Madrid, I Jornada Nacional de Gestión Sanitaria

16/02/2013

Modelos de gestión privada de la sanidad pública. Experiencia en Europa y en España.

Experiencia en España: Comunidad Valenciana.

Salvador Peiró

Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP, FISABIO), València

1

El modelo sanitario de la Comunidad Valenciana

Algunos de los rasgos característicos del "modelo" sanitario de la CV incluyen …

- **Descentralización en 24 Departamentos** de salud bajo esquemas de **financiación capitativa** (teóricos en el caso de los Dept. de Gestión Directa).
- **Gestión integrada de la atención sanitaria** (especializada, primaria, mental, etc.) en los Departamentos, guiados por planes (**dirección por objetivos**) y operativizados mediante "**contratos de gestión**".
- Resolución de los flujos de pacientes entre Departamentos mediante **facturación interdepartamental por "procesos"** (u otros "numerarios" de pago).
- Cronificación de la **infrafinanciación** del Estado (al menos respecto a la mayoría de las CCAA).
- Amplio recurso a los **modelos PPP** para la gestión de la atención sanitaria.

La estructura departamental: recursos

- Todos los Departamentos cuentan con un hospital de referencia (+4 complementarios) y uno o más centros de especialidades.
  - **5 Departamentos gestionados bajo modelo concesión**
  - **1 Departamento gestionado por un Consorcio** Generalitat-Diputación
- 6 Hospitales de crónicos y larga estancia (interdepartamentales)
- 245 centros de salud + 620 consultorios locales.
- >800 unidades apoyo

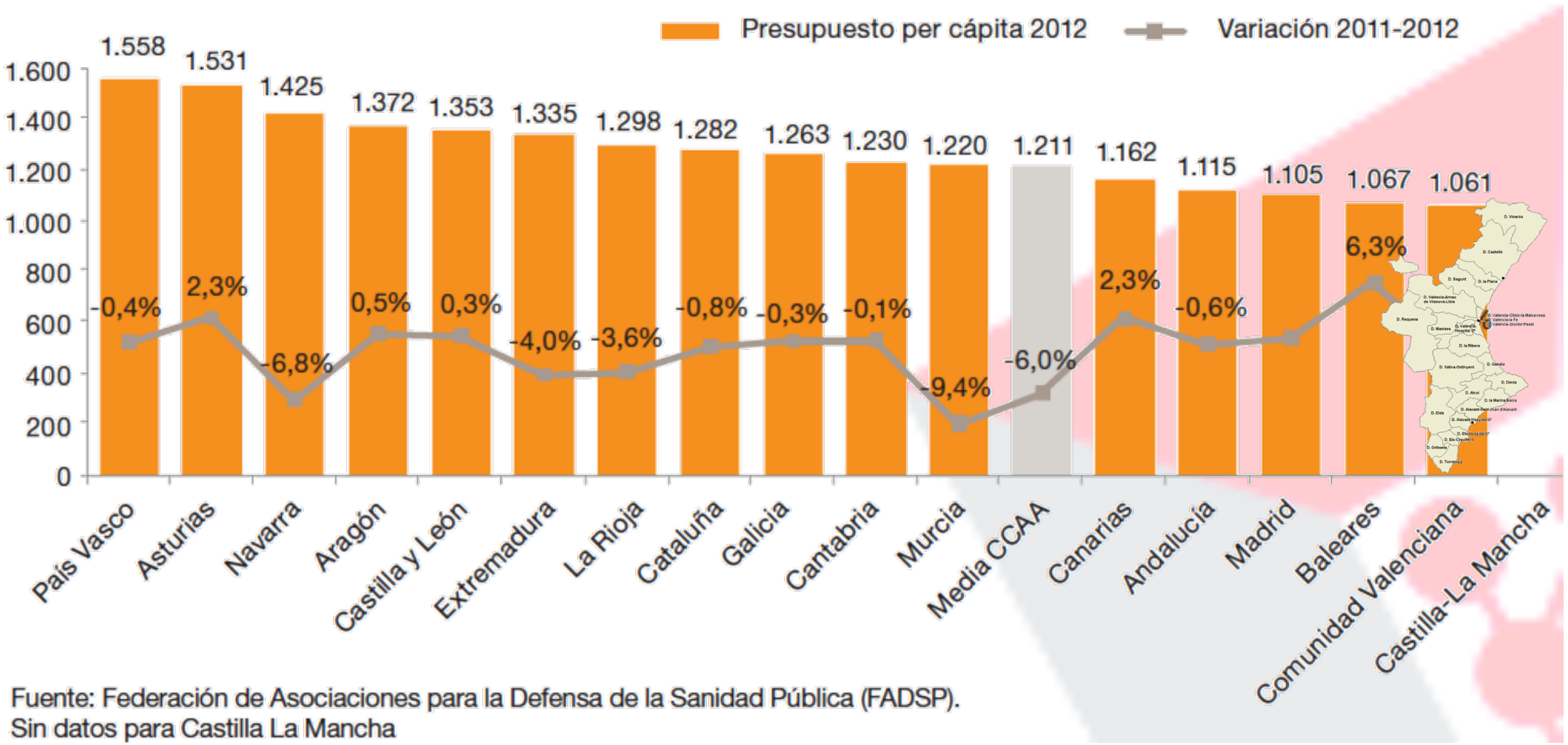
Población y recursos humanos

- ≈ 5.000.000 de habitantes
  - **930.000 gestión concesiones (19%)**
  - **370.000 gestión consorcio (7%)**
- ≈ 61.000 trabajadores
  - 36.500 en hospitalaria y especializada
  - 13.000 en Atención Primaria
  - 1.200 en Salud Pública
  - 1.400 en servicios centrales
  - **8.700 en concesiones y consorcios (14%).**

- OJO!! NO ESTÁ CONTABILIZADO EL PERSONAL DE SERVICIOS EXTERNALIZADOS.

El presupuesto y el gasto ...

Presupuesto sanitario total per cápita (euros). 2012



Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).
Sin datos para Castilla La Mancha

Y aquí pensaba poner una serie de estadísticas comparativas de actividad y calidad por CCAA …

- Pero se lo ahorro.
- En general estas estadísticas muestran -con alguna excepción, como la utilización de TAC y RMN, también a cargo de una concesión transversal- una posición intermedia de la Comunidad Valenciana.
- Como norma, el valor de un indicador de rendimiento de la Comunidad Valenciana es casi igual a la media del SNS (con CCAA por encima y abajo).

2

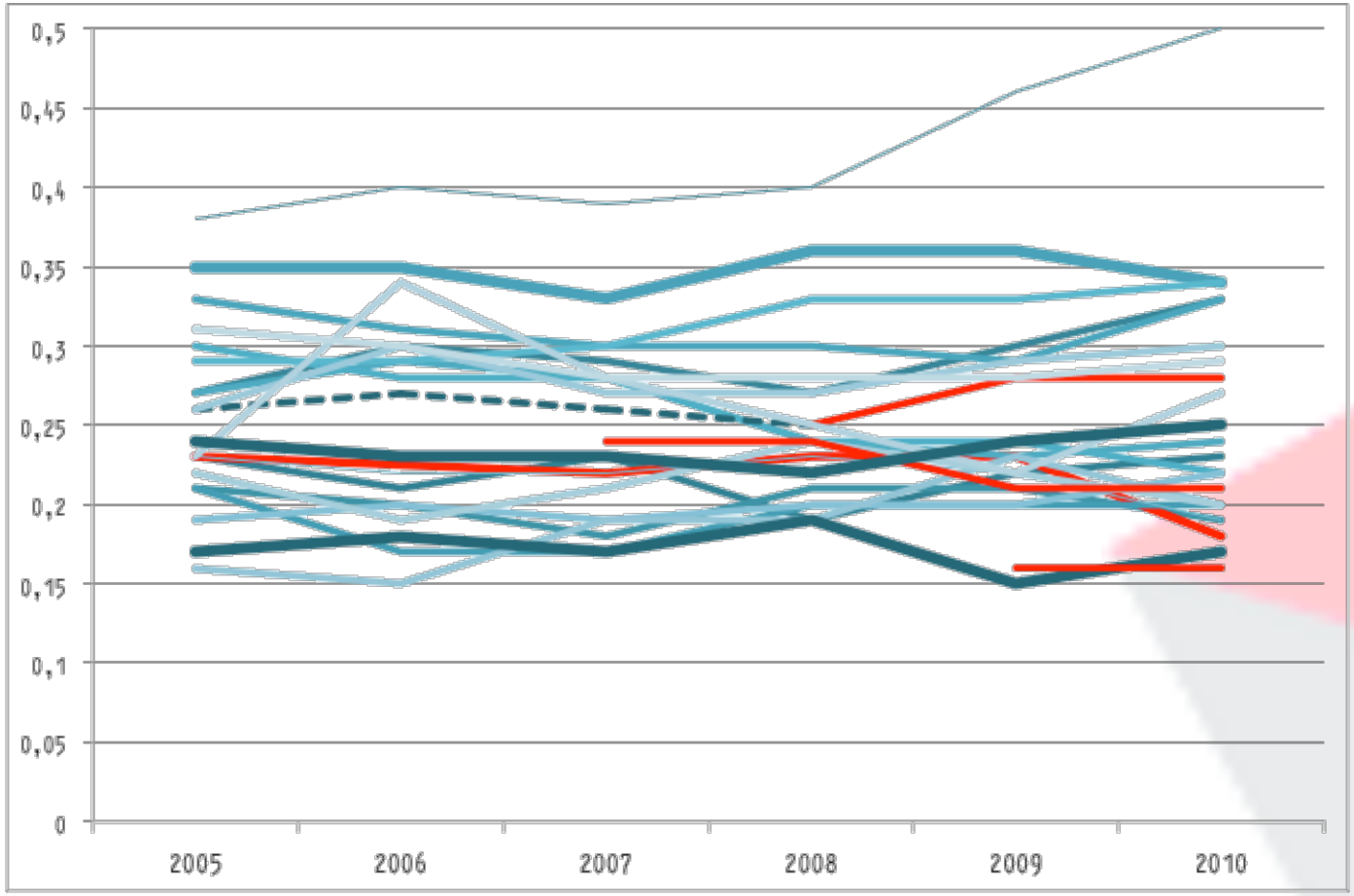
La gestión directa, indirecta por concesiones. ¿qué sabemos?

Poco ...

- La AGENCIA VALENCIANA DE SALUD no publica información comparativa de sus Departamentos, sean concesiones o de gestión directa.
- El último informe de "indicadores de gestión" disponible en la web es el de 2004 (sólo información agregada).

Veamos alguna cosa con datos procedentes de proyectos de investigación (cesáreas)

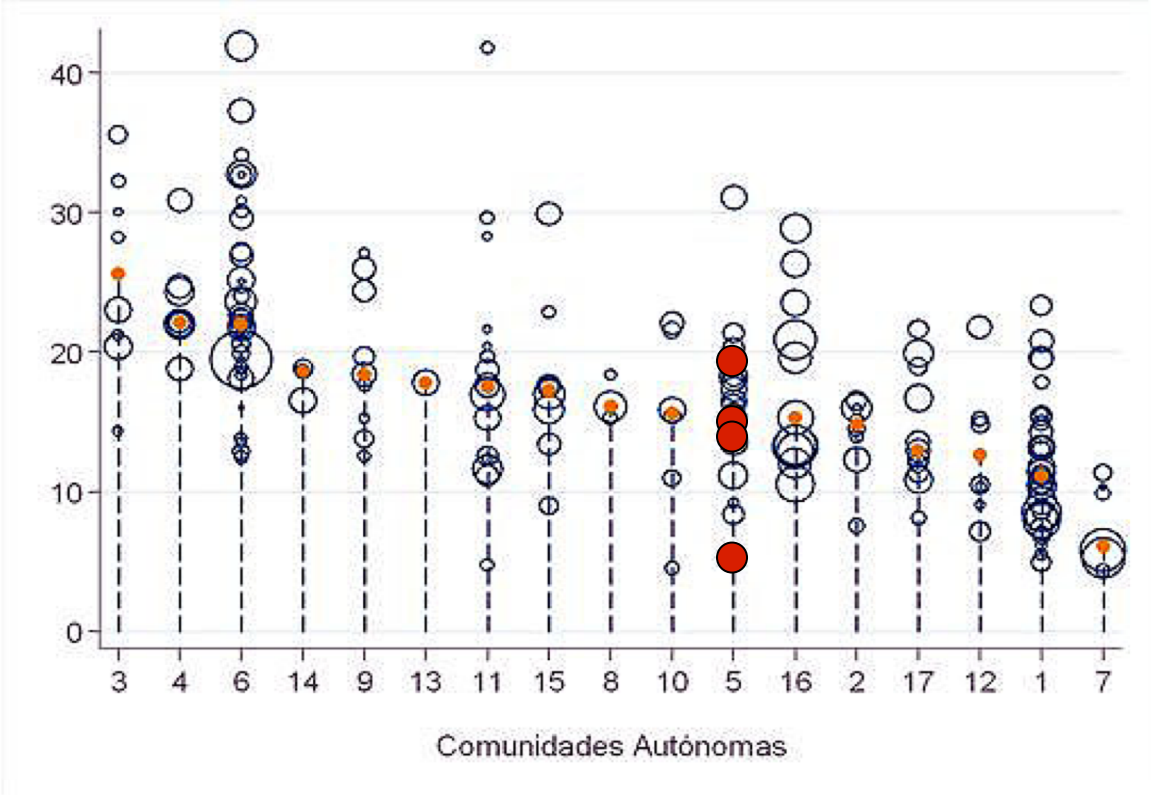
Tasa de cesáreas 2005-2010 en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud

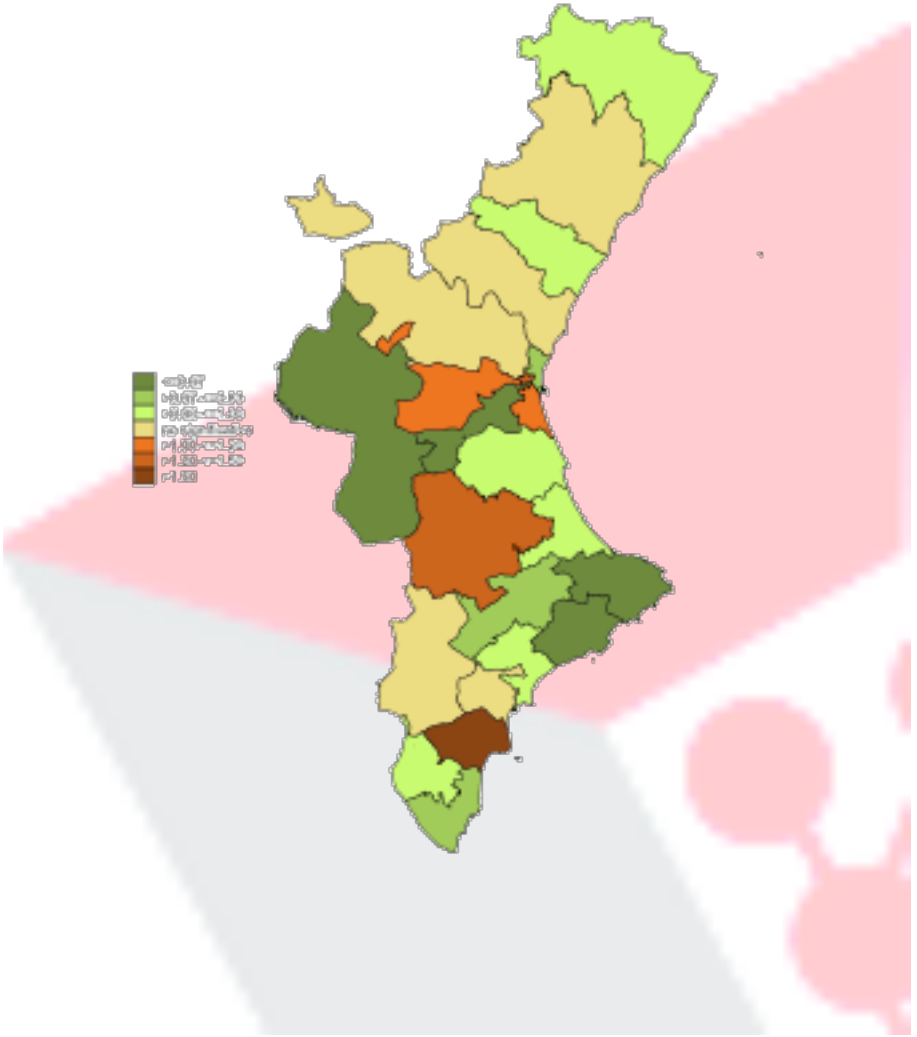


- Hospitales de gestión pública directa (azul) y mediante concesiones administrativas (rojo).

Veamos alguna cosa con datos procedentes de proyectos de investigación (HPE: EPOC)

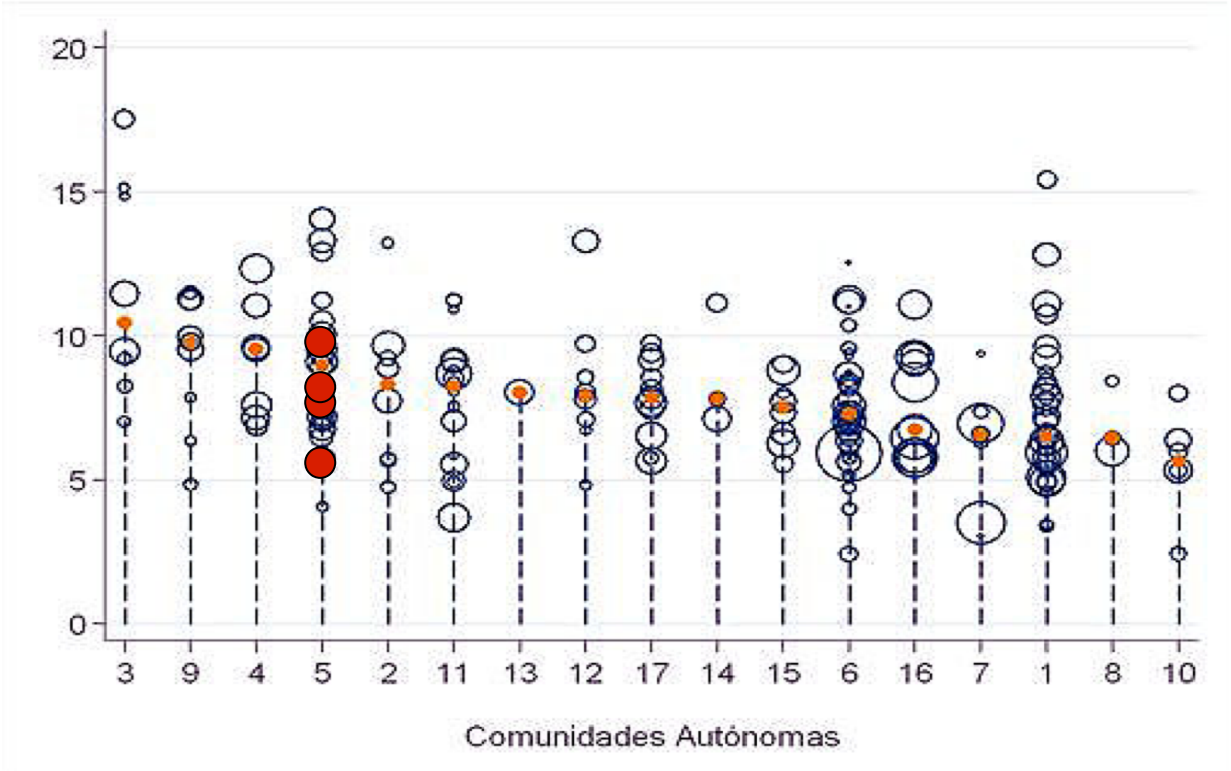
Tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por EPOC (2008-2009). Tasas estandarizadas por 10.000 hab.

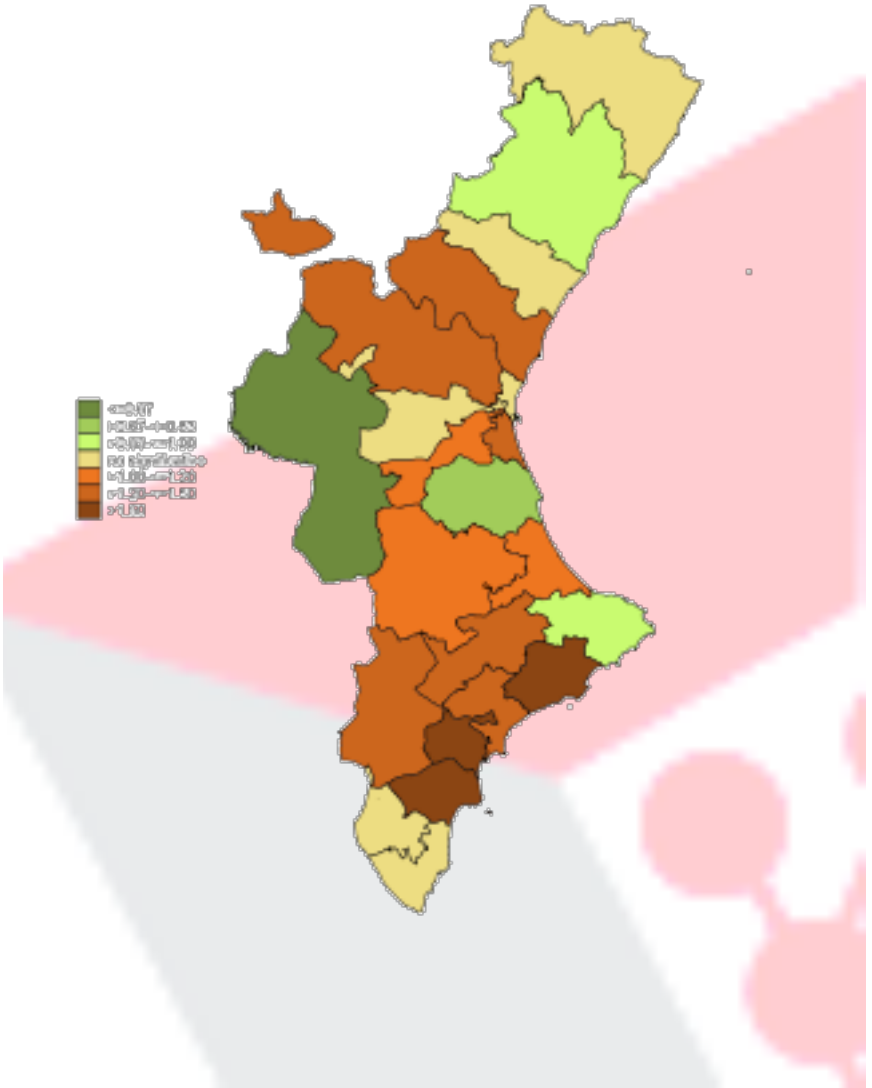




Veamos alguna cosa con datos procedentes de proyectos de investigación (HPE: ICC)

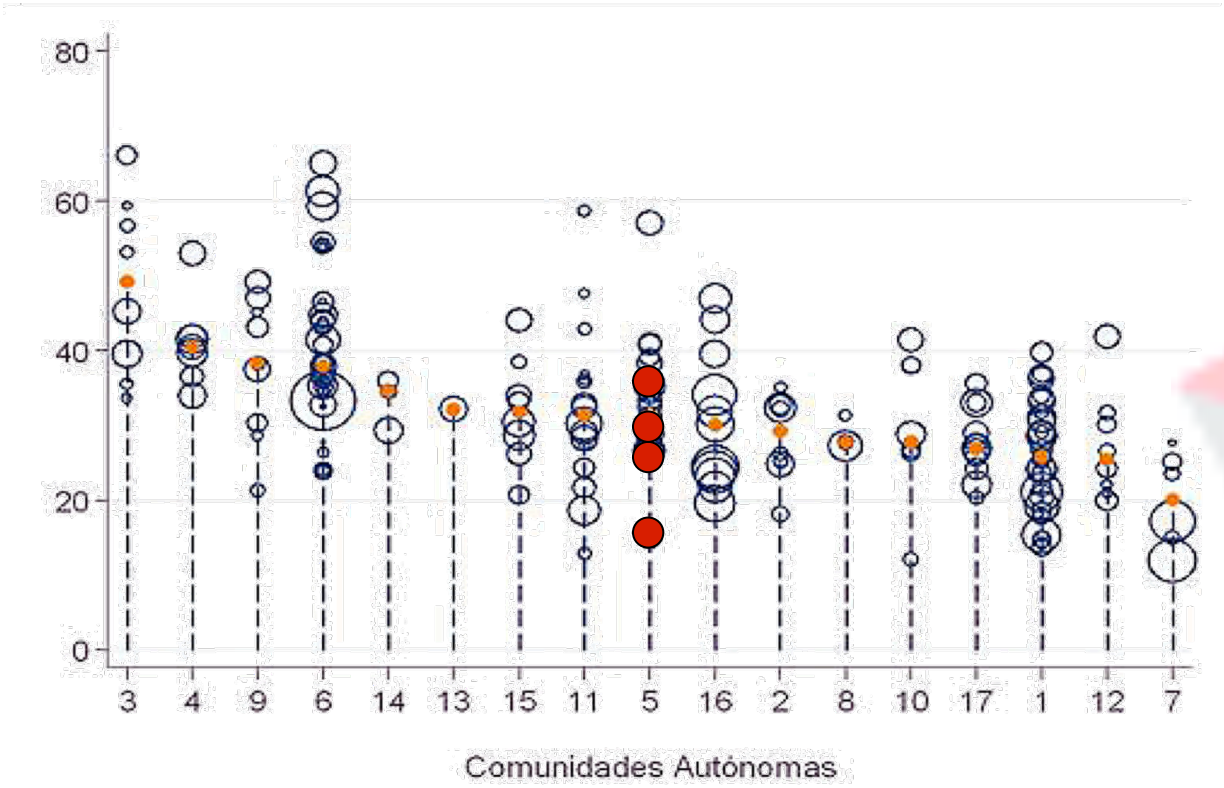
Tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables por ICC (2008-2009). Tasas estandarizadas por 10.000 hab.



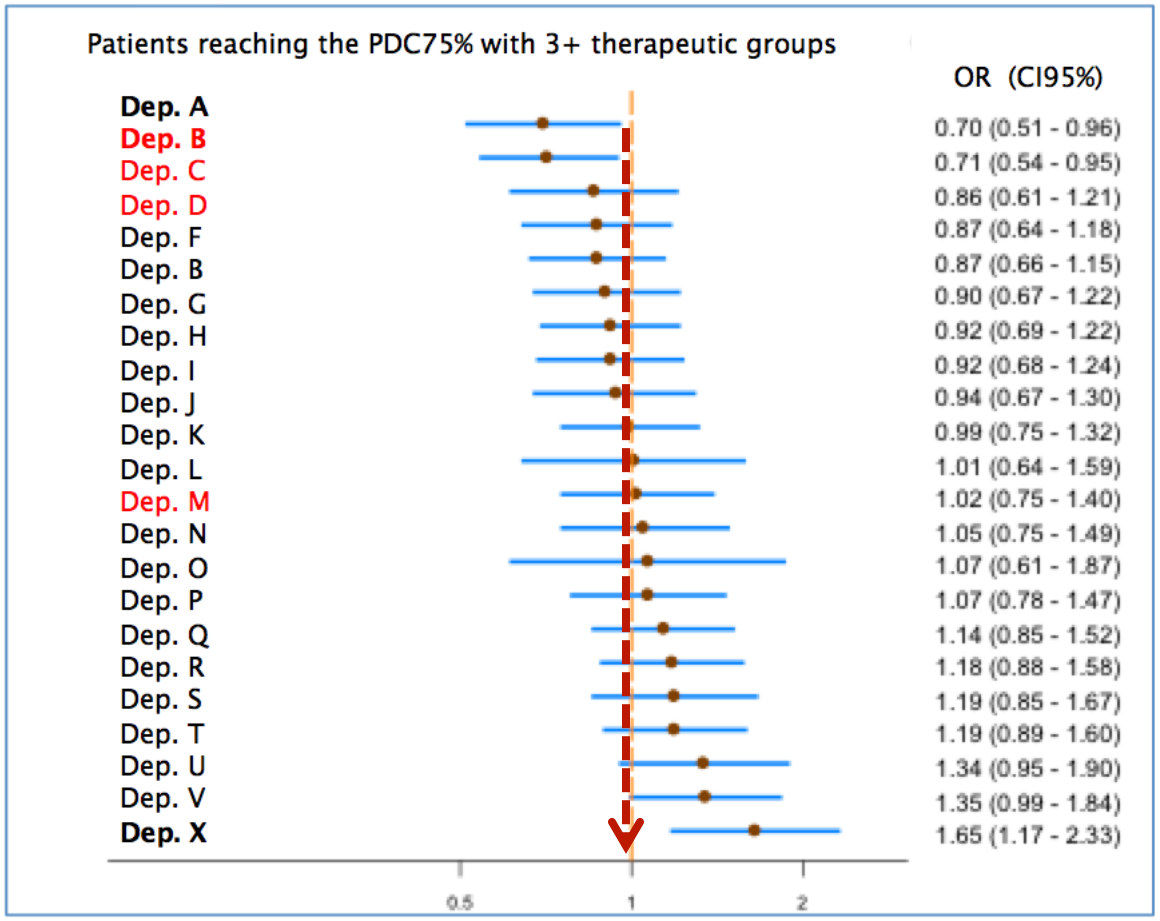


Veamos alguna cosa con datos procedentes de proyectos de investigación (HPE: Todas)

Tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables (2008-2009). Tasas estandarizadas por 10.000 hab.



Veamos alguna cosa con datos procedentes de proyectos de investigación (Prev 2ª CI)



Porcentaje de pacientes (tras alta por IAM) con el 75% de cumplimiento en al menos 3 medicamentos índice (Antiagregantes, betabloqueantes, IECA/ARA-II y Estatinas). Comunidad Valenciana 2008.

3

La eficiencia de la gestión pública indirecta por concesiones: costes, presupuesto, gasto, fijos, variables,

El gasto (W) es una función de la cantidad de servicios prestados (Q) por el coste medio (≈ P) de cada servicio.

- Dado que W=P*Q, la P importa (y tanto!!), pero Q (≈recursos disponibles * productividad de tales recursos) suele ser el determinante más importante del gasto sanitario
- Los costes salariales y los precios de los medicamentos (60% del gasto sanitario) son menos variables que las cantidades de servicios prestados.
- P y Q no son independientes. Cuando se estima P como una función de W y Q (**P=W/Q**), P tiende a decrecer conforme aumenta Q, sugiriendo mayor eficiencia (menores costes unitarios por proceso) aun a expensas de un mayor gasto total (por el incremento de Q).
- La pendiente del descenso será muy sensible a la proporción de costes fijos, mientras que el aumento del gasto total será sensible a la proporción de variables.

El coste unitario por proceso es inadecuado para valorar la eficiencia de las organizaciones de base poblacional

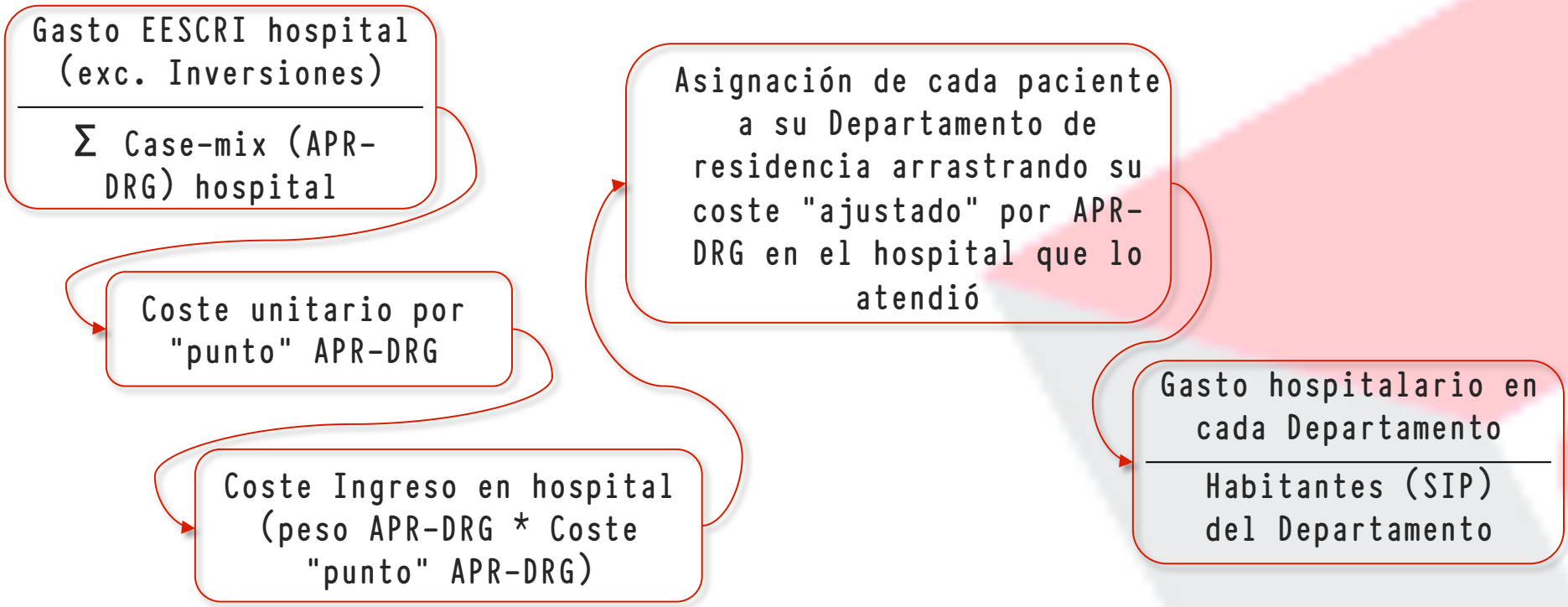
- La confusión entre **coste unitario del ingreso hospitalario** y **gasto por habitante**, y el olvido de que el coste por ingreso está en función del volumen de ingresos, ha generado un gran desconcierto en la valoración de la eficiencia de las concesiones (desde la perspectiva del financiador).
- Cuando se dice que el coste por unidad de producto es un 27% más bajo, no se está hablando de un posible ahorro del 27% en el gasto. De hecho el gasto hasta podría subir si esta reducción del coste por proceso se hace a expensas de aumentar el número de procesos.

Indicadores de eficiencia económica						
Coste de producción ajustado por línea de producto (€)	3.142	2.301	-26,8%	0,000	*	29,9%

- La variable relevante para el financiador público que utiliza la cápita como numerario de pago no es el coste por proceso (P), sino el gasto por habitante (W, esto es, P*Q).

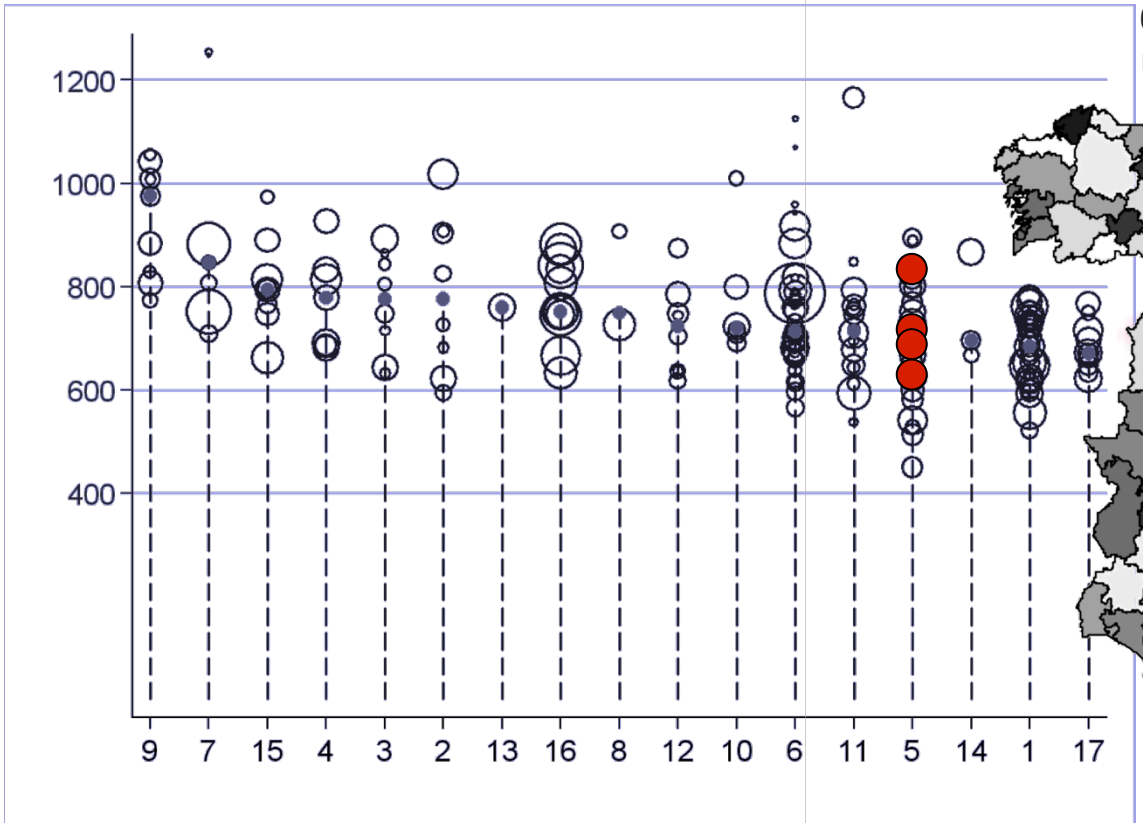
El gasto hospitalario por habitante en los Departamentos de la CV (2009)

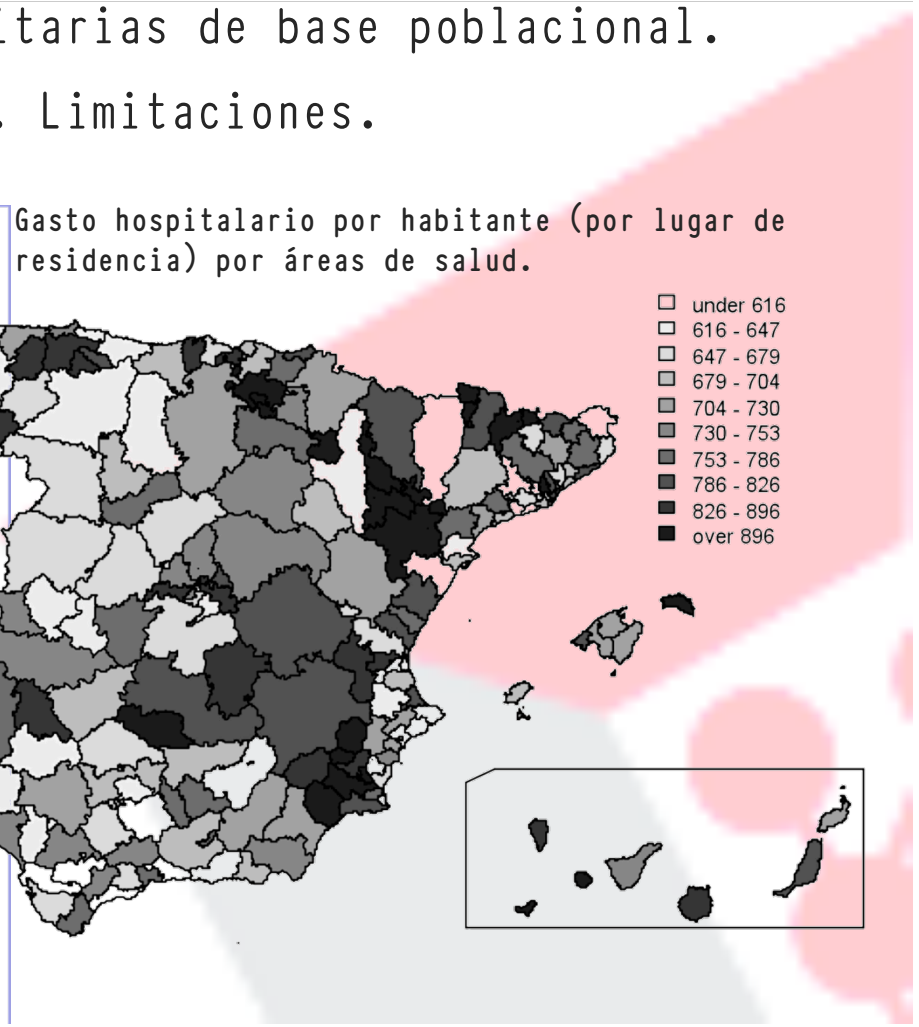
- Una posible aproximación al gasto hospitalario por habitante puede realizarse a partir de la contabilidad (general) declarada en la EESCRI por los hospitales públicos y privados, el CMBD y la perspectiva poblacional (proyecto "Atlas VPM-SNS)



El gasto hospitalario por habitante en los Departamentos de la CV (2009)

- Obtención de un "gasto hospitalario por habitante" (haya utilizado o no los servicios sanitarios, en su Departamento o en otro) más orientativo de la eficiencia de las organizaciones sanitarias de base poblacional.
- Ventajas: Control del terciarismo y flujos. Limitaciones.





4

El dinero sigue al paciente … (a veces, incluso va por delante)

Los flujos de pacientes entre Departamentos …

- Los modelos de financiación capitativa pueden resolver la financiación de los flujos de pacientes entre Departamentos de diversas formas. En la CV se realiza una facturación entre-departamentos. Las concesiones "pagan" el 100% del "precio" de sus habitantes atendidos en otros Departamentos y "cobran" el 80% de ese precio cuando atienden pacientes de otros Departamentos: "el dinero sigue al paciente"
- Para que esta fórmula produzca "ahorros" de forma real el dinero que sigue al paciente debería traducirse en una reducción de costes en el Departamento de origen (un aspecto que sólo es real para los variables, pero no para los fijos).
  - El resultado es que estos pacientes se financian casi 2 veces: capitativamente en el Departamento de origen (sólo los fijos: ≈80%) y por proceso en el Departamento de la concesión (80% del precio).

Los flujos de pacientes entre Departamentos ...

HOSP_	TOTAL	DEP	DEP	DEP	DEP	DEP	DEP	DEP	D_C	DEP	DEP	DEP	D_C	DEP	DEP	D_C	DEP	DEP	DEP	DEP	DEP	D_C	DEP	D_C
TOTAL	500910	7693	25713	18061	16823	33104	27293	21373	15912	31372	32909	5300	29742	21482	18931	16771	14604	15623	22168	28466	22449	30141	20662	24318
HOSP	6297	6163	88	6	6	7	3	4	3	4	3	-	3	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4
HOSP	22738	662	19892	1818	106	40	25	38	15	41	39	-	11	14	4	5	3	3	5	7	4	4	-	2
HOSP	6422	375	3762	2176	41	9	6	12	6	10	9	1	8	-	-	3	2	1	-	1	-	-	-	-
HOSP	13604	16	595	12779	75	31	23	9	5	21	27	1	12	-	2	-	2	-	3	1	1	-	-	1
HOSP	13787	10	31	99	13001	172	104	65	18	92	110	6	19	10	7	8	3	3	3	5	13	3	2	3
HOSP	31027	82	250	240	1565	22070	609	834	294	861	1321	70	413	184	1392	455	113	46	34	34	62	55	29	14
HOSP	8872	1	19	9	367		397	151	48	172	1199	11	29	27	703	45	10	-	2	1	4	4	2	-
HOSP	15884	1	6	16	46	215	14179	248	463	324	253	12	31	22	16	25	10	3	2	-	4	6	-	2
HOSP	56963	294	867	747	1194	2955	10543	18702	6568	4087	3930	407	1657	1340	854	497	391	273	166	149	385	467	296	194
H_C	6318	1	4	10	24	56	90	57	5751	183	88	12	12	9	7	3	2	-	3	1	-	2	1	2
HOSP	31689	20	66	40	158	686	499	651	2264	23459	1437	621	187	736	139	99	415	107	30	30	15	17	5	8
HOSP	28540	46	40	82	162	750	535	348	256	1529	23845	77	291	201	198	63	70	10	6	1	16	9	1	4
HOSP	4378	-	1	1	1	40	36	43	91	75	44	4030	5	3	1	2	1	2	-	-	1	-	1	-
H_C	31507	4	25	24	48	201	120	96	63	293	383	32	26739	1166	1032	882	328	6	18	13	13	13	5	3
HOSP	3992	-	2	-	-	13	6	5	3	8	10	4	8	3856	14	5	42	3	1	3	5	2	-	2
HOSP	14256	-	8	3	8	46	33	21	12	47	68	6	161	13700	83	8	17	5	6	7	4	7	5	1
HOSP	14762	2	12	-	4	26	21	20	8	41	40	-	94	67	14281	101	19	7	4	6	3	4	1	1
H_C	14413	-	3	-	3	34	6	14	7	32	32	1	14	12	103	14050	10	41	9	25	8	2	4	3
HOSP	12632	1	2	-	1	15	8	6	4	12	15	1	12	58	36	29	12289	15	46	34	33	5	5	5
HOSP	13825	1	3	2	1	10	15	13	6	17	6	1	6	6	5	69	20	13424	70	86	20	25	9	10
HOSP	21164	4	7	2	9	12	10	11	6	9	11	-	7	10	8	106	131	365	17038	2122	374	401	399	122
HOSP	39501	1	12	2	3	24	12	11	11	26	17	4	13	28	24	277	619	1229	4400	25525	3499	2086	900	778
HOSP	18025	1	4	1	-	5	5	6	1	9	10	2	5	11	5	2	42	14	65	76	17676	58	10	17
HOSP	27124	-	5	3	-	5	3	2	4	5	5	-	2	3	6	14	29	23	118	164	214	25700	612	207
HOSP	19919	4	5	-	-	6	1	2	3	8	5	-	-	5	3	12	24	16	51	63	18	195	17227	2271
H_C	23271	4	4	1	-	5	4	4	2	7	2	1	3	12	8	11	12	27	88	112	76	1076	1148	20664

Los flujos de pacientes entre Departamentos … (un poco más grande)

500910	7693	25713	18061	16823	33104	27293	21373	15912	31372	32909	5300	29742	21482	18931	16771	14604
6297	6163	88	6	6	7	3	4	3	4	3	-	3	2	-	-	-
22738	662	19892	1818	106	40	25	38	15	41	39	-	11	14	4	5	3
6422	375	3762	2176	41	9	6	12	6	10	9	1	8	-	-	3	2
13604	16	595	12779	75	31	23	9	5	21	27	1	12	-	2	-	2
13787	10	31	99	13001	172	104	65	18	92	110	6	19	10	7	8	3
31027	82	250	240	1565	22070	609	834	294	861	1321	70	413	184	1392	455	113
8872	1	19	9	367		397	151	48	172	1199	11	29	27	703	45	10
15884	1	6	16	46	215	14179	248	463	324	253	12	31	22	16	25	10
56963	294	867	747	1194	2955	10543	18702	6568	4087	3930	407	1657	1340	854	497	391
6318	1	4	10	24	56	90	57	5751	183	88	12	12	9	7	3	2
31689	20	66	40	158	686	499	651	2264	23459	1437	621	187	736	139	99	415
28540	46	40	82	162	750	535	348	256	1529	23845	77	291	201	198	63	70
4378	-	1	1	1	40	36	43	91	75	44	4030	5	3	1	2	1
31507	4	25	24	48	201	120	96	63	293	383	32	26739	1166	1032	882	328
3992	-	2	-	-	13	6	5	3	8	10	4	8	3856	14	5	42
14256	-	8	3	8	46	33	21	12	47	68	6	161	13700	83	8	17

Los flujos de pacientes entre Departamentos ...

- La regla de los costes y fijos y variables funciona también a la inversa: El Departamento que recibe los flujos de pacientes de otros Departamentos los atiende fundamentalmente con sus "fijos" y sus costes adicionales se limitan a los variables (no el 80% del precio, sino aproximadamente en torno a un 15-20%).
  - El resultado es que -en la práctica- la máxima de "el dinero sigue al paciente" produce una sobrefinanciación de los Departamentos con saldo de flujos positivo (servidos por concesiones y hospitales terciarios) y apenas reduce costes en los Departamentos con saldos negativos.

En resumen...

En resumen ...

- Ni la atención sanitaria de la Comunidad Valenciana es tan rara como se dice ... más bien, y con alguna excepción, en la media.
- Ni la gestión privada de hospitales públicos garantiza una mayor eficiencia (ni determina una peor calidad)...
- Ni la gestión pública directa garantiza una mayor calidad (ni determina una peor eficiencia) ...

En resumen ...

- No parece importar tanto el "modelo" de gestión en abstracto, como cómo se gestiona (existiendo enormes variaciones dentro de cada tipo de modelo)
- Probablemente, para que los modelos PPP funcionen en interés general se requiere una autoridad pública honesta, transparencia, contratos bien diseñados, con transferencia real de riesgos (a la gestión privada y a la pública) y que reduzcan el fenómeno de "secuestro del regulador" ...
- Probablemente, para que los modelos de gestión pública directa funcionen en interés general se requiere lo mismo ...

Gracias

Centro Superior de Investigación en Salud Pública
Área de investigación en Servicios de Salud
Salvador Peiró
peiro_bor@gva.es

GENERALITAT VALENCIANA

CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA