'assistència de malalts terminals a nivell hospitalari o a la comunitat.

Totes aquestes reformes tenen com a idea de fons aconseguir el que s'anomena continuïtat assistencial, continuum assistencial o coordinació assistencial.

Definició d'un paquet de serveis

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	Moss	muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

La definició d'un paquet de serveis sanitaris positiu, es a dir que defineixi quins serveis estan finançats públicament, es fa de forma molt genèrica com es pot veure a la pàgina web de l'Insalud (<http://www.insalud.es>). Es un tema políticament molt sensible i la ambigüitat juga a favor de tothom i el sector públic té una forma indirecte de limitar les prestacions; limitant la oferta, sense fer-ho explícit.

Només estan definides detalladament les exclusions –es a dir, quines prestacions no estan finançades públicament- i es centren fonamentalment en la farmàcia.

Millora dels coneixements dels processos de compra. Metodologies de prioritització

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	Moss	muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

El Pla de Salut de Catalunya es l'eina que utilitza el Servei Català de la Salut, el responsable de la compra, per establir les seves prioritats. La metodologia que utilitza es plenament vigent i ja hi ha la experiència de la elaboració de dos Plans. En la elaboració del segon Pla s'ha començat per la avaluació dels resultats de la aplicació del primer com a mecanisme per a la millora del procés.

Seguiment i comparació d'outcomes amb sistemes sofisticats Proveïdors no mèdics Centres d'excel·lència clínics Triage Programes de consell telefònic

Autors que recullen aquests conceptes:

igle	san	flyn	kizer	Moss	Muir	fair	lebel	ibern	sand	moss	fairf
------	-----	------	-------	------	------	------	-------	-------	------	------	-------

Kizer és potser l'autor més pragmàtic dels analitzats. La raó es que el seu treball cerca la introducció d'un model de *managed care* a una institució que ja esta en funcionament. Per això proposa eines i metodologies concretes i lligades al seu entorn, els Estats Units.

Una és la utilització del (Health Employers Data Information Set) HEDIS de la NCQA (National Comitee on Qualiti Assurance), un bateria d'indicadors sobre els plans de *managed care*. El HEDIS es va crear per tal que servis com a instrument de comparació entre diferents plans d'assegurament, en un entorn on hi ha llibertat per escollir asseguradora.

A Catalunya no hi llibertat per escollir assegurement públic, ni s'utilitza, el HEDIS (es podria fer) com a tal però si que utilitza sistemes de seguiment d'*outcomes* complexos –sofisticats, en una traducció literal-. Aquests son les memòries que els diferents agents del sistema publiquen i les dades de la Central de Balanços.

El Servei Català de la Salut té la obligació segons la LGS i la Llosc d'elaborar una memòria anual on es reculli la seva activitat assistencial i els seus resultats econòmics. L'Institut Català de la Salut i els seus hospitals publiquen les respectives memòries. La majoria de centres hospitalaris també ho fan.

Actualment existeix l'acord tàcit al sector que un hospital que no publica la seva memòria no és un hospital com cal. La Fundació Abedis Donabedian, el guardià no oficial de la qualitat a Catalunya, i per influència merescuda de tota Espanya, ha contribuït positivament a que això sigui així a través dels seus premis anuals, un dels quals és a la millor memòria d'una institució sanitària.

Les memòries ofereixen força dades dels centres i corporacions (ICS, IMAS, Sagessa) de manera que son perfectament comparables al HEDIS. Trobem organigrames, piràmides de la població de referència, activitat assistencial detallada per serveis, case mix estimat amb els DRG's, activitat investigadora i docent, resultats econòmics, i fins i tot, cançons de les corals dels centres (memòria de l'IMAS 1997)!

La gran diferència amb el HEDIS i instruments similars és que la informació facilitada difereix entre centres, i el que és pitjor, els criteris de comptabilització de la activitat assistencial son molt variats. D'aquesta manera es fa molt difícil establir comparacions.

Només la informació econòmica és força homogènia per estar sotmesa al Pla General de Comptabilitat i ser tramesa a la Central de Balanços, on es recullen els estats de comptes (Balanços i Comptes de Resultats) de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) i s'emeten informes comparatius.

Es d'esperar que algun dia es consolidi la anomenada Central de Resultats, un projecte on es pretén recollir, a més dels resultats econòmics i d'activitat assistencial agregada (UBA's), resultats propers als *outcomes* o si més no, indicadors assistencials més elaborats, com els DRG o l'índex funcional. En aquest sentit està començant a parlar de la Unitat de Mesura Estandaritzada o UME.

A l'entorn de l'assegurament privat, curiosament, no existeix cap instrument d'aquest tipus. Com a molt, periòdicament surt a la premsa general algun informe que compara les diferents asseguradores, però es limita a donar informació sobre preus i condicions específiques de cobertura.

Si existeix un bon sistema d'informació dels resultats obtinguts pels diferents proveïdors assistencials, la conseqüència lògica és utilitzar només els millors, és a dir els Centres d'Excel·lència Clínics. El terme excel·lència a la bibliografia anglosaxona s'associa directament a la qualitat assistencial i en l'entorn britànic, a més, a la medicina basada en la evidència.

L'autor parla de la possibilitat d'utilitzar proveïdors no mèdics, es a dir del paper que poden prestar en l'assistència centre no eminentment medicalitzats, com son en el nostre entorn els centres socio sanitaris i les residències socials assistides, com alternativa a la hospitalització convencional.

Quan cita el triatge està parlant del paper de l'Atenció Primària com a porta d'entrada al sistema quelcom desconegut en el seu entorn, però clau a Catalunya.

Els Programes de Consell Telefònic han estat desenvolupats sobretot per les Pharmaceutical Benefits Management. Es tracta de centres de trucades o 'call centers' que donen consells als usuaris que ho demanen o que han estat seleccionats per algun motiu (per exemple s'ha detectat que no han anat a buscar la medicació crònica a la farmàcia quan els pertocava). La seva tecnologia es basa en les campanyes de l'anomenat telemarketing o marketing telefònic.

En el nostre entorn hi ha experiències en algunes mútues i companyies d'assegurança on es posa a disposició dels assegurats un telèfon per fer consultes mèdiques. Al sector públic existeix el telèfon 061, però orientat només a situacions d'urgència. L'usuari es encaminat o bé cap un centre urgències o bé se li remet un equip mèdic al domicili.

Resum de la discussió

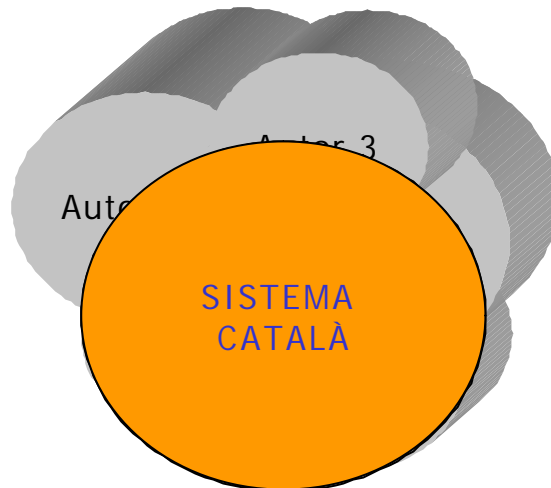
Un cop repassats els diferents autors podem dir que al contrastar el models utilitzats per a l'anàlisi i el Sistema Sanitari Català es pot apreciar que hi ha una alta coincidència. Nou dels dotze models coincideixen plenament, un en més del 90 % (Kizer) i els altres dos coincideixen un el 80% i l'altre en 2/3. Aquest darrer és realment un sol autor, Fairfield, però en les seves dues versions europea i nord-americana.

Quan entrem a veure quins son els motius de les diferències ens trobem amb la Gestió de Patologies i el risc associat a pagament per acte, ja discutides més amunt.

No hi ha cap referent quantitatiu que permeti determinar d'una manera taxativa si aquest grau de similitud permet afirmar o negar la hipòtesi. Com s'ha esmentat s'ha utilitzat una metodologia qualitativa. Així doncs la demostració de la hipòtesi s'ha de fonamentar en arguments qualitativs més que quantitativs: no hi ha un llindar numèric.

Com es pot veure gràficament a la taula resum, hi ha diferències entre els autors, superiors a les que mostra el sistema català amb cadascun d'ells i el marc conceptual (Figura 33).

Figura 33: El *managed care* i el Sistema Sanitari Català



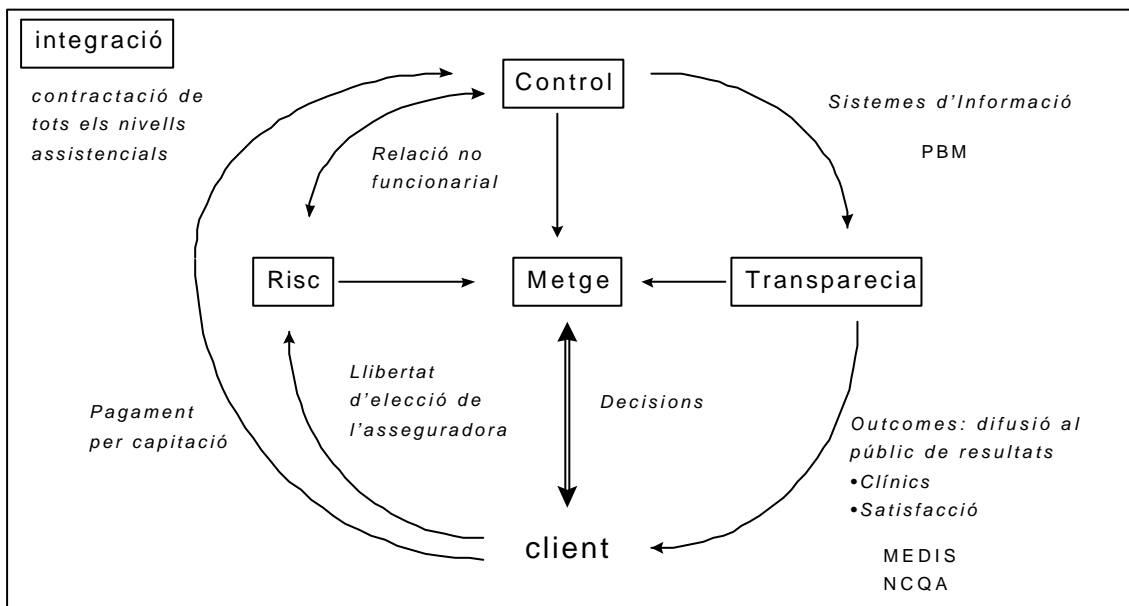
Per tant **podem concloure** que el *managed care* és una entitat **sense una definició única** i que el Sistema Sanitari Català coincideix amb les definicions que se n'han fet; es a dir, **hi ha *managed care* al model sanitari català.**

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

1. El *managed care* és la forma d'explicar qualsevol relació metge malalt on els participants són conscients que hi juguen més interessos que no pas els seus interessos immediats.
2. Les eines i pràctiques descrites alhora de definir el *managed care* corresponen als nivells de meso i microgestió i no entren en el camp de la macrogestió. El *managed care*, doncs, no té res a dir en el camp de la definició dels sistemes sanitaris.
3. El *managed care* pot ajudar a millorar la meso gestió, especialment per la seva aportació en la gestió de la integralitat, longitudinalitat o continuum assistencial i en disseny d'organitzacions responsables de l'assistència sanitària,.
4. El *managed care* ha fet força aportacions en la millora de la qualitat assistencial a través de les eines de revisió de la utilització, encara que en el seu origen pretenguessin fonamentalment la limitació de la despesa. Especial interès té el paper que ha atorgat a la satisfacció dels usuaris. Tot això ha portat a canvis fonamentals a nivell de la microgestió.

Figura 34: la relació metge-usuari entre els agents i funcions al *managed care*



5. El sistema sanitari dels Estats Units ha tingut una capacitat de creixement molt superior a la que s'ha viscut a Europa, la llar de l'Estat del Benestar. Aquesta aparent contradicció s'explica per que la despesa en salut a Estats Units (USA) no té el caràcter de despesa eminentment social que té a Europa.

6. A Estats Units (USA) el sistema sanitari és un sector innovador i intensiu en ma d'obra, un motor de la economia prou important com per que es toleri que 20 milions de persones no en tinguin accés garantit. La constant evolució de les organitzacions, mecanismes de relació i eines de gestió que caracteritzen el *managed care* als Estats Units (USA) son la expressió d'un mercat molt dinàmic.

7. A Europa, amb una sanitat organitzada al voltant de relacions de solidaritat s'han utilitzat tradicionalment els mecanismes de gestió i relació que es comencen a utilitzar a Estats Units (USA) com a fórmules de *managed care*

8. El concepte preponderant al *managed care* és el control.

9. El model sanitari català es fruit de:

a) la universalització del dret a al assistència sanitària a partir de la Constitució Espanyola de 1.978 i la Llei General de Sanitat

b) la creació d'un Servei Nacional de Salut descentralitzat, en funció de l'Estat de les Autonomies.

10. Els trets definidors del model sanitari català que apareixen reiteradament al discurs oficial són:

>la separació de funcions de compra i provisió, amb la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública)

>la potenciació de l'Atenció Primària., amb la Reforma de l'Atenció Primària, i

>el consens.

11. Com que el consens és difícil de quantificar, pel que s'ha optat per analitzar la assignació pressupostària com a forma d'objectivar els altres trets:

11.1. La separació de funcions de compra i provisió és cada cop més virtual:

—la partida dedicada a Concerts (compra de serveis) s'ha mantingut estable al voltant del 30 % del pressupost públic i la participació de la Generalitat en els Consorcis és creixent.

11.2. La potenciació de l'Atenció Primària s'ha aturat:

—el percentatge de pressupost dedicat a inversions per Atenció Primària depèn de la disponibilitat del pressupost global i s'ha mantingut el percentatge destinat funcionament al voltant del 25%

--Ha disminuït el percentatge de pressupost de funcionament destinat a l'Atenció Especialitzada del 50 al 45 %, però més del 50 % de les inversions es destinen a obra nova a Atenció Especialitzada (hospitals)

11.3. L'Atenció Sòcio-Sanitària i la Salut Mental tenen pressupostos quasi testimonials, al voltant del 5%.

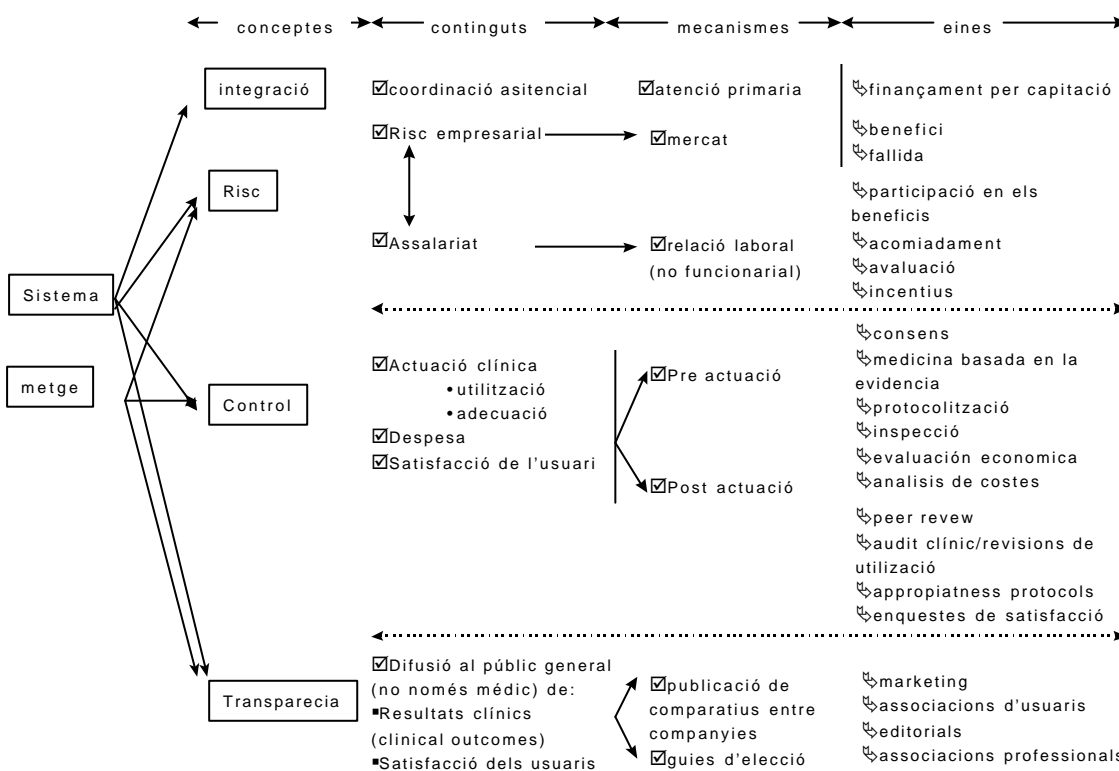
11.4. La partida que més ha crescut és la Farmàcia ambulatoria:

--ha passat del 20 al 25 % del pressupost

12. El *managed care* és una entitat que no té una definició única:

les diferències entre els autors que han permès construir el marc anàlisi (Figura 35) són importants.

Figura 35 : marc d'anàlisi



13. El Model Sanitari Català coincideix en gran mesura amb la majoria de les definicions que se n'han fet; és a dir, hi ha *managed care* al model sanitari català.

14. 20 anys després que Catalunya revés les competències en matèria de Sanitat, és una oportunitat per escriure una història d'un sistema que és analitzat arreu del món. És realment tant diferent?, és realment com diem que és?, què aporta realment?.

TAULES I FIGURES

Taula 1 : Principals elements del Model Sanitari Català.....	12
Taula 2 : Tipus de Organitzacions de <i>managed care</i> (MCO).....	23
Taula 3 : el procés de separació de compra i provisió	28
Taula 4: La Medicina Basada en l'Evidència.....	30
Taula 5 : Comparació entre el NHS del Regne Unit i Organitzacions de <i>managed care</i>	32
Taula 6: pràctiques de <i>managed care</i>	35
Taula 7: Pràctiques de <i>managed care</i> a Europa.....	39
Taula 8: Eficiència i Cost d'oportunitat.....	45
Taula 9: Control de la utilització.....	47
Taula 10: Mecanismes de pagament.....	56
Taula 11: El Benchmarking.....	61
Taula 12 : cobertura de Medicare HI o part A	67
Taula 13: Categorically needy i Categorically related.....	72
Taula 14 : El 'model Oregon' de fixació prioritització de cobertura sanitària	74
Taula 15 : Pagaments de Medicaid el 1996.....	77
Taula 16:Qualified Medicare Beneficiaries (QMB).....	77
Taula 17: Exemple de les conseqüències de la selecció adversa.....	82
Taula 18: El Baylor College of Medicine al Texas Medical Center	84
Taula 19: Els inicis de l'Atenció Comunitària als Estats Units (USA).....	84
Taula 20 : Tipus de <i>Managed Care Organizations</i> (MCO) o Organitzacions que fan <i>managed care</i>	85
Taula 21: Mecanismes de control de la utilització de recursos utilitzats als Estats Units (i)	90
Taula 22: Mecanismes de control de la utilització de recursos utilitzats als Estats Units (ii).....	91
Taula 23 : Mecanismes de transferència de risc utilitzats als Estats Units	94
Taula 24. Cronograma del Model 1.978 a 1.998.....	101
Taula 25: Antecedents del Model Sanitari Català	102
Taula 26 : estructura del sistema sanitari a l'inici de la transició	107
Taula 27 : fonaments del model de 'metges de contingent (cupo)'	108
Taula 28: que és 'el tarugo'.....	110
Taula 29: El paper de Barcelona al model	112
Taula 30: l'acreditació	116
Taula 31 : Principal legislació sobre acreditació	117
Taula 32 :Hospitals que constitueixen la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) a las seva creació el 1995. Llits i titularitat en el moment dels traspassos (1991) –Catálogo Nacional de Hospitales 1992 Ministerio de Sanidad y Consumo-	121
Taula 33 : El Consorci Hospitalari de Catalunya i la Unió Catalana d'Hospitals	124
Taula 34 : La UBA i altres URV utilitzades a Espanya.....	130
Taula 35: L'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques AATAM.....	133
Taula 36: estructura de la LGS.....	146
Taula 37 : el model de descentralització.....	160

Taula 38: Estructura del SNS i les Transferències a les CCAA	162
Taula 39: evolució del sistema de finançament de les Comunitats Autònomes.....	165
Taula 40: característiques de les àrees de salut	169
Taula 41: el Valor Intrínsec de la Prescripció	178
Taula 42: el Programa MIR.....	179
Taula 43: LGS article 110, Avaluació de Tecnologies	181
Taula 44 : el model Muface	182
Taula 45 : estructura del model sanitari a partir de la Llei General de Sanitat.....	183
Taula 46 : Els Programes Alpir i Altebrat	183
Taula 47: Paraules del Dr. Xavier Trias a la presentació de la Llosc, significat de la Llei.....	184
Taula 48: Paraules del Conseller Dr. Trias a la defensa parlamentària de la Llosc	184
Taula 49 : Paraules del Dr. Trias en la defensa parlamentària de la Llosc, la integració del sistema com objectiu	189
Taula 50 : Índex del Pla de Salut 1996-1998.....	194
Taula 51 : El Pla de Serveis Sanitaris i Socio Sanitaris.....	195
Taula 52: LGS/LLOSC	196
Taula 53 : El Conjunt Mínim de Dades de l'Alta Hospitalària, CMBD-AH i els GRD	204
Taula 54: El GOM (Grade of Membership).....	205
Taula 55: Teoria de Jocs, el problema del prat comunal	207
Taula 56 : Evolució dels models d'assignació de recursos als hospitals.....	209
Taula 57 : Principals característiques de les pólisses líders del mercat d'assegurament privat	211
Taula 58: El Nomenclàtor Col·legial d'Assistència Col·lectiva	212
Taula 59 : indicadors socio-demogràfics de Catalunya.....	214
Taula 60 : Principals textos legals estudiats.....	215
Taula 61 : J.K.Iglehart (1994)	217
Taula 62: Q.D.Sandifer i P.Hatcher (1997).....	218
Taula 63: K.Flynn et Al. (1997)	219
Taula 64: K.W.Kizer (1997)	220
Taula 65: E.Mossialos (1997).....	220
Taula 66: Muir (1997).....	220
Taula 67: G.Fairfield (1997).....	221
Taula 68: L.Lebel (1996)	222
Taula 69: P.Ibern (1994)	222
Taula 70: Q.D.SANDIFER (1997) -Europa-.....	223
Taula 71: E.MOSSIALOS (1997) -Europa-.....	223
Taula 72: G.FAIRFIELD (1997) –Europa	224
Taula 73: Models conceptuals (Estats Units) i marc d'anàlisi	226
Taula 74: Models conceptuals (Europa) i marc d'anàlisi	227
Taula 75: Models conceptuals (total) i marc d'anàlisi.....	227

Taula 76: Els preus de referència dels fàrmacs.....	267
Legislació 1 Constitució Espanyola, articles 43, 50 i 51. Dret a la protecció de la Salut.	104
Legislació 2: Constitució Espanyola, articles 148 i 149. Competències de les Comunitats Autònomes.....	105
Legislació 3, Estatut d'Autonomia, articles 9 i 17. Competències de la Generalitat.	106
Legislació 4 Decret 202/1985 de 15 de juliol de creació de la XHUP, exposició de motius	119
Legislació 5 Decret 202/1985 de 15 de juliol de creació de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), Requisits per formar part de la XHUP.....	120
Legislació 6 LGS articles 9, 10, 46 i Disposició Transitòria 5; principis bàsics (i). Dret a l'atenció sanitària.	147
Legislació 7 LGS article 6 i 8, principis bàsics (ii). Promoció de la Salut i prevenció de la malaltia.	147
Legislació 8 LGS, articles 2 i 12; principis bàsics (iii). Caràcter redistributiu de la política de salut.	148
Legislació 9 LGS article 5, principis bàsics (iv). Participació de la comunitat.	148
Legislació 10 LGS, articles 10 i 11; Drets i Deures	149
Legislació 11 LGS article 15, l'Atenció Primària com a porta d'entrada al sistema.....	150
Legislació 12 LGS, articles 14, 16 i 17, accés al sistema públic	151
Legislació 13 LGS article 19, sanitat ambiental	152
Legislació 14 LGS article 20, salut mental	152
Legislació 15 LGS article 21, salut laboral	153
Legislació 16 LGS, article 29, autorització administrativa prèvia.....	154
Legislació 17 LGS articles 30 i 31, inspecció i control.....	154
Legislació 18 LGS article 34, règim sancionador.....	155
Legislació 19 LGS article 40 i DA 2, competències de l'Estat	156
Legislació 20 LGS article 43, l'Alta Inspecció.....	158
Legislació 21 LGS articles 44, 4, 49, 45 i 41, el SNS i les Comunitats Autònomes.....	159
Legislació 22 LGS articles 50, 51, DA6 i DA7, els Servei de Salut de les Comunitats Autònomes	160
Legislació 23 LGS articles 52 i 55, els Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes	161
Legislació 24 LGS article 47, el Consell Interterritorial del SNS	163
Legislació 25 LGS article 82, el finançament dels Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes.....	166
Legislació 26 LGS article 42, les competències dels municipis.....	167
Legislació 27 LGS articles 51 i 56, les Àrees de Salut	168
Legislació 28 LGS article 63, la Zona Bàsica de Salut	170
Legislació 29 LGS article 66, els hospitals.....	171
Legislació 30 LGS article 69, criteris per a la gestió dels Centres Sanitaris.....	172

Legislació 31 LGS article 70, el Pla de Salut.....	173
Legislació 32 LGS article 74, el Pla Integrat de Salut	174
Legislació 33 LGS article 84, els Recursos Humans i l'Estatut Marc	175
Legislació 34 LGS article 90, els concerts	176
Legislació 35 LGS article 106, Recerca.....	180
Legislació 36 LGS article 112, l'Institut Carlos III.....	180
Legislació 37 Estructura de l'articulat de la Llei d'Ordenació Sanitària (I): Disposicions generals i organització.....	185
Legislació 38 Estructura de l'articulat de la Llei d'Ordenació Sanitària (II): Competències dels nivells de l'administració.....	185
Legislació 39 Estructura de l'articulat de la Llei d'Ordenació Sanitària (III): Regim financer, pressupostari, comptable i patrimonial, mitjans personal i responsabilitat	186
Legislació 40 Llosc, article 4 i Llei de reforma de la Llosc, article 1.....	187
Legislació 41 Llosc, article 6, competències de l'SCS.....	188
Legislació 42 Llosc article 7, la diversitat de fórmules de gestió	190
Legislació 43 Llosc, Disposició Transitòria Cinquena, integració del personal al Servei Català de la Salut	191
Legislació 44 Llosc, Disposició Transitòria Primera: integració dels establiments de titularitat municipal al Servei Català de la Salut	191
Legislació 45 Llosc article 63 el Pla de Salut	193
Figura 1: Funcions i Agents al <i>managed care</i>	19
Figura 2 : El model de Health Maintenance Organization (HMO).....	21
Figura 3 : Evolució de referències a Health Star amb la recerca ' <i>managed care</i> '	31
Figura 4: conceptes, continguts, mecanismes i eines al <i>managed care</i>	43
Figura 5: Control de la utilització.....	46
Figura 6: evolució del risc.....	54
Figura 7: CQI vs Certificació.....	61
Figura 8: El finançament de la Sanitat als Estats Units el 1997	66
Figura 9 : Model 'Tradicional' als Estats Units (USA).....	83
Figura 10 : Atenció Primària no reformada.....	109
Figura 11 : Fórmules alternatives al dret administratiu, consorcis i empreses públiques	125
Figura 12 : distribució de llits per funció assistencial i Comunitat Autònoma (1996)	126
Figura 13: Llits instal·lats per Comunitat Autònoma i dependència patrimonial (1996)	127
Figura 14: mecanisme d'assignació pressupostària al sistema UBA.....	132
Figura 15: L'assignació de recursos als hospitals amb el sistema UBA.....	134
Figura 16 : L'Atenció Primària Reformada	138
Figura 17: Mecanismes d'assignació de Recursos a l'Atenció Primària.....	141
Figura 18 : Evolució de la RAP	142

Figura 19 :Separació de funcions de compra i provisió: mecanismes de relació i control	143
Figura 20: Separació de funcions finançament-compra i provisió, fluxos financers	144
Figura 22: compra de serveis vs assignació via pressupost.....	145
Figura 22 : Evolució del pressupost, distribució percentual dels capítols.....	197
Figura 24: Assignació pressupostària per àmbit assistencial.....	198
Figura 24 : evolució de les places d'hospitalització convencional i no convencional.....	199
Figura 25: Evolució del personal al sistema sanitari públic.....	200
Figura 26: evolució del pressupost d'inversions	201
Figura 27: Nou model de pagament, línies de producte.	203
Figura 28: Evolució dels Afiliats i les Quotes en base 100 el 1991.....	210
Figura 29: Quota de Mercat de les Entitats.....	211
Figura 30: Marc conceptual del <i>managed care</i>	215
Figura 31 : Anàlisi de les taules.	216
Figura 32: la relació metge-usuari entre els agents i funcions al <i>managed care</i>	245
Figura 33: El <i>managed care</i> i el Sistema Sanitari Català.....	275
Figura 34: la relació metge-usuari entre els agents i funcions al <i>managed care</i>	277
Figura 35 : marc d'anàlisi	279

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Esnal MJ. El 75% de los vascos prefiere los hospitales públicos a los privados. 7DM 1998; 368: 12.
- ² Dorsey L, Ferrari BT, Gengos A, Hall TW, Lewis WW, Schetter CO. The productivity of healthcare systems. McKinsey Quarterly 1996; 4: 121-131.
- ³ Amiguet LI. La sanidad o el pozo sin fondo de Cataluña. La Vanguardia 3 Sep 1997.
- ⁴ Datos de peso para una sanidad 'insostenible'. 7DM 1998; 383: 18.
- ⁵ Garcés V. ¿Para qué sirvió la huelga?. El Medico 29 Sep 1995: 12-4.
- ⁶ Teixidor M. Los espacios de profesionalización de la enfermería. Enfermería Clínica; 7(3): 126-36.
- ⁷ Corrales D. Organización, funciones y eficiencia de Enfermería. Rev ROL de Enfermería 1998; 244: 11-15.
- ⁸ Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el estado de bienestar y su relevancia para España. Gac Sanit 1995; 9: 202-9.
- ⁹ Rodríguez E. Más importante que el recorte de gastos es la reforma de los métodos de gestión. 7DM 1998; 387: 34-37.
- ¹⁰ Bertran M. Nuevas técnicas de gestión sanitaria. La Vanguardia 14 Jun 1997.
- ¹¹ Morant JV. Hospital de Alzira: preparados, listos ... 7DM 1998; 381: 20.
- ¹² Anónimo. Y el Hospital de La Ribera anduvo.... 7DM 1999; 394: 20.
- ¹³ Via JM. El futur del finançament de la sanitat. Jornada dels Economistes. Col·legi d'Economistes de Catalunya; 1997.
- ¹⁴ Murillo C. El finançament del sistema sanitari: una visió panoràmica dels problemes i les respostes. Jornada dels Economistes. Col·legi d'Economistes de Catalunya; 1997.
- ¹⁵ Hernandez JA. La apertura de los quirófanos y urgencias del hospital de Alcorcón aliviará al Doce de Octubre. El País 3 Mar 1998.
- ¹⁶ Sabaté C. El Consell d'Universitats s'oposa a crear més Facultats de Medicina. Avui 24 Des 1997, 24.
- ¹⁷ Anónimo. Fundaciones públicas sanitarias: la forma y el fondo [editorial]. JANO 1999; LVI(1285): 9,27-8.
- ¹⁸ Salvador R. Los médicos creen que su profesión se ha 'proletarizado' a partir de los años 80. La Vanguardia 26 Nov 1997, 20.
- ¹⁹ López LA, Jiménez JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. Gestión Hospitalaria 1997; 1: 34-9.
- ²⁰ Anónimo. El COMB fa públic l'estudi de la professió mèdica a Barcelona. COMB 1994; 64.
- ²¹ McLean RA. Opportunities in the International Health Services Arena. Healthcare Financial Manage Aug 1997: 60-4.
- ²² Artells JJ. Modelos de organización del sector asegurador sanitario. En: Puerta JL, Ruiz J, Vilanova JL, (eds.). Sanidad Privada: ¿Cuál será el próximo acto?. Editorial Noesis; 1996. p.153-55.

- ²³ Ramiro A. Más reformas en la Administración, ¿para qué?. GAPP 1997; (9): 57-67.
- ²⁴ Núñez A. A las fundaciones por la vía de la enmienda. 7DM 1998; 387: 8.
- ²⁵ Sharp M & Dohme de España SA. Sanidad, la reforma posible. Navarra: Bega Comunicación; 1997.
- ²⁶ Goula J. Tres pasos para reformar la sanidad española y eliminar su déficit sin privatizarla. La Vanguardia 12 Abr 997.
- ²⁷ Le Grand J. US managed care: has the UK anything to learn? [editorial]. BMJ 1998; 317: 831-2.
- ²⁸ Vanselow NA. Primary Care and the Specialist [editorial]. JAMA 1998; 279(17): 139-95.
- ²⁹ Bhattacharyya SK. Predicting Hospitalisation of Patients with Diabetes Mellitus. Pharmacoeconomics 1998; 13: 519-29.
- ³⁰ Spitz, B. Medicaid lessons for business. Business Health 1985; 2: 16-21.
- ³¹ Bodenheimer T, Sullivan K. How Large Employers Are Shaping the Health Care Marketplace. New England J Medicine 1998; 338(14): 1003-7.
- ³² Managed Care Lingo-Buster. <http://www.methodisthealth.com/MANAGE/glossary.htm>.
- ³³ Dupell T. Practice management companies improve practices' financial position. Healthcare Financial Manage Nov 1997: 56-60.
- ³⁴ Simon CJ, Dranove D, White WD. The Impact of Managed Care on the Physician Marketplace. Public Health Reports 1997; 112: 222-30.
- ³⁵ Nolan KF, Bober CR. Understanding the Business of Physician Practice. Healthcare Financial Manage Dec 1997: 74-6.
- ³⁶ McClelland S, Jones K. Management education for undergraduate doctors. A survey of medical schools. J Manage Medicine 1997; 11(6): 335-41.
- ³⁷ Benoff M, Dubow SF. Improving the Financial Performance of IDS-Owned Physician Practices. Healthcare Financial Manage Aug 1998, pp. 38-40.
- ³⁸ Lohrmann G, Keyte B, LaFalce MB. Achieving Functional Integration: A Continuum Case Study. Healthcare Financial Manage Apr 1997: 35-8.
- ³⁹ Wall EM. Managed Care and Discontinuity of Primary Care Providers: Is There Evidence of Poorer Outcomes? [editorial]. J Fam Pract 1997; 45(2): 125-6.
- ⁴⁰ Ibern P, Meneu R. managed care y gestión de la utilización. Gestión sanitaria Innovaciones y desafíos. Del Llano J, Ortun V, Martín JM, Millá J, Gené J. De. Masson Barcelona 1994 pag219-239.
- ⁴¹ Robinson R, Steiner A. Managed health care. Open University Press. Buckingham; 1998.
- ⁴² Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. managed care: Origins, principles and evolution. BMJ 314: 1823-1826. 1997.
- ⁴³ Mossialos E, Kanavos P, Abel-Smith B Will managed care Work in Europe. Pharmacoeconomics 1997 Apr 111 (4).
- ⁴⁴ Ham C. Primary managed care in Europe [editorial]. BMJ 1997; 314: 457.

- ⁴⁵ Birt CA, Gunning-Schepers L, Hayes A, Joyce L. How should public health policy be developed? A case study in European public health. *J Public Health Med*; 19(3): 262-7. Great Britain: Oxford University Press; 1997.
- ⁴⁶ Saltman RB. The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. *Health Policy* 1997; 41 suppl: S9-S26.
- ⁴⁷ Rohrer JE. Medical care reform: lessons from around the world. *JHSA* (spring) 1997: 371-83.
- ⁴⁸ Buchan J, Hancock C, Rafferty AM. Health Sector Reform and Trends in the United Kingdom Hospital Workforce. *Med Care* 1997; 35(10): 143-50.
- ⁴⁹ Light DW. Is NHS purchasing serious? An American perspective. *BMJ* 1998; 316: 217-20.
- ⁵⁰ Laing A, Cotton S. Partnerships in purchasing: development of consortium-based purchasing among GP fundholders. *Health Services Manage Research* 1998; 11: 245-54.
- ⁵¹ Lapsley I. Market mechanisms and the management of health care. The UK model and experience. *J Manage Medicine* 1997; 11(5): 318-28.
- ⁵² Smyth JD. Competition as a means of procuring public services. *J Manage Medicine* 1998; 12(4/5): 215-40.
- ⁵³ Ham C. Replacing the NHS market. The white paper should focus on incentives as well as directives. *BMJ* 1997; 315: 1175-6.
- ⁵⁴ Deffenbaugh JL. Healthcare pacts to replace contracting. *Health Services Manage Research* 1998; 10: 266-74.
- ⁵⁵ Kitchener M, Whipp R. Tracks of change in hospitals: a study of quasi-market transformation. *J Manage Medicine* 1998; 12(4/5): 241-55.
- ⁵⁶ Smyth JD. Competition as a means of procuring public services. *J Manage Medicine* 1998; 12(4/5): 215-40.
- ⁵⁷ Harrison AJ. Hospitals in England Impact of the 1990 National Health Service Reforms. *Med Care* 1997; 35(10): 50-61.
- ⁵⁸ Keeley D. General practice fundholding and health care costs. *BMJ* 1997; 315: 139.
- ⁵⁹ Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care. *J Fam Pract* 1998; 47: 213-20.
- ⁶⁰ McCarthy M. The contracting round: achieving health gain or financial balance?. *J Public Health Med* 1998; 20(4): 409-13.
- ⁶¹ Weil TP. Merging Managed Care With the German Model. *Int J Health Plann Manage* 1997; 12: 115-30.
- ⁶² Sutherland K, Dawson S. Power and quality improvement in the new NHS: the roles of doctors and managers. *Quality in Health Care* 1998; 7(Suppl): S16-S23.
- ⁶³ Müller-Mundt G. Trends in Hospital Restructuring and Impact on the Workforce in Germany. *Med Care* 1997; 35(10): 132-42.
- ⁶⁴ Olesen F, Lauritzen T. Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a county-based and a national college-based approach. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 141-5.

- ⁶⁵ Curiel J. La gestión clínica de un servicio: ojo con el coste del personal. *Diario Medico* 16 Dic 1996, 20.
- ⁶⁶ Colomer J, Verdaguer A. La gestión clínica en la nueva era de la información. *Cuadernos de Gestión*: 157-9.
- ⁶⁷ Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G y cols. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Aten Primaria* 1998; 22(4): 220-26.
- ⁶⁸ Davidoff F, Case K, Fried PW. Evidence-Based Medicine. *Ann Intern Med* 1995; 122: 727.
- ⁶⁹ Evidence-Based Medicine Group. Evidence-Based Medicine. A new Approach of Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-25.
- ⁷⁰ Iglehart JK. The American Health Care System. *New England J Medicine* 1992; 326(25): 1715-20.
- ⁷¹ Sandifer QD. Managing care. *J Public Health Med* 1997; 19(3): 301-06.
- ⁷² Williams G, Flynn R, Pickard S. Paradoxes of GP Fundholding: Contracting for Community Health Services In the British National Health Service. *Soc Sci Med* 1997; 45(11): 1669-78.
- ⁷³ Rafferty T, Wilson-Davis K, McGavock H. How has fundholding in Northern Ireland affected prescribing patterns? A longitudinal study. *BMJ* 1997; 315: 166-70.
- ⁷⁴ Flynn K, McGlynn G, Young G. Transferring Managed Care Principles to VA. *Hospital & Health Services Administration* Fall 1997; 42: 3.
- ⁷⁵ Kizer KW. The "new VA": delivering health care value through integrated service networks. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 6, 804-07.
- ⁷⁶ Mossialos E, Kanavos P, Abel-Smith B. Will Managed Care Work in Europe?. *Pharmacoeconomics* 1997; 11(4): 297-305.
- ⁷⁷ Muir. *Gestión Basada en la Evidencia*. Churchill Livingstone. España, Madrid 1997.
- ⁷⁸ Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. *BMJ* 1997; 314: 1823-26.
- ⁷⁹ Lebel L. L'approche Managed Care. *Conseillère Direction programmes et recherche*. Association des hôpitaux du Québec. 1996.
- ⁸⁰ Solórzano FX. The Canadian health system and its financing. *Pan Am J Public Health* 1997; 2(1): 26-31.
- ⁸¹ Akaho E, Coffin GD, Kusano T, Locke L, Okamoto T. A Proposed Optimal Health Care System Based on a Comparative Study Conducted Between Canada and Japan. *Can J Public Health* 1998; 89(5): 301-7.
- ⁸² Shamian J, Lightstone EY. Hospital Restructuring Initiatives in Canada. *Med Care* 1997; 35(10): 62-69.
- ⁸³ Decter MB. Canadian Hospitals in Transformation. *Med Care* 1997; 35(10): 70-75.
- ⁸⁴ Baumgart AJ. Hospital Reform and Nursing Labor Market Trends in Canada. *Med Care* 1997; 35(10): 124-31.
- ⁸⁵ Ibern P, Meneu R. Managed Care y gestión de la utilización. En: Del Llano J, Ortun V, Martin JM, Gené J. *Masson Barcelona* 1994: 219-39.

- ⁸⁶ Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41: 1-36.
- ⁸⁷ Young DW, Barret D. Managing Clinical Integration in Integrated Delivery Systems: A Framework for Action. *Hospital & Health Services Administration* 1997; 42(2): 255-76.
- ⁸⁸ Perió M. Nuevas experiencias de integración asistencial. *7DM* 1999; 394: 95.
- ⁸⁹ Caballero A. Coordinación entre niveles: a propósito de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997; 20(7): 395-6.
- ⁹⁰ Anónimo. Un programa piloto evaluará la gestión clínica integrada de patologías. *7DM* 1999; 395: 31.
- ⁹¹ Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto y métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 122-36.
- ⁹² Kazandjian VA. Defining appropriateness: the challenge of knowing the difference. The National Health Service, the Government, and quality of health care.
- ⁹³ Schriger DL, Baraff LJ, Rogers WH, Cretin S. Implementation of Clinical Guidelines Using a Computer Charting System. *JAMA* 1997; 278: 1585-90.
- ⁹⁴ Grant AM, Rakowski W. Information, Informatics and Health Evaluation - Persons, Providers and Settings. [editorial]. *Meth Inform Med* 1998; 37: 124.
- ⁹⁵ Costa J. Valoración de los beneficios de una tecnología sanitaria mediante índices de utilidad. ¿Qué son los años de vida ajustados por calidad (AVAC)? *JANO* 1999; LVI(1286): 71-2.
- ⁹⁶ Liljas B. How to Calculate indirect Costs in Economic Evaluations. *Pharmacoeconomics* 1998; 13: 563-9.
- ⁹⁷ Ferrer I. La reforma sanitaria británica refuerza el papel de los médicos de cabecera. *El País* 21 Dic 1997, 30.
- ⁹⁸ Coulter A, Mays N. Primary care: opportunities and threats. Deregulating primary care. *BMJ* 1997; 314: 510-3.
- ⁹⁹ Ogden J, Andrade J, Eisner M, Ironmonger M, Maxwell J, Muir E et al. To treat? To befriend? To prevent? Patients' and GPs' views of the doctor's role. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 114-7.
- ¹⁰⁰ Moore S. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. *New England J of Medicine* 1979; 300: 1959-1362.
- ¹⁰¹ Candia B, Isasi C. Manual sobre desarrollo de protocolos. *Gestión Hospitalaria* 1997; 4: 27-30.
- ¹⁰² Gresham C. Point of Care Testing: Testing the System?. *Nurs Manage* 1997; 28(11): 34-6.
- ¹⁰³ Quinn MM, Weber B, Ciotti VG. Is your healthcare information system physician friendly?. *Healthcare Financial Manage* Jun 1997: 63-8.
- ¹⁰⁴ Scheffler RM, Sullivan SD, Haochung T. The Impact of Blue Cross and Blue Shield Plan Utilization Management Programs, 1980-1988. *1991 Blue Cross and Blue Shield Assoc; Inquiry* 28(Fall 91): 263-75.

- ¹⁰⁵ McKee M, James P. Using Routine Data to Evaluate Quality of Care in British Hospitals. *Med Care* 1997; 35(10): 102-11.
- ¹⁰⁶ Grau N, Meneu R, Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la comunidad valenciana: un estudio delphi. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 343-56.
- ¹⁰⁷ McLeod PJ, Tamblyn RM, Gayton D, Grad R, Snell L, Berkson L and cols. Use of Standardized Patients to Assess Between-Physician Variations in Resource Utilization. *JAMA* 1997; 278(14): 1164-8.
- ¹⁰⁸ Squires BP. Peer review under scrutiny [editorial]. *Can Fam Physician* 1998; 44: 15-6.
- ¹⁰⁹ Asenjo MA, Bare L, Bayas JM, Prat A, Lledo R, Grau J Salleras. Relationship between severity, costs and claims of hospitalized patients using the Severity of Illness Index. *European Journal of Epidemiology* 1994 Oct; 10(5): 625-32.
- ¹¹⁰ Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge Criteria. *Med Care* 1990; 28(2): 95-111.
- ¹¹¹ Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care. *Med Care* 1981; 19(8): 855-71.
- ¹¹² Saleta JL, Rodríguez A, Aboal A. Versión pediátrica del protocolo de evaluación de la adecuación (PAE): Aplicación a los cuatro grupos diagnósticos relacionados más frecuentes en un hospital infantil de La Coruña. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 249-55.
- ¹¹³ Casanova C, Gascón P, Calvo F, Tomás M, Paricio JM, Blasco L. et al. Uso inapropiado de la hospitalización en Pediatría. Validación de la versión española del Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. *Gac Sanit* 1999; 13(4): 303-311.
- ¹¹⁴ O'Connor PJ, Pronk NP. Integrating Population Health Concepts, Clinical Guidelines, and Ambulatory Medical Systems To Improve Diabetes Care. *J Ambulatory Care Manage* 1998; 21(1): 67-73.
- ¹¹⁵ Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?. *BMJ* 1998; 317: 862-3.
- ¹¹⁶ Ray-Coquard I, Philip T, Lehmann M, Fervers B, Farsi F, Chauvin F. Impact of a Clinical Guidelines Program for Breast and Colon Cancer in a French Cancer Center. *JAMA* 1997; 278: 1591-5.
- ¹¹⁷ Jowell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 259-66.
- ¹¹⁸ Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133-7.
- ¹¹⁹ Olesen F, Lauritzen T. Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a county-based and a national college-based approach. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 141-5.
- ¹²⁰ Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-61.

- ¹²¹ Gurnee MC, Da Silva RV. Constructing Disease Management Programs. *Managed Care Magazine* 1997.
- ¹²² Gunter M. Disease Management in the United States Case Examples of Improvement in Quality and Cost Effectiveness. *Quality & Global Manage of Diseases Conference*. Madrid: 1997.
- ¹²³ Hunter DJ, Fairfield G. Diseased Management. *BMJ* 1997; 315: 50-3.
- ¹²⁴ Pasternack A. Why the phone company may be your best strategic partner. *Hospital & Health Networks* Sep 1997: 33-4.
- ¹²⁵ Puckett WH. Outsourcing: Taking the first step. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 45-8.
- ¹²⁶ Kane NM. Pharmaceutical cost containment and innovation in the United States. *Health Policy* 1997; 41 supl: S71-89.
- ¹²⁷ Smith R. Maximizing Physician Performance: A Systems Approach. *Healthcare Financial Manage* Dec 1997: 48-51.
- ¹²⁸ Conrad DA, Maynard C, Cheadle A, Ramsey S, Marcus-Smith M, Kirz H & cols. Primary Care Physician Compensation Method in Medical Groups. *JAMA* 1998; 279(11): 853-8.
- ¹²⁹ Brock TH. Protecting Payment Levels Under Medicare Risk-Based Contracting. *Healthcare Financial Manage* Oct 1997: 59-62.
- ¹³⁰ Boland P. Thinking Strategically About Capitation. *Healthcare Financial Manage* May 1997: 54-60.
- ¹³¹ Brock TH. Protecting Payment Levels Under Medicare Risk-Based Contracting. *Healthcare Financial Manage* Oct 1997: 59-62.
- ¹³² Burrows SN, Moravec RC. Direct Contracting: A Minnesota Case Study. *Healthcare Financial Manage* Aug 1997: 50-5.
- ¹³³ Horowitz JL. Contact Capitation: An Alternative for Specialist Capitation. *Healthcare Financial Manage* Nov 1997: 54-5.
- ¹³⁴ Anónimo. Productivity, Patient Satisfaction Most Important Physician Compensation Factors. *Healthcare Financial Manage* 1997.
- ¹³⁵ Louie C. Acquiring Capital Equipment Through Shared-Risk Agreements. *Healthcare Financial Manage* Nov 1997: 68-70.
- ¹³⁶ de Boer AG, Wijker W, de Haes HC. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy* 1997; 42: 101-15.
- ¹³⁷ Grimaldi PL. New Capitation Scenarios for HMO Medicare Risk Contracting. *Healthcare Financial Manage* Feb 1997: 35-8.
- ¹³⁸ Ciolek RJ, Fahy PA. Recycling Pool Provides Innovative Financing for an Integrated System. *Healthcare Financial Manage* Dec 1997: 33-6.
- ¹³⁹ Lefton R. Aligning Incentives Using Risk-Sharing Arrangements. *Healthcare Financial Manage* Feb 1997: 50-7.
- ¹⁴⁰ Bitoun M. Show Us The Money. *Hospital & Health Networks* Jun 1997: 52-4.
- ¹⁴¹ Hagland M. Dangling Modifiers. *Hospital & Health Networks* Apr 1997: 70-4.

- ¹⁴² Trauner JB, Thilgen C. Using Risk Assessment To Evaluate Adverse Selection Under Capitated Contracts. *J Ambulatory Care Manage* 1998; 21(1): 1-11.
- ¹⁴³ Stahl DA. Business Ethics: Implications for Managed Care Contracts. *Nurs Manage* 1997; 28(1): 29-30.
- ¹⁴⁴ Kennedy KM. Evaluating and Negotiating a Profitable Capitation Contract. *Healthcare Financial Manage* Feb 1997: 44-9.
- ¹⁴⁵ Horn SD, Sharkey PD, Tracy DM, Horn CE, James B, Goodwin F. Intended and Unintended Consequences of HMO Cost-Containment Strategies: Results from the Managed Care Outcomes Project. *Am J Managed Care* 1996; 2(3): 253-64.
- ¹⁴⁶ Davoli CT. Notes from the Field. *Am J Public Health* 1997; 87(12): 2056-7.
- ¹⁴⁷ Kassirer JP. Managing Managed Care's Tarnished Image [editorial]. *N Engl J Med* 1997; 337(5): 338-9.
- ¹⁴⁸ Cumming J, Scott CD. The role of outputs and outcomes in purchaser accountability: reflecting on New Zealand experiences. *Health Policy* 1998; 46: 53,68.
- ¹⁴⁹ Schmittiel J, Selby J V, Grumbach K, Quesenberry C P. Choice of a Personal Physician and Patient Satisfaction in a Health Maintenance Organization. *JAMA* 1997; 278: 1596-9.
- ¹⁵⁰ Iezzoni LI. What Health Services Researchers Need To Know About the Health Insurance Portability and Accountability Act [editorial]. *Med Care* 1997; 35(10): 993-95.
- ¹⁵¹ Longo DR, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer Reports in Health Care: Do They Make a Difference in Patient Care?. *JAMA* 1997; 278: 1579-84.
- ¹⁵² Grimaldi PL. Are Managed Care Members Satisfied?. *Nurs Manage* 1997; 28(6): 12,14-5.
- ¹⁵³ Trandel-Korenchuk DM. The Influence of the Mass Media on the Selection of Physicians. *J Ambulatory Care Manage* 1998; 21(1): 48-66
- ¹⁵⁴ Jennings MC, Sullivan C. Dispelling Managed Care Myths. *Healthcare Financial Manage* Dec 1997: 45-47.
- ¹⁵⁵ Shapiro J. Rigid managed care programmes should never replace systems that allow flexibility. *BJM* 1997; 315: 953.
- ¹⁵⁶ Miller RH, Luft HS. Does managed care lead to better or worse quality of care?. *Health Affairs* 1997; 16.5: 7-25.
- ¹⁵⁷ Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspectives. *JAMA* 1997; 278(19): 1608-12.
- ¹⁵⁸ Costa J. Evaluación de la satisfacción de los servicios sanitarios ¿Qué entendemos por satisfacción del paciente?. *JANO* 1999; LVI(1285): 68-9.
- ¹⁵⁹ Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations. *Health Care Manage Rev* 1997; 22(2): 74-89.
- ¹⁶⁰ Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo?. *Cuadernos de Gestión* 1998; 1(1): 23-33.
- ¹⁶¹ Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3(2): 90-101.
- ¹⁶² Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *MEDIFAM* 1995; 5(6): 351-9.

- ¹⁶³ Garzón G, Ortiz H, Lázaro T, Matínez M. ¿Son diferentes las quejas de los usuarios de atención primaria según el modelo de atención?. *Aten Primaria* 1998; 21: 43-45.
- ¹⁶⁴ Allen H. Anticipating market demand: tracking enrollee satisfaction and health over time. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10(6): 521-30.
- ¹⁶⁵ Grazier KL. Looking Closely at Managed Care. *J Healthcare Manage* 1998; 43: 1.
- ¹⁶⁶ Sutton M. Personal paper: how to get the best health outcome for a given amount of money. *BMJ* 1997; 315: 47-9.
- ¹⁶⁷ Marosits MJ. Improving Financial and Patient Outcomes: The Future of Demand Management. *Healthcare Financial Manage* 1997: 43-4.
- ¹⁶⁸ McKee M. Indicators of clinical performance. *BMJ* 1997; 315: 142.
- ¹⁶⁹ Nerenz DR. Accountability for health outcomes and the proper unit of analysis: what do the experts think?. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10(6): 539-46.
- ¹⁷⁰ Naylor CD. Better Care and Better Outcomes. The Continuing Challenge [editorial]. *JAMA* 1998; 279(17): 1392-3.
- ¹⁷¹ Kaplan RM, Ganiats TG, Sieber WJ, Anderson JP. The Quality of Well-Being Scale: critical similarities and differences with SF-36. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10(6): 509-20.
- ¹⁷² McGlynn EA. The outcomes utility index: will outcomes data tell us what we want to know?. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10(6): 485-90.
- ¹⁷³ Silber JH, Rosenbaum PR, Williams SV, Ross RN, Sanford J. The Relationship Between Choice of Outcome Measure and Hospital Rank in General Surgical Procedures: Implications for Quality Assessment. *Int J Quality in Health Care* 1997; 9(3): 193-200.
- ¹⁷⁴ Iezzoni LI. Risk Adjustmen for Measuring Health Outcomes. *Gac Sanit* 1995; 9: 279.
- ¹⁷⁵ Rovira J, Antoñanzas F. Economic Evaluation Techniques in Healthcare. Reinventing the Wheel?. *Pharmacoeconomics* 1997 Oct; 12(4): 501-5.
- ¹⁷⁶ Managing your Care - Background. <http://www.methodisthealth.com/MANAGE/backgd.htm>.
- ¹⁷⁷ Maguerez G. Counterpoint: Integrating CQI in Health Organizations: Perspectives. *Int J Quality in Health Care* 1997; 9(1): 5-6.
- ¹⁷⁸ Goldmann DA. Counterpoint: Sustaining CQI. *Int J Quality in Health Care* 1997; 9(1): 7-9.
- ¹⁷⁹ Leonard KJ. Total Quality in Information Systems Management: Issues for the Health Care Industry. *Meth Inform Med* 1998; 37: 156-60.
- ¹⁸⁰ Eggleston A. The role of ISO 9000 in clinical research. *Good Clinical Practice J* 1998; 5(1): 24-6.
- ¹⁸¹ Carretero L, et al. Utilización del Benchmarking en la evaluación de la eficiencia del Hospital Costa del Sol. Libro de ponencias de la XVII Jornadas de Economía de la Salud. Murcia 1997.
- ¹⁸² Schyve PM. Accreditation and globalization [editorial]. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10(6): 467-68.
- ¹⁸³ Williams RL. JCAHO Accreditation Is It Necessary?. *Nurs Manage* 1997; 28(11): 60,62-3.
- ¹⁸⁴ Ovreteit J. Would It Work for Us? Learning from Quality Improvement in Europe and Beyond. *J Quality Improvement* 1997; 23(1): 7-22.
- ¹⁸⁵ Iglehart JK. The American Health Care System. *N Engl J Med* 1992; 326(25): 1715-20.

- ¹⁸⁶ Drake DF. Manage Care. A Product of Market Dynamics. JAMA 1997; 277(7): 560-63.
- ¹⁸⁷ Bodenheimer T, Sullivan K. The Logic of Tax-Based Financing for Health Care. Int J Health Services 1997; 27(3): 409-25.
- ¹⁸⁸ Onnis M. Brief Summaries of Medicare & Medicaid: Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act. June 25, 1998.
- ¹⁸⁹ Josephson DG, Grana JR, Hanchak NA. The Medicare-HMO Revolving Door. N Engl J Med 1997; 337(25): 1851.
- ¹⁹⁰ Scheffler R. Medical savings accounts: a worthy experiment. European J Public Health 1998; 8: 274-8.
- ¹⁹¹ Iezzoni LI, Ayanian JZ, Burstin HR. Paying More Fairly for Medicare Capitated Care. N Engl J Med 1998; 339(26): 1933-38.
- ¹⁹² Lee W, Eng C. , Fox N, Etienne M. PACE: un modelo para el cuidado integral del anciano frágil. Modern Geriatrics 1998; 11(1): 22-7.
- ¹⁹³ Smith MA, Atherly AJ, Kane RL, Pacala JT. Peer Review of the Quality of Care. JAMA 1997; 278(19): 1573-8.
- ¹⁹⁴ Abel J, Donaldson C. Helicopters, hearts and hips: using willingness to pay to set priorities for public sector health care programmes. Soc Sci Med 1998; 46(1): 1-12.
- ¹⁹⁵ Rutledge KM. The Oregon Health Plan: Lessons Learned. Healthcare Financial Manage Apr 1997: 48-51.
- ¹⁹⁶ Grimaldi PL. Latest Medicaid Managed Care Plans. Nurs Manage 1997; 28(2): 24-26.
- ¹⁹⁷ Delas J. Formas de asistencia alternativas a la consulta externa hospitalaria y a la hospitalización convencional [tesis doctoral]. Barcelona, Esp.; 1985.
- ¹⁹⁸ White KL. Hospital Restructuring in North America and Europe. Med Care 1997; 35(10): 7-12.
- ¹⁹⁹ Anónimo. Bed News is Bad News [editorial]. Hospital & Health Networks Jul 1997.
- ²⁰⁰ Scheffler RM, Hu T-W, Bloom JR, Wallace NT, Garret B. The Effect on Decentralization on Mental Health Service Costs in California,USA. Applied Economics and Statistics Workshop. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 1997.
- ²⁰¹ Scutchfield FD, Lee J, Patton D. Managed Care in the United States. J Public Health Med 1997; 19(3): 251-54.
- ²⁰² Labonte R. World Trade and Investment Agreements: Implications for Public Health. Can J Public Health 1998; 89(1): 10-2.
- ²⁰³ Grimaldi PL. Medicare Marketing Guidelines for Managed Care. Nurs Manage 1997; 28(4): 22-23,25.
- ²⁰⁴ Markham B. Trends in Health Care Coverage and Financing and Their Implications for Policy. N Engl J Med 1997; 337(14): 1000-03.
- ²⁰⁵ Anónimo. Insider Spider. A new tool assesses managed care readiness. Hospital & Health Networks Apr 1997.
- ²⁰⁶ Anónimo. Managed Care. Up and Away. Hospital & Health Networks 1997: 14.

- ²⁰⁷ Hamer R, VanAntwerp S. Study Results Show Decline in HMO Operating Margins. *Healthcare Financial Manage* Jun 1997; 78-84.
- ²⁰⁸ Carnall D. Family practitioner in the United States. *BMJ* 1997; 315.
- ²⁰⁹ Call KT, Lurie N, Jonk Y, Feldman R, Finch MD. Who Is Still Uninsured in Minnesota? Lessons From State Reform Efforts. *JAMA* 1997; 278(14): 1191-95.
- ²¹⁰ U. S. Census Bureau the Official Statistics.
- ²¹¹ Josephson GW. Private Hospital Care for Profit? A Reappraisal. *Health Care Manage Rev* 1997; 22(3): 64-73.
- ²¹² Doc Hollywood 1991 Warner Bros. Dirigida per M. Caton-Jones, amb M.J. Fox i Julie Warner
- ²¹³ Anónimo. Atención gestionada: el modelo americano. *7DM* 1997; 338: 14.
- ²¹⁴ Griffith JR. The Well-Managed Health Care Organization. AUPHA Press. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1995.
- ²¹⁵ Dean VC. Physician Satisfaction Reflects Changes in Health Care Landscape [editorial]. *J Fam Pract* 1997; 45(4): 319-20.
- ²¹⁶ Hudson T. Generation Hex. Most management service companies are young, merging like mad-and losing money. *Hospital & Health Networks* Jul 1997: 56-8.
- ²¹⁷ Mintzberg H. Toward Healthier Hospitals. *Health Care Manage Rev* 1997; 22(4): 9-18.
- ²¹⁸ Landon BE, Wilson IB, Cleary PD. A Conceptual Model of the Effects of Health Care Organizations on the Quality of Medical Care. *JAMA* 1998; 279(17): 1377-82.
- ²¹⁹ Dupell T. Practice management companies improve practices' financial position. *Healthcare Financial Manage* Nov 1997: 56-60.
- ²²⁰ Schulz R, Scheckler WE, Moberg P, Johnson PR. Changing Nature of Physician Satisfaction with Health Maintenance Organization and Fee-for-Service Practices. *J Fam Pract* 1997; 45(4): 321-30.
- ²²¹ Escarce JJ, Polsky D, Wozniak GD, Pauly MV, Kletke PR. Health Maintenance Organization Penetration and the Practice Location Choices of New Physicians. A Study of Large Metropolitan Areas in the United States. *Med Care* 1998; 36(11): 1555-66.
- ²²² Griffith JR. The Strategic Agenda for Community Health Care Organizations. *Health Care Manage Rev* 1997; 22(3): 82-91.
- ²²³ Ubokodom SE. Physician participation in a Medicaid managed care program, the Kansas Primary Care Network. *Health Policy* 1997; 41: 139-56.
- ²²⁴ Charns MP. Organization Design of Integrated Delivery Systems. *Hospital & Health Services Administration* 1997; 42(3): 411-32.
- ²²⁵ Prescott FM. PSNs: A New Model for Medicare Risk Contracting. *Healthcare Financial Manage* Mar 1997: 62-7.
- ²²⁶ Evans F. Physician-based group insurance. *New England J of Medicine* 1980; 302: 1280-83.
- ²²⁷ Ryan JB, Daugherty DJ. Degree of Integration Can Influence Organizational Economic Decisions. *Healthcare Financial Manage* Aug 1997: 46-7.
- ²²⁸ Robinson JC. The dynamics and limits of corporate growth in health care. *Health Aff (Millwood)*, 1996 Sum, 15: 2, 155-69.

- ²²⁹ Sochalski J, Aiken LH, Fagin CM. Hospital Restructuring in the United States, Canada, and Western Europe. *Med Care* 1997; 35(10): 13-25.
- ²³⁰ Kennedy DV, Jennings MC. Beyond HMOs: Trends in Employer Direct Contracting. *Healthcare Financial Manage* Aug 1998, pp. 45-8.
- ²³¹ Ridsdale L, Hudd S. What do patients want and not want to see about themselves on the computer screen: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 180-3.
- ²³² Bruijn LM, Hasman A, Arends JW. Automatic Coding of Diagnostic Reports. *Meth Inform Med* 1998; 37: 260-5.
- ²³³ Martínez C, Juncosa S, Roset M. ¿Está relacionada la gravedad con la utilización recursos? Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI). *Aten Primaria* 1998; 22(5): 285-92.
- ²³³ Gilmet GP, Mallon RP, Griffin BT, Lewandowski JJ. The Use of an Integrated Clinical Laboratory and Pharmacy Diabetes Database To Provide Physician Performance Feedback in an IPA-Model HMO. *J Ambulatory Care Manage* 1998; 21(1): 12-23.
- ²³⁴ Nerenz, DR. Using outcomes data to compare plans, networks, and providers: what is the state of the art?. *Int J for Quality in Health Care* 1998; 10(6): 463-
- ²³⁶ Goldfield N. Can Patients with Chronic Illness Have Trust in Managed Care Organizations? Yes, If the Rules Change. *J Ambulatory Care Manage* 1998; 21(2): 56-56.
- ²³⁷ Chang CF, Kiser LJ, Bailey JE, Martins M, Gibson WC, Schaberg KA, et al. Tennessee's Failed Managed Care Program for Mental Health and Substance Abuse Services. *JAMA* 1998; 279: 864-69.
- ²³⁸ Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care. *J Fam Pract* 1998; 47: 213-20.
- ²³⁹ Fowles JB, Fowler EJ, Craft C. Validation of Claims Diagnoses and Self-Reported Conditions Compared with Medical Records for Selected Chronic Diseases. *J Ambulatory Care Manage* 1998; 21(1): 21-34.
- ²⁴⁰ Isasi C, Candia B. Manual sobre descripción y desarrollo de circuitos. *Gestión Hospitalaria* 1997; (4): 31-7.
- ²⁴¹ Rosleff F, Lister G. European healthcare trends: Toward managed care in Europe, GB, Coopers & Lybrand Europe Ltd., 1995.
- ²⁴¹ Talley CR. Outsourcing drug distribution [editorial]. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54:
- ²⁴² Schneider PJ. Outsourcing: A key to professional survival. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 41-3.
- ²⁴⁴ Lazarus HL. Outsourcing: A success story. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 43-4.
- ²⁴⁵ Kolar GR. Outsourcing: Route to a new pharmacy practice model. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 48-52.
- ²⁴⁶ Eckel FM. Outsourcing: At odds with pharmacy's professional foundation. *Am J Health-Syst Pharm* 1997; 54: 52-5.
- ²⁴⁷ Anderson GM. Hospital Restructuring and the Epidemiology of Hospital Utilization. *Med Care* 1997; 35(10): 93-101.

- ²⁴⁸ Iezzoni LI. What Health Services Researchers Need To Know About the Health Insurance Portability and Accountability Act [editorial]. *Med Care* 1997; 35(10): 993-95.
- ²⁴⁹ Pontes MC, Pontes MH. Variables that Influence Consumers' Inferences about Physician Ability and Accountability. *Health Care Manage Rev* 1997; 22(2): 7-20.
- ²⁵⁰ Enthoven A. Consumer choice health plan. *New England J of Medicine* 1978; 298: 650-58.
- ²⁵¹ Johns L. The Dilemmas of Managed Care. *JAMA* 1997; 278(10): 820.
- ²⁵² Sage WM. Judge Posner's RFP: antitrust law and managed care. *Health Aff (Millwood)*, 1997 Nov, 16: 6, 44-61.
- ²⁵³ Gaynor M, Mark TL. Tendencias y características de la contratación de médicos por las de aseguradoras sanitarias en Estados Unidos de América. En: Puerta JL, Ruiz J, Vilanova JL, (eds.). *Sanidad Privada: ¿Cuál será el próximo acto?*. Editorial Noesis; 1996. p.103-36.
- ²⁵⁴ Anónimo. The Road from Managed Care [editorial]. *Am J Public Health* 1997; 87(1): 8.
- ²⁵⁵ Feldman R, Kralewski J, Dowd B. Health Maintenance Organizations: the beginning or the end? *Health Services Research* 1989; 24: 191-211
- ²⁵⁶ Rossiter LF, Langwell K. Medicare's two system for paying providers. *Health Affairs* 1988; 7: 120-132
- ²⁵⁷ Langwell KM, Hadley JP. Evaluation of the Medicare Competition Demonstration. *Health Care Financing Review* 1989; 11: 65-80
- ²⁵⁸ Brown RS et al. Do Health Maintenance Organizations work for Medicare? *Health Care Financing Review* 1993; 15: 7-23
- ²⁵⁹ Newcomer R et al. Social Health Maintenance Organizations: assessing their initial experience. *Health Services Research* 1990; 25: 425-454.
- ²⁶⁰ Manton KG et al. Social Health Maintenance Organization and fee for service health outcomes over time. *Health Care Financing Review* 1993; 15: 173-202
- ²⁶¹ Iglehart JK. Medicaid and managed care. *N Engl J Med* 1995; 332: 121-127
- ²⁶² Goldman DP et al. The effects of benefit design and managed care on health care costs: *Journal of Health Economics* 1995; 14: 401-418
- ²⁶³ Robinson R. Us Evidence on Managed Care and Its Relevance for Europe. *Necesidad Sanitaria. Demanda y Utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud. Zaragoza: Asoc. de Economía de la Salud; 1999.*
- ²⁶⁴ Mowll ChA. Assessing the Effect of Increased Managed Care on Hospitals. *J Healthcare Manage* 1998; 43: 1.
- ²⁶⁵ Gaskin DJ. The Impact of Health Maintenance Organization Penetration on the Use of Hospitals That Serve Minority Communities. *Med Care* 1997; 35(12): 1190-1203.
- ²⁶⁶ Cutler DM, Sheiner L. Managed care and the growth of medical expenditures. In: A. M. Garber (ed) *Frontiers in health policy. Volume 1. National Bureau of Economic Research. Cambridge, Mass.*
- ²⁶⁷ Ley general de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril, BOE 29 Abr.
- ²⁶⁸ Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña. Ley 15/1990, de 9 de julio. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

- ²⁶⁹ Quadrado S. Huir de las ciudades. La Vanguardia 5 Jan 1998.
- ²⁷⁰ Gardó R. Els Béns de la Tresoreria General de la Seguretat Social transferits a la Generalitat de Catalunya: situació legal. Monografies 1997;59:127-41.
- ²⁷¹ Asenjo MA. Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1981.
- ²⁷² Asenjo MA, Lledo R, Trilla A. Quality of care and quality assessment in Spanish hospitals. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1994 Apr-Jun; 2(2):97-9.
- ²⁷³ Orden de 21 Nov 1981, regulando la acreditación de centros y servicios sanitarios asistenciales en Catalunya. DOGC 21 Dec 1981, 187 p.1792.
- ²⁷⁴ Orden de 25 Abr 1983, por la qual se regula la acreditación de centros y servicios asistenciales en Catalunya. DOGC 4 May 1983, 325 p.988.
- ²⁷⁵ Orden de 16 Aug 1988, por la que se crea la Comisión Asesora para la acreditación de centros hospitalarios de enfermos agudos. DOGC 31 Aug 1988, 1037 p.3423.
- ²⁷⁶ Orden de 10 Jul 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios. DOGC 7 Aug 1991, 1477 p.4308.
- ²⁷⁷ Orden de 6 Nov 1992, de modificación de la orden de 16 Aug 1988, por la que se crea la Comisión Asesora para la acreditación de centros hospitalarios de enfermos agudos. DOGC 30 Nov 1992, 1676 p.6885.
- ²⁷⁸ Decret 202/1985, de 15 Jul, de creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. DOGC 29 Jul 1985, 568 p.2545.
- ²⁷⁹ Rev del Consorci Hospitalari de Catalunya, 1998.
- ²⁸⁰ Consorci Sanitari de Mataró. Dia a Dia dels hospitals de Mataró. Abr 1998;1.
- ²⁸¹ Asenjo MA, Bohigas LI. Gestión Hospitalaria. Barcelona: Edit. Eurosystem SA 1987.
- ²⁸² Sector Hospitalari de Catalunya. Estudis sectorials de Qualitat. Generalitat de Catalunya. Centre Català de la Qualitat 1994.
- ²⁸³ Ordre de 28 Feb 1983, per la qual es modifica l'ordre de 20 Nov 1981, regulant l'acció concertada en matèria d'assistència sanitària a Catalunya. DOGC 16 Mar 1983, 312 p.625.
- ²⁸⁴ Ashton T. Contracting for health services in New Zealand: a transaction cost analysis. *Soc Sci Med* 1998;46(3):357-67.
- ²⁸⁵ Hernández RM. La medición del producto enfermero. *Enfermería Clínica*;5(3):111-8.
- ²⁸⁶ Dowless RM. Using Activity-Based Costing to Guide Strategic Decision Making. *Healthcare Financial Manage* Jun 1997:86-90.
- ²⁸⁷ Martin JJ, del Puerto M, Cabasés JM, Otero A. Metodología de financiación hospitalaria. Una aplicación para los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. *Gestión Hospitalaria* 1997;1:27-33.
- ²⁸⁸ Ordre de 30 Jun 1992, per la qual es regula la contractació de serveis sanitaris en règim de concert. DOGC 6 Jul 1992, 1615 p.4084.
- ²⁸⁹ La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1993-97. Fulls Econòmics. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social Jun 1999.

- ²⁹⁰ Bonal P. El reconocimiento académico de la medicina de familia por la universidad: una necesidad inaplazable [editorial]. *Aten Primaria* 1998;21(2):63-4.
- ²⁹¹ Anónimo. Un estudio "Delphi" analiza el perfil y las expectativas de los profesionales de AP. *JANO* 1999;LVI(1293):18-19.
- ²⁹² Juncosa S, Bolibar B. *Descripció, Comportament, Usos i Metodologia d'utilització d'un sistema per mesurar la casuística en la nostra Atenicó Primària: el Ambulatory Care Groups*. Fundació Salut, Empresa i Economia. Barcelona 1999.
- ²⁹³ Juncosa S, Bolibar B, Roset M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos en atención primaria. *Gac Sanit* 1999;13(1):53-61.
- ²⁹⁴ Anónimo. L'entramat dels trams de productivitat variable. *Metges de Catalunya* 1999;1:30.
- ²⁹⁵ 350 metges de capçalera assisteixen a la Jornada Col·legial sobre Atenció Primària. *Alternatives de futur. El metge de capçalera: Avui i Demà*. COMB 1997.
- ²⁹⁶ Loayssa JR, Indurai S, Extremera V, Agreda J, Peiró J, Extramiana E, Vilches C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. *Aten Primaria* 1997;20(1):34-40.
- ²⁹⁷ Gérvas J. Códigos y clasificaciones en medicina general/de familia [editorial]. *Aten Primaria* 1997;20(7):343-4.
- ²⁹⁸ Juncosa S, Bolibar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los 'ambulatory care groups (ACGs)'. *Gac Sanit* 1997;11:83-94.
- ²⁹⁹ Karr J, Fisher R. A Patient Classification System for Ambulatory Care. *Nurs Manage* 1997;28(9):27-8.
- ³⁰⁰ Juncosa S, Bolibar B, Roset M, Tomás R. Performance of an ambulatory casemix measurement system in primary care in Spain. *European J Public Health* 1999;9:27-35.
- ³⁰¹ Real Decreto 2768/1980 de 26 de septiembre sobre traspaso de servicios del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco, en materia de Sanidad, Servicios y asistencia sociales. BOE 311 de 27/12/1980
- ³⁰² Real Decreto 1995/1985 de 9 de octubre sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de Sanidad. BOE nº259 de 29/10/1985
- ³⁰³ Real Decreto 1713/1985 de 1 de agosto sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de Sanidad. BOE nº229 de 24/9/1985
- ³⁰⁴ Real Decreto 1885/1986 de 22 de agosto sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de Sanidad. BOE nº222 de 16/9/1986
- ³⁰⁵ Real Decreto 489/1986 de 21 de febrero sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de Sanidad. BOE nº60 de 11/3/1986

- ³⁰⁶ Real Decreto 1612/1987 de 27 de noviembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Valencia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº312 de 30/10/1987
- ³⁰⁷ Ortun V. Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España. Gac Sanit 1987;1(2):69-76.
- ³⁰⁸ El presupuesto de Sanidad para 1999 asciende a más de 4 billones de pesetas. JANO 1998;LV(1272):14.
- ³⁰⁹ Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G et al. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. Aten Primaria 1998;22(4):220-26.
- ³¹⁰ Catalá R, Ordozgoiti M, Moreno A. Planificación de recursos humanos en la Administración General del Estado:situación actual y líneas de futuro. GAPP 1997;(9):35-55.
- ³¹¹ Fernández C. Una tesis denuncia el freno a la formación continuada en Cataluña. Diario Medico 2 Abr 1997, 4.
- ³¹² Salleras LI, Via JM. Setting Targets for Health Policy: The Catalanian Approach. Lugano: Working Group on the Development of Subnational Policies for Health Who Regional Office for Europe Sep-Oct 1991.
- ³¹³ Què és el Pla de Salut?. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Barcelona, juny 1992.
- ³¹⁴ Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris de Catalunya. 4 Nov 1998;Vol 1.
- ³¹⁵ Catalunya, un model per a la sanitat pública. Dept. de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 1997.
- ³¹⁶ Els recursos econòmics del Departmanet de Sanitat i Seguretat Social 1993. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social Gen 1993.
- ³¹⁷ Servei Català de la Salut. Memòria anual 1993.
- ³¹⁸ Servei Català de la Salut. Memòria anual 1994.
- ³¹⁹ Servei Català de la Salut. Memòria anual 1995.
- ³²⁰ Servei Català de la Salut. Memòria anual 1996.
- ³²¹ Servei Català de la Salut. Memòria anual 1997.
- ³²² Servei Català de la Salut. Memòria anual 1998.
- ³²³ Ortún V. De presupuesto y prioridades. JANO 1999;LVI(1285):11.
- ³²⁴ Calle JE, Parra P, Saturno PJ, Aguinaga E, Beltrán R, Más A. ¿Cómo se produce el conjunto mínimo básico de datos en los hospitales?Análisis de los circuitos en ocho centros. Rev Calidad Asistencial 1998;13:152-9.
- ³²⁵ Secretaria Tècnica Sanitària de la UCH. Evolució dels paràmetres IRE i IRR període 1997-1999 en el conjunt de centres de la XHUP. Butlletí de la Unió Catalana d'Hospitals 1999;26:10-14.
- ³²⁶ Benito M. Los seguros gozan de buena salud. El País 19 Ene 1997.
- ³²⁷ Zulueta J. La salud es un negocio. El País 18 May 1997.
- ³²⁸ Benito M. Crece la competencia en la salud. El País 14 Feb 1999.
- ³²⁹ Servei d'informació col legial. Col legi Oficial de Metges de Barcelona 1994;64.

- ³³⁰ Servei d'informació col·legial. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 1997;81.
- ³³¹ Servei d'informació col·legial. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 1998;83.
- ³³² Malet A. Assegurança Lliure: El pacte amb el Col·legi de Madrid obre les portes a un nomenclàtor d'àmbit estatal. COMB. Informe Annual 1997, p.33.
- ³³³ Freire JM. La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit 1999;13(3):233-38.
- ³³⁴ Ibern P. Seguros Sanitarios colectivos y desgravación fiscal. Gac Sanit 1999;13(3):236-38.
- ³³⁵ Barnett JR, Barnett P, Kearns RA. Declining professional dominance?: Trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand. Soc Sci Med 1998;46(2):193-207.
- ³³⁶ Ortun V. La economía en Sanidad y medicina: instrumentos y litaciones. Barcelona. La Llar del Llibre 1990
- ³³⁷ Monset LI. La política de la salut més enllà del 2000. Annals de Medicina 1998;82:84-85.
- ³³⁸ Ortún V. 98% d'acord amb el "més enllà". I l'aquí?. Annals de Medicina 1998;82:86-87.
- ³³⁹ Tuà T. Per què més enllà del 2000, i no ara mateix?. Annals de Medicina 1998;82:88-89.
- ³⁴⁰ Vandergrift M, Kanavos P. Health policy versus industrial policy in the pharmaceutical sector: the case of Canada. Health Policy 1997;41:241-60.
- ³⁴¹ Pané O, Segú JLI, Via JM. Descripción y valoración de alternativas de cambio en los sistemas sanitarios basadas en la potenciación de la atención primaria de salud. Consorci Hospitalari de Catalunya, 1997.
- ³⁴² Keeley D. General practice fundholding and health care costs. BMJ 1997;315:139.
- ³⁴³ Gosden T, Torgerson DJ, Maynard A. What is to be done about fundholding?. BMJ 1997;315:170-1.
- ³⁴⁴ Alonso S. El Insalud inicia el camino para establecer la competencia regulada en primaria. Diario Medico 9 May 1997, 3.
- ³⁴⁵ Bundred P, Buchan I. Many questions about reform of health sector remain unanswered. BMJ 1997;315:952-953.
- ³⁴⁶ Robison J. From contracts to service agreements: what can be learned from total purchasing?. J Manage Medicine 1998;12(6):37-77.
- ³⁴⁷ Anónimo. Valores y expectativas de los profesionales de APS [editorial]. JANO 1999;LVI(1293):11.
- ³⁴⁸ López-Casasnovas G. Una guía de navegación para ordenar y clarificar el debate sanitario. Gac Sanit 1999;13(3):226-32.
- ³⁴⁹ Fried-Booth H. Cultivating managers of the future. J Manage Medicine 1997;11(5):312-7.
- ³⁵⁰ Iglehart JK. Physicians and The Growth of Managed care. N Engl J Med 1994;331(17):1167-71.
- ³⁵¹ Flynn K, McGlynn G, Young G. Transferring Managed Care Principles to VA. Hospital & Health Services Administration Fall 1997;42:3.
- ³⁵² Muir. Gestión Basada en la Evidencia. Churchill Livingstone. España, Madrid 1997.
- ³⁵³ Kizer KW. The "new VA": delivering health care value through integrated service networks. Ann Emerg Med 1997;30:6, 804-07.

- ³⁵⁴ Ibern P, Meneu R. Managed Care y gestión de la utilización. En: Del Llano J, Ortun V, Martin JM, Gené J. Masson Barcelona 1994:219-39.
- ³⁵⁵ Sandifer QD. Managing care. J Public Health Med 1997;19(3):301-06.
- ³⁵⁶ Mossialos E, Kanavos P, Abel-Smith B. Will Managed Care Work in Europe?. Pharmacoeconomics 1997;11(4):297-305.
- ³⁵⁷ Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. BMJ 1997;314:1823-26.
- ³⁵⁸ Lebel L. L'approche Managed Care. Conseillère Direction programmes et recherche. Association des hôpitaux du Québec. 1996.
- ³⁵⁹ March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gac Sanit 1999;13(4):312-319.
- ³⁶⁰ Murray MD, Deardorff FW. Does Managed Care Fuel Pharmaceutical Industry Growth?. Pharmacoeconomics 1998;14(4):341-8.
- ³⁶¹ Asenjo MA, Bohigas LI, Trilla A, Prat A. Gestión diaria del hospital. Editorial Masson, S.A. Barcelona 1998.
- ³⁶² Asenjo MA. Las Claves de la Gestión hospitalaria. Barcelona, Editorial Gestión 2000. Barcelona 1999.