

Redes de Atención Primaria en Cataluña. Análisis de estructura y proceso

L. J. Martí / V. Grenzner
MEASUREMENTS IN HEALTH.

Correspondencia: V. Grenzner. Gran Vía, 529, 6-4. 08011 Barcelona. 9750vgf@comb.es

Recibido: 9 de marzo de 2000
Aceptado: 8 de septiembre de 2000

(Primary Care networks in Catalonia. Structure and process analysis)

El proceso de reforma de la atención primaria de salud (RAP) y la descentralización de la provisión de servicios han originado una transformación en la estructura de la AP en Cataluña. Dicha transformación ha estado encaminada a mejorar la accesibilidad y a promover la continuidad en la atención por parte del médico de familia así como a adoptar medidas que incluyan la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria.

El objetivo principal del presente trabajo es describir y analizar la estructura y el proceso de la atención primaria y constatar las diferencias entre la red reformada (RR) y la tradicional (RT).

Se ha realizado un estudio transversal que incluye la totalidad de la RR y RT del ámbito del Institut Català de la Salut (ICS) durante el ejercicio de 1996.

El ICS es la entidad gestora de la Seguridad Social en Cataluña y principal grupo proveedor de servicios de atención primaria, cubre el 93% de la población y gestiona la totalidad de la RT así como 183 equipos de atención primaria (EAP) de los 203 reformados en 1996. En ese año la RAP cubría al 53,5% de la población atendida por el ICS.

Se ha cuantificado la estructura (costes directos e indirectos) y el proceso de ambas redes (visitas asistenciales: medicina general, pediatría, odontología, enfermería y asistencia social). Las principales fuentes de información han sido las estadísticas del ICS y del SCS recogidas en sus respectivas memorias y el «Coste de las Unidades Productivas del ICS»¹⁻³.

El gasto de farmacia ha sido recopilado en el ámbito de Dirección de Atención Primaria en la RT y en el ámbito de EAP en la RR. Los costes de laboratorio y radiología se han calculado uniformemente mediante un precio medio extraído de agrupar los costes de personal y suministros de todas las unidades productivas que realizan pruebas de laboratorio y radiología pertenecientes al ICS. El precio medio por solicitud de

exploración radiológica ha sido de 2.473 pesetas y por solicitud de laboratorio de 2.382 pesetas.

Las derivaciones a especialidades se han cuantificado de forma diferenciada. Se han ponderado las derivaciones según su destino: consulta externa hospitalaria (23,8%) o consulta a centro de especialidades extrahospitalarias (CAP-II) (76,2%)⁴. El precio de las consultas realizadas en el CAP-II incluye los costes directos y los costes de pruebas complementarias (radiología y laboratorio) cuyo precio medio ha sido de 3.079 pesetas. En cuanto a las consultas hospitalarias, se ha estimado un precio medio a partir de los precios fijados por cada hospital de la Red de Hospitales de Utilización Pública de Cataluña (XHUP) para consultas externas, siendo su precio medio de 10.221 pesetas.

En la tabla 1 se presentan los costes directos (salarios y suministros) y los costes indirectos (farmacia, laboratorio básico, radiología y derivaciones a especialistas) de la RR y RT donde quedan claramente reflejadas las diferencias en las estructuras de costes entre ambas redes.

Si agrupamos los costes directos, éstos representan un 40,1% en la RR y tan sólo un 20,7% en la RT, manifestando una apuesta de la RAP a la actividad propia del EAP. Esta particularidad condiciona la dimensión de los costes indirectos (59,9% vs 79,3%). El gasto en farmacia en la RT (58,9%) se eleva 6 puntos porcentuales por encima del que representa en la RR (52,9%). En el mismo sentido se observan diferencias en el gasto de radiología y derivaciones.

Así pues, los costes totales de la RR del ICS son de 98,8 mil millones, mientras que los costes de la RT ascienden a 114,4 mil millones, totalizando 213,3 mil millones de pesetas, lo que supone aproximadamente un 37% del presupuesto consolidado SCS/ICS de 1996, teniendo siempre en cuenta que agregamos a los costes directos, los costes indirectos de la AP expresados anteriormente. Todo ello supone un coste total por habitante de 32.604 ptas. en la RR y de 39.757 en la RT.

Tabla 1. Estructura y Proceso de la Red Reformada y Tradicional de Atención Primaria de Cataluña (1996)

		RR	%	RT	%	Total
ESTRUCTURA (Pesetas)	Costes directos					
	Salarios	36.020	36,4	19.893	19,0	55.913
	Suministros	3.642	3,7	1.825	1,7	5.467
	Costes indirectos					
	Farmacia	52.262	52,9	61.735	58,9	113.998
	Laboratorio	2.224	2,3	2.004	1,9	4.229
	Radiología	793	0,8	2.170	2,1	2.963
	Derivaciones	3.916	4,0	17.174	16,4	21.091
	Costes totales	98.858	100,0	104.801	100,0	203.659
PROCESO (Visitas)	Común					
	Medicina General	9.828.634		12.357.459		22.186.093
	Pediatría	2.205.331		813.822		3.019.153
	Domiciliaria	397.580		279.425		677.005
	Actividad Común	12.431.545	48,0	13.450.706	52,0	25.882.251
	No común					
	Odontología	449.461				
	Enfermería Medicina General	6.368.619				
	Enfermería Pediatría	974.188				
	Asistencia Social	83.985				
	Actividad No Común	7.876.253				
Actividad total	20.307.798	60,2	13.450.706	39,8	33.758.504	

Fuente: ICS. Elaboración: propia.

Datos de estructura en millones de pesetas y datos de proceso en visitas.

RR: Red Reformada; RT: Red Tradicional.

Común: Actividad comparable entre RR y RT. No común: Actividad específica de la RR.

Por lo que se refiere a la actividad asistencial (tabla 1), se observa menor volumen de visitas médicas en la RR, que representan el 48% de las visitas médicas totales (actividad común). Por otro lado, es importante remarcar que la RR aporta un valor añadido mediante una mayor oferta de servicios a expensas principalmente de visitas de enfermería (que en el caso de la RT no constituyen una actividad autónoma, si no de soporte a las visitas médicas), lo que supone que cuando se computa el total de la actividad asistencial de la RR, ésta pasa a representar un 60% de la actividad global de la AP del ICS.

Los datos expuestos manifiestan una estructura y proceso diferencial entre redes, atribuible a la concepción de la RAP⁵. La RAP está aportando a la población importantes valores añadidos que se concretan de forma muy evidente en la actividad asistencial, en la prescripción farmacéutica y en la integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud, propiciados por un incremento en la importancia de los costes propios de la actividad (costes directos).

En términos de gasto farmacéutico por habitante, la diferencia alcanza las 6.183 pesetas por habitante y año (RR = 17.236; RT = 23.419). Este hecho coincide con otros estudios recientes sobre la prescripción

farmacéutica en Cataluña y pone de manifiesto un comportamiento más coste-consciente en la RR. También se debe considerar que dichas diferencias suponen un coste de oportunidad a tener en cuenta en la progresión del proceso de reforma.

La comparación de la actividad común entre las redes aporta muy poca información. Esto se debe al importante incremento de la actividad de enfermería experimentado en la RR así como a la aparición del trabajo social y la odontología preventiva. La enfermería ha visto reforzado su papel en el EAP lo que ha supuesto un aumento de las prestaciones de atención domiciliaria, promoción de la salud, educación sanitaria y atención directa a los pacientes.

Deben considerarse las limitaciones de la validez de las fuentes de información (particularmente las de actividad), el factor de confusión que introducen los EAP con personal no integrado y la ausencia de información global sobre población demandante a la hora de interpretar los resultados.

Por otro lado, sería de interés profundizar en el impacto de los cambios estructurales promovidos por la RAP en el proceso asistencial y los resultados de salud y calidad, mediante análisis comparativo de series temporales.

Agradecimientos

La presente nota se basa en los resultados obtenidos en la primera parte de la tesina del Master en Economía de la

Salud y Gestión Sanitaria (Universidad Pompeu Fabra y Universidad de Barcelona) «Redes y Modelos de Atención Primaria en Cataluña». Agradecemos la revisión y comentarios del Dr. Jaume Puig y del Dr. Vicente Ortún.

Bibliografía

1. Institut Català de la Salut. Anuari 1996. Barcelona: ICS, 1997.
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Memòria del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1996. Barcelona: DSSS, 1997.
3. Unitat Econòmic-administrativa. Institut Català de la Salut.

4. Cost de les unitats productives de l'Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària. Exercici 1996. Barcelona: ICS, 1997.
 4. Fernández F. J. Reordenació de l'Atenció Especialitzada Extrahospitalària. Simulació d'un escenari de costos. Barcelona: SCS, 1996.
 5. Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. DOGC núm. 527, 10-
-