

Resultados de tres años del plan de gestión clínica de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud

*Javier Carnicero Giménez de Azcárate,
Álvaro Gimeno Aznar, Carlos Amézqueta Goñi, Karmele Ayerdi Navarro,
Javier Apezteguía Urroz, Ana Granado Hualde*

*Dirección de Atención Primaria.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.*

Resumen

En el Servicio Navarro de Salud no se ha planteado la gestión privada ni la concertación de servicios de atención primaria. La gestión está sujeta al derecho público, que concede prioridad a los principios de legalidad, garantía y transparencia sobre los de eficacia y eficiencia, y supone rigidez en la gestión de personal.

El plan de gestión clínica de atención primaria pretende garantizar unos servicios de calidad contrastada, una asignación de recursos más equitativa y una utilización de los mismos más eficiente, todo ello continuando con un marco jurídico de carácter administrativo. La estrategia del plan es la descentralización de la gestión en los equipos de atención primaria, la evaluación anual y la percepción de incentivos según los resultados obtenidos.

El plan consta del proyecto de centro, la cartera de servicios, el plan de calidad, el presupuesto de cada zona básica, el sistema de información, la evaluación anual y los incentivos.

En 2000 han acreditado su cartera de servicios 47 de 52 equipos de atención primaria y 27 han presentado planes de mejora. Ese año, los incentivos suponen 93 millones de ptas. (558.941 €).

Se considera que se ha logrado una mejora en la calidad de los servicios prestados, una asignación más equitativa del presupuesto y una utilización más eficiente de los recursos. Debe profundizarse en la descentralización y en la asignación de recursos teniendo en cuenta, la morbilidad, los resultados obtenidos y la oferta de servicios.

Palabras clave: *Gestión clínica. Calidad. Evaluación. Incentivos.*

Summary

In the Navarran health service neither private administration nor a private contractual agreement of primary care services have been considered. Administration is subject to public rights, which give priority to principles of legality, guarantee and transparency over those of efficiency and effectiveness, and which makes the administration of personnel somewhat strict.

The Clinical Management Plan for the Primary Care setting would guarantee a contrasting level of quality of service, a more equal distribution of resources and a more efficient use of the above, all encompassed within an administrative legal framework. The aim of the plan is to decentralise the administration within the primary care teams, the annual evaluation and the perception of incentives according to the results obtained.

The plan is made up of the centre's project, the range of services, the quality plan, the budget for each basic zone, the information system, the annual evaluation and the incentives.

In 2000, 47 out of 52 primary care teams accredited their services and 27 presented continuous improvement plans. That year 93 million pesetas (558.941 €) of incentives were given.

It is considered that the quality of the services provided has improved, the budget has been distributed more fairly and resources have been used more efficiently. Decentralisation should be gone into more deeply, as should the distribution of resources taking into account morbidity, results obtained and the services on offer.

Key words: *Clinical management. Quality. Evaluation. Incentives.*

Introducción

La Comunidad Foral de Navarra, que tiene 523.624 habitantes, se divide en 3 áreas sanitarias y 53 zonas básicas de salud, cada una ellas atendidas por un EAP (equipo de atención primaria). Quedan 13 médicos generales y tres pediatras de cupo que tienen una población adscrita de 21.892 personas. Todos los centros de salud y consultorios de más de 1.000 habitantes tienen informatizadas las áreas clínico administrativas como paso previo a la informatización integral del centro. En 2001 15 zonas básicas de salud, que atienden al 40,79% de la población han informatizado tanto los procesos clínico administrativos como la historia clínica.

En el año 2000 el gasto de atención primaria, sin incluir la prestación farmacéutica supuso el 14,87% del gasto del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. La prestación farmacéutica ascendió a 15.324 millones, el 19,91% del gasto del Servicio Navarro de Salud.

La Ley Foral de Salud define al Servicio Navarro de Salud como un organismo autónomo de carácter administrativo. Por lo tanto está sujeto al derecho público y de forma específica al de la Comunidad Foral de Navarra. Como han analizado otros autores¹, este tipo de regulación jurídica supone conceder prioridad a los principios de legalidad, garantía y transparencia sobre los de eficacia y eficiencia. También supone rigidez en la gestión de personal.

En los últimos años se ha producido una tendencia a la privatización de servicios públicos buscando una mejor gestión, la posibilidad de introducir técnicas de gestión empresarial, y acogerse al derecho privado para centrarse en criterios de eficacia, eficiencia y proximidad al ciudadano. En nuestro país el ejemplo que se suele citar es el del Servicio Catalán de la Salud que introdujo la separación entre compra y financiación y creó entidades de base asociativa que gestionaban un equipo de atención primaria, aunque éstas solo

atienden al 0,5% de la población de Cataluña². En el Servicio Navarro de Salud se ha optado por continuar con la gestión pública de carácter administrativo. De Val³ considera que el sector público puede alcanzar sus propósitos sin necesidad de privatizar, si descentraliza los servicios, establece centros de coste con medición de resultados contrastables periódicamente y se implantan relaciones comerciales entre ellos; se ejerce una dirección empresarial, se conciertan servicios con la iniciativa privada siempre que ésta pueda suministrarlos a menor coste y existe una constante preocupación por la formación de la plantilla, que permita asegurar la innovación y adaptación al cambio.

La gestión clínica se ha definido como el proceso de toma de decisiones orientado a conseguir los mejores resultados para el paciente, con los recursos disponibles y utilizando los más apropiados en cada momento. Se considera que los requisitos para la gestión clínica son: información sobre resultados y costes, aceptación de una financiación homogénea, ponderada exclusivamente por los factores acordados como no manipulables, y comparabilidad de la información. Son elementos imprescindibles para hacer gestión clínica la capacidad de selección de personal, de incentivación económica y de organización del trabajo⁴.

Se considera que los contratos de gestión deben definir los mejores criterios sanitarios, basados en la mejor experiencia clínica y pruebas disponibles, y deben responder a las necesidades del usuario. Por ello los contratos deben reunir las siguientes características: mantenerse por lo menos tres años, definir la cartera de servicios que se ofrece y el sistema de pago, que debe ser capitativo y ajustado por edad y sexo; y en la medida de lo posible también por patología o morbilidad. Debe incluir el precio de los servicios de apoyo, farmacia e incapacidad temporal. El contrato debe también incluir el sistema de evaluación y de información, los incentivos y los riesgos⁵.

En 1997 la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud elaboró un plan de gestión que garantizara una oferta de servicios de calidad contrastada en todas y cada una de las zonas básicas de Navarra, una asignación de recursos más equitativa y una utilización de los mismos más eficiente, todo ello continuando con un marco jurídico de carácter administrativo como el que se tenía hasta ese momento. Para mejorar la implicación del personal en la consecución de los objetivos del plan, se consideró que debía descentralizarse al máximo la gestión y que se debían incluir incentivos monetarios. Durante ese año el plan fue dis-

cutido con todos los directores y Jefes de Unidad de Enfermería de los EAP, las centrales sindicales y directivos del Departamento y Servicio Navarro de Salud. En 1998 se puso en marcha el plan de gestión clínica de atención primaria con el objetivo de mejorar la atención en los centros de salud de la Comunidad, en términos de calidad científico técnica, efectividad, eficiencia y aceptabilidad del ciudadano.

El objetivo de este trabajo es exponer las líneas fundamentales del plan y los resultados obtenidos en los tres años de vigencia del mismo.

Descripción del plan de gestión clínica

El plan de gestión es el núcleo central de un proyecto global para la atención primaria de Navarra, que contempla que todas las actividades organizadas por la dirección de atención primaria se dirigen a favorecer el cumplimiento de los objetivos del plan. De esta manera, por ejemplo, el plan de mejora de la competencia profesional tiene como objetivo el que todos los profesionales de los EAP adquieran los conocimientos suficientes para conseguir la implantación de la cartera de servicios.

El plan de gestión clínica se basa en la descentralización de la gestión en los directivos de los equipos de atención pri-

maria, pero manteniendo el mismo régimen jurídico anterior. El plan pretende aprovechar al máximo las posibilidades de gestión que permite ese régimen jurídico.

El proyecto de centro, la cartera de servicios, el plan de calidad, el presupuesto de cada zona básica de salud, la descentralización de atribuciones en los directores de las zonas básicas y los sistemas de información, evaluación e incentivos son los componentes del plan de gestión clínica.

Proyecto de centro

El plan de gestión clínica establece que cada EAP tiene que redactar un proyecto de centro. Este es un plan director por el que, en función de las peculiaridades de cada EAP y de la especificidad de la zona básica, se planifica el desarrollo de la oferta de servicios, plan de calidad y el uso racional de los recursos. El proyecto de centro tiene como referencias, el plan de gestión clínica, la zona básica de salud (demografía, estructura socioeconómica, dispersión...), el EAP (formación de sus miembros, organización...) y el presupuesto disponible.

La Cartera de servicios

La cartera de servicios del plan de gestión consta de 93 servicios que se prestan en los centros de salud. Los servicios se

clasifican en opcionales y básicos. Servicios básicos son aquellos que deben prestarse en todas y cada una de las zonas básicas de salud de Navarra. Servicios opcionales son aquellos que, no siendo imperativa su extensión a todas las zonas, es deseable su implantación progresiva en todo el territorio de la Comunidad Foral.

Cada servicio se define por los siguientes elementos:

- Una descripción.
- Una diferente ponderación (valor en puntos).
- Los requisitos necesarios para su cumplimiento.
- La cobertura y requisitos de inclusión en el registro.

Los requisitos que se exigen para aceptar el cumplimiento de un servicio son, en su mayoría, criterios y estándares de calidad estructural.

Se considera, con carácter general, que un EAP tiene la cartera de servicios implantada cuando cumple el 90% de los requisitos de los servicios básicos y el 30% de los requisitos de los opcionales. Para que el EAP pueda percibir incentivos, es requisito imprescindible tener la cartera de servicios básicos y opcionales acreditada.

Plan de calidad

La calidad de mínimos de los EAP de Navarra se define en la cartera de servi-

cios, donde se fijan qué servicios deben prestarse, con qué requisitos y qué grado de cobertura debe alcanzarse. Además de esa calidad de mínimos el plan contempla otras dos líneas de trabajo para mejorar la calidad: los indicadores específicos de calidad y los planes de mejora desarrollados por los propios EAP.

Los indicadores de calidad del plan de gestión son los que se indican en la Tabla 1.

Los planes de mejora de la calidad son proyectos internos y voluntarios cuyos contenidos los definen los propios EAP. Técnicos de la dirección de atención primaria, con los criterios elaborados por la Comisión de Calidad Central evalúan cada uno de los planes. La puntuación obtenida se incorpora a la evaluación anual del Plan de Gestión específico de cada EAP.

El plan de gestión también prevé medir la satisfacción del usuario a través de una encuesta tipo informe.

Presupuesto

El plan de gestión clínica intenta corregir las desigualdades en asignación de recursos entre zonas básicas. Para la asignación del presupuesto por zona básica se utiliza el criterio del número de personas cuya atención sanitaria tiene encomendada cada EAP. Esta información se obtiene de la base de datos de la tarjeta sanitaria (TIS).

Indicadores de calidad de utilización de historia clínica

- Utilización habitual de historia clínica	>90%
- Complimentación de la historia clínica	>70%
- Existencia de listado de problemas	>50%
- Historias en papel correctamente archivadas	>90%

Indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica

- Medicamentos de utilidad terapéutica baja: nº de envases /100 habitantes	<135
- Genéricos/total de prescripción (nº de envases)	>5%
- Importe antibióticos/TIS ¹ (pesetas)	<1.751
- Importe antibióticos/TIS (euros)	<10,52
- Uso relativo de antibióticos primer nivel/segundo nivel (nº de envases)	>1,6
- Utilización de cefalosporinas de 3ª generación/100 TIS (nº de envases)	<1,85
- Consumo DHD ² AINE ³	<26,3
- Precio medio DDD ⁴ de AINE (pesetas)	<74,1
- Precio medio DDD de AINE (euros)	<0,45
- Concentración de la prescripción de AINE ⁵ (5 más prescritos)	>83,2%
- Consumo DHD antiulcerosos	<25,2
- Precio medio DDD antiulcerosos (pesetas)	198,4
- Precio medio DDD antiulcerosos (euros)	1,19
- Consumo DHD medicamentos recién comercializados	<24,5
- Control de Incapacidad Temporal	Indicador propio de cada zona básica

Indicadores de accesibilidad

Cita previa telefónica	>80% del horario
Accesibilidad de cada profesional a diferentes horarios	Agenda única

1. TIS: Tarjeta individual sanitaria. 2. DHD: Dosis diaria definida / 1.000 habitantes y día. 3. AINE: Antiinflamatorios no esteroideos. 4. DDD: Dosis diaria definida. 5. Concentración de la prescripción de AINE: Es el porcentaje que suponen los 5 AINE más prescritos, medido por DDD, respecto a la prescripción total de AINE de un médico. Se considera que el indicador de la zona básica de salud es la media aritmética del de los médicos de esa zona básica.

Tabla 1. Indicadores de calidad del plan de gestión clínica.

Para el cálculo del presupuesto de personal, y compra de bienes y servicios se tuvo en cuenta que el consumo de recursos sanitarios está relacionado con la edad. Por ello se estandarizó la población de esa base de datos con los coeficientes que se indican en la Tabla 2, obtenidos del estu-

dio, no publicado, de cargas de trabajo por grupos de edad para todo el personal del EAP, de dos zonas de salud de Navarra.

Plantilla

Para la elaboración del presupuesto de personal de las zonas básicas de salud se

Edad	Factor
0-2 años	5,69
3-6 años	2,53
7-14 años	1,3
15-44	1
45-54	2,13
55-64	2,13
65-74	3,18
>75	3,97

Tabla 2. Estandarización de la población. Coeficientes por grupos de edad.

partía de las siguientes cuestiones previas:

- No se conocen estándares de cuál es la plantilla ideal.
- Existen diferencias no justificadas en la dotación de la plantilla de los EAP.
- Las necesidades de plantilla dependen de la edad y sexo de la población y de la dispersión geográfica.

Por todo ello se clasificaron los EAP de Navarra en cinco grupos de acuerdo con el criterio de dispersión geográfica. Se calculó para cada uno de ellos el promedio de TIS estandarizada por médico general, pediatra, enfermera y administrativo. Se consideró ese promedio como la referencia, excepto en el caso de los médicos pediatras, para quienes se estimó que la dotación apropiada era de un médico pediatra por cada 1.100 TIS estandarizadas.

De esta forma se calcula para cada zona básica el "presupuesto teórico", que

en realidad es el presupuesto promedio del de las zonas de su grupo, y el presupuesto real. El objetivo que se plantea cada año a las zonas cuyo presupuesto real supera al teórico es el de acortar esa diferencia reduciendo la partida de gastos variables (sustituciones). Los EAP cuyo presupuesto real es menor que el promedio se benefician de esas reducciones.

Gastos corrientes

El presupuesto del capítulo II tiene en cuenta los criterios demográficos para los consumos sanitarios y los criterios estructurales para el resto, como son los gastos de mantenimiento del centro de salud.

Prestación farmacéutica

Para asignar el presupuesto de la prestación farmacéutica se tuvieron en cuenta

dos factores: la variabilidad que se observa en el gasto generado por los médicos de atención primaria y que el factor que mejor explica el gasto es el número de pensionistas de la zona básica. Se calculó el gasto medio por TIS de activo y de pensionista en el año 1997 y se determinó que el presupuesto que se asignaría a cada zona básica de salud al cabo de 5 años sería el promedio de ese último año. Durante ese tiempo, cada año, cuando se reparte el presupuesto global, que siempre crece con respecto al año anterior, se reduce un 20% la diferencia a las zonas cuyo gasto por TIS supera el promedio.

En resumen para asignar el presupuesto a cada zona básica se siguen los siguientes criterios:

- Población estandarizada de la zona básica.
- Gasto medio por TIS de pensionista y activo.
- Ajuste progresivo al presupuesto promedio de las zonas con presupuesto superior a ese promedio.

Atribuciones de los EAP

Los directores de los EAP tienen las atribuciones previstas en el Decreto Foral de estructuras de atención primaria de salud⁶, que se resumen en la organización del centro y la asignación de tareas a los miembros del equipo. Como conse-

cuencia del plan de gestión se les atribuye otras tres funciones: la selección de personal para contratos de duración menor a 120 días, el tipo de contrato que se formaliza en estos casos (jornada completa o parcial) y la asignación individualizada de incentivos.

Sistema de información

Como la estrategia del plan es la descentralización de la gestión en los directores de los EAP, se precisa un sistema de información que permita tanto a la Dirección de Atención Primaria el control de gestión del plan como a los directores de las zonas básicas la gestión del EAP. Para ello se puso en marcha el proyecto Conecta^{7, 8} dirigido a la informatización integral de todas las zonas básicas de salud, que en una primera fase garantiza entre otras utilidades la conexión de todas las zonas, en el momento, con la base de datos de la tarjeta sanitaria, la gestión de la base de datos de pacientes de esa zona básica, la cita previa y la conexión con el laboratorio de análisis clínicos para el envío de resultados. Además de eso, se desarrolló un sistema de contabilidad de costes que integra la información de personal, gastos corrientes y prestación farmacéutica y que permite calcular los costes por TIS. Este sistema permite facilitar mensual-

mente a los directores de los EAP el seguimiento presupuestario y la información de la prestación farmacéutica.

También se remite trimestralmente a los centros información del número de primeras visitas remitidas a atención especializada (global y por especialidad) y quincenalmente número de días de espera de cada uno de los especialistas a los que pueden remitir pacientes.

Evaluación del plan

Cada año los directores de las zonas básicas de salud deben llevar a cabo una evaluación de los resultados alcanzados por su EAP. Esta autoevaluación se contrasta con la Subdirección de Atención Primaria de la que depende la zona básica y más tarde se comprueba por técnicos de la Dirección de Atención Primaria.

Evaluación de la cartera de servicios

Para evaluar la cartera de servicios se tiene en cuenta: el valor en puntos que se asigna a cada servicio, el cumplimiento de todos o parte de los requisitos y la cobertura alcanzada por ese servicio. La puntuación total de la cartera de servicios es la suma de la puntuación alcanzada por cada servicio.

Cada uno de los indicadores de calidad tiene una puntuación específica. La puntuación que obtiene cada centro es la su-

ma total de aquellos en los que ha conseguido cumplir el estándar prefijado.

Una vez definidas las puntuaciones en el conjunto de indicadores específicos de calidad de todas las zonas básicas, la que mejor resultado obtiene se equipara a 1,25, calculándose el resto proporcionalmente en un intervalo entre 1,25 y 1.

Los planes de mejora de las zonas básicas de salud se evalúan por técnicos de la Dirección de Atención Primaria asignándose una puntuación entre 1,25 y 1,10.

La puntuación final de la oferta de servicios es el resultado del producto de la puntuación de la cartera de servicios, por la puntuación de los planes de mejora y por la puntuación de los indicadores de calidad.

Los EAP se clasifican en tres grupos según sus características de número de componentes del equipo y dispersión. En cada uno de esos grupos al EAP que obtiene la máxima puntuación se le asignan 200 puntos y al resto proporcionalmente.

Evaluación del presupuesto

El cumplimiento del presupuesto global se valora con 20 puntos. El incumplimiento del presupuesto entre el 0 y el 3% se valora en una escala continua entre 0 y -100 puntos. Incumplimientos superiores al 3% no se corresponden con mayores penalizaciones.

El menor gasto por líneas o capítulos puede incrementar la puntuación obtenida por cumplimiento del presupuesto global o disminuir la penalización por su incumplimiento. El ahorro que se consigue en las diferentes líneas del presupuesto recibe una puntuación entre 15 y 20 puntos según las líneas. Ahorros superiores al 4% de la línea correspondiente no suponen una puntuación mayor.

También puntúa el tener un gasto estandarizado de farmacia inferior a la media: cuando el gasto es menor en un 10% se asignan 20 puntos, cuando el porcentaje es menor puntúa proporcionalmente. No se asigna una puntuación mayor cuando la diferencia supera el 10%

En resumen, la evaluación final del cumplimiento presupuestario puede oscilar entre +100 y -100 puntos.

Puntuación final y factor de adecuación de plantilla

La puntuación final de la evaluación de un EAP es la suma de las puntuaciones de la oferta de servicios y del cumplimiento presupuestario, que se convierte en definitiva al aplicarle el factor de adecuación de plantilla.

El factor de adecuación de plantilla es el cociente entre la plantilla teórica (la media de su grupo) y la real del EAP; y

pretende, además de compensar en los resultados del plan de gestión el impacto que tiene una plantilla mayor o menor que la que teóricamente le correspondería, estimular los ajustes en aquellos que la tienen superior.

Incentivos

A la zona que obtiene mayor puntuación se asignan el 100% de incentivos y al resto se le asignan proporcionalmente.

Los incentivos proceden de tres bolsas, la primera de ellas no requiere que el gasto del centro sea inferior a su presupuesto. La segunda, bolsa variable del centro, sí requiere que el gasto del EAP sea inferior al presupuesto y la tercera, bolsa variable de la Dirección de Atención Primaria, requiere que el gasto producido por todas las zonas básicas de salud sea inferior al presupuesto de ellas.

Las cantidades máximas que se pueden percibir por cada miembro del equipo y año oscilan entre las 60.000 ptas de la primera bolsa y las 120.000 de cada una de las otras dos. La cantidad que se percibe en cada EAP es proporcional a la puntuación alcanzada en la evaluación.

Los requisitos para la percepción de incentivos son los siguientes:

- El EAP debe tener la cartera básica y opcional implantadas.

- Para la percepción de las bolsas variables, el gasto del EAP tiene que ser menor que el presupuestado.
- Para la existencia de bolsa variable de la Dirección de Atención Primaria, la suma del gasto de todas los EAP debe ser menor al presupuesto. Los incentivos se pueden percibir en

concepto de nómina o en material inventariable para el centro de salud. La asignación individual de incentivos la decide el Director del EAP.

Resultados

La Tabla 3 muestra la evolución de la oferta de servicios en los tres años de

Año	1998	1999	2000
Implantación de la cartera de servicios			
- EAP con la cartera de servicios implantada	30	36	47
- Porcentaje de requisitos de servicios básicos cumplidos (Promedio)	89	93	96
- Porcentaje de requisitos de servicios optativos cumplidos (Promedio)	34,64	43	49
Servicios básicos			
- Número de servicios básicos de la cartera de servicios	55	55	57
- Número de servicios básicos que se cumplen en los EAP			
- Promedio	43,73	47,73	50,72
- Intervalo	21 - 56	20 - 56	36 - 57
Servicios optativos			
- Número de servicios optativos de la cartera de servicios	31	33	36
- Número de servicios optativos que se cumplen en los EAP			
- Promedio	8,4	11,75	15,52
- Intervalo	1 - 21	1 - 26	2 - 34
Planes de mejora			
- EAP con planes de mejora		8	27

Tabla 3. Oferta de servicios de los equipos de atención primaria (EAP)

implantación del plan de gestión. En 2000 47 de 52 EAP tiene la cartera de servicios acreditada, que supone que cumplen el 90% de los requisitos básicos y el 30% de los opcionales. El promedio de requisitos básicos cumplidos es del 96% y el de opcionales el 49%. En 2000 el promedio de servicios básicos que se cumplen es de 50,72 de un total de 57. Se observa una progresiva implantación de servicios básicos y opcionales durante los tres años.

En 2000 27 EAP cuentan con planes de mejora desarrollados internamente y sometidos a la comisión de acreditación.

Los registros de cobertura de servicios de riesgo cardiovascular y diabetes,

muestran que, pese a la importante cobertura alcanzada, todavía queda un esfuerzo importante de captación de pacientes (Tabla 4).

El presupuesto asignado a los EAP ha pasado de 16.011 millones en 1998 a 19.277 de ptas. en 2000. El coste por TIS asciende a 37.292 ptas. En este coste se incluye el presupuesto asignado a los EAP, sin incluir el gasto de los servicios de apoyo a AP, tanto administrativos como de atención especializada. Tampoco se incluye el gasto de los servicios especiales de urgencia (Tabla 5).

El presupuesto de la prestación farmacéutica supone entre el 70 y el 74% del total asignado a los EAP durante estos años.

	Casos registrados	% sobre población en riesgo	Prevalencia estimada
Incapacitados	7.580	8,67	11% >=65
Irreversible	832	0,17	0,2% total población
HTA, riesgo cardiovascular	50.360	12,05	18%>14
EPOC	11.214	2,68	6%>14
Diabetes	18.435	4,41	6%>14
PAPPS ¹ mínimo	17.408	4,61	100% 15 - 74
PAPPS ampliado	10.328	2,74	100% 15 - 74
Anciano	2.357	5,83	100%>74
Vacunación antigripal	72.258	82,61	100>64

1. PAPPS: Programa de actividades preventivas en salud.

Tabla 4. Coberturas año 2000

Los incentivos que han percibido los EAP han pasado de 14 millones en 1998 a 93 en 2000. El primer año que se ha producido un reparto de las tres bolsas de incentivos previstas es el 2000. En su mayor parte se han repartido en concepto de productividad variable. Son excepcionales los casos en que dentro de cada zona básica no se hayan repartido a

partes iguales entre los miembros del EAP (Tabla 6).

Discusión

El propósito del plan de gestión clínica es garantizar una oferta de servicios de calidad contrastada en todas y cada una de las zonas básicas de Navarra, una asignación de recursos más equitativa y una

Año	1998	1999	2000
- Presupuesto asignado a los EAP	16.011.750.407 (96.232.558 €)	17.176.391.416 (103.232.192 €)	19.277.413.248 (115.859.587 €)
- Presupuesto asignado a los EAP, sin farmacia	4.707.564.675 (28.293.034 €)	4.389.653.971 (26.382.352 €)	4.988.230.089 (29.979.867 €)
- Crecimiento del presupuesto s/ año anterior (%)		7,27	12,23
- Crecimiento del presupuesto sin farmacia s/ año anterior (%)		-6,75	13,64
- Gasto/TIS	32.994 (198,30 €)	34.671 (208,38 €)	37.292 (224,13 €)
- Crecimiento del gasto/ TIS s/ año anterior (%)		5,08	7,56
- Presupuesto farmacia (importe a PVP)	11.304.185.732 (67.939.525 €)	12.786.737.445 (76.849.840 €)	14.289.183.159 (85.879.720 €)
- Gasto farmacia AP (importe a PVP)	11.950.212.420 (71.822.223 €)	13.355.724.919 (80.269.523 €)	14.113.256.238 (84.822.378 €)
- Desviación del presupuesto de farmacia (%)	5,71	4,45	-1,23
- Crecimiento del presupuesto en farmacia s/ año anterior (%)		13,12	11,75
- Crecimiento del gasto en farmacia s/ año anterior (%)	10,35	11,76	5,67
- Porcentaje del presupuesto que supone la farmacia	71	74	74

Tabla 5. Presupuesto y gasto de los equipos de atención Primaria (EAP)

Año	1998	1999	2000
- EAP que perciben incentivos bolsa A	24	34	46
- EAP que perciben incentivos bolsa B	3	13	32
- EAP que perciben incentivos bolsa C			32
- Incentivos bolsa A	9.829.855 (59.079 €)	20.492.903 (123.165 €)	33.365.227 (200.529 €)
- Incentivos bolsa B	4.240.771 (25.488 €)	10.627.291 (63.871 €)	53.188.555 (319.670 €)
- Incentivos bolsa C			6.614.522 (39.574 €)
- Total incentivos	14.070.626 (84.566 €)	31.120.194 (187.036 €)	93.168.304 (559.953 €)

Tabla 6. Incentivos percibidos por los equipos de atención primaria

utilización de los mismos más eficiente, todo ello continuando con un marco jurídico de carácter administrativo como el que se tenía hasta ese momento.

Oferta de Servicios

Puede considerarse que los objetivos de garantizar y mejorar la oferta de servicios se han cumplido. El primero de ellos, garantizar, casi se ha cumplido porque 47 de 52 EAP cumplen el 90% de los requisitos básicos y el 30% de los opcionales. El segundo de ellos, mejorar, se ha cumplido por el incremento paulatino durante estos tres años en el cumplimiento de requisitos, tanto en servicios básicos como opcionales hasta alcanzar en el 2000, el promedio de requisitos básicos cumplidos de 96% y el de opcionales de 49%.

El siguiente paso del plan debería ser introducir criterios y estándares de calidad de resultados, y en algún caso de proceso.

El hecho de que 27 centros hayan desarrollado planes de mejora internos supone un indicador indirecto de que los EAP han comenzado a evaluar su actividad y las carencias que observan, y que se proponen mejorarlas. Introduce, por tanto, una dinámica de evaluación y mejora continua que se ha visto estimulada porque el plan de gestión reconoce y puntúa esos planes de mejora.

Utilización de recursos

La asignación de recursos a las zonas básicas de salud ha sido más equitativa porque se han introducido criterios dife-

rentes de los históricos para asignar el presupuesto a las zonas básicas de salud.

El margen de maniobra en el caso de los gastos de personal se limita a intentar paliar esas diferencias ajustando anualmente los gastos variables e introduciendo en el momento de calcular la puntuación final de un EAP, que condiciona sus incentivos, el factor de adecuación de plantilla.

Más trascendencia tiene el ajuste progresivo del presupuesto de farmacia, que supone que algunos EAP han visto recortado en números absolutos su presupuesto con respecto al de años anteriores. El presupuesto de farmacia condiciona el cumplimiento del plan y la percepción de incentivos de los EAP, porque asciende al 70 ó 74% de su presupuesto.

Resulta difícil de evaluar si la utilización de los recursos ha sido más eficiente. El crecimiento del presupuesto asignado a las zonas básicas de salud en 1999 y 2000 fue del 7,27 y 12,23% respectivamente, pero este dato está fuertemente condicionado por el de farmacia; si se deduce ese concepto, la oscilación es mayor, incluso en 1999 se produjo un recorte presupuestario en las otras rúbricas. Hasta el tercer año del plan no se ha logrado el cumplimiento presupuestario del conjunto de las zonas básicas de salud. Para ello ha sido imprescindible la

contención del crecimiento del gasto en farmacia, que se ha visto influido favorablemente por las medidas de carácter general implantadas para todo el Sistema Nacional de Salud: precios de referencia, genéricos y reducción de precios de los medicamentos.

Favorece la idea de una utilización de recursos más racional el que se hayan introducido en todas las zonas básicas los conceptos de cumplimiento de la cartera de servicios, indicadores de calidad, presupuesto y análisis anual de los resultados obtenidos. Este análisis incluye además que los EAP deben autoevaluarse y someterse a la comprobación de esa autoevaluación.

Como carencia importante del plan puede señalarse que no se ha podido integrar en el presupuesto el consumo de recursos de atención especializada por zona básica de salud. Esta cuestión se ha resuelto en 2001.

Para evaluar la eficiencia se precisa contrastar los recursos empleados con los resultados obtenidos. Con las evidentes limitaciones que el plan tiene en la medición de producto y costes, si consideramos como producto garantizar la oferta de servicios de calidad acreditada, puede considerarse que ha sido eficiente: se ha mejorado la oferta de servicios. Puede afirmarse que el avance existe, an-

tes sencillamente se consumían recursos sin comprobar ni qué servicios se daban, ni qué requisitos de calidad cumplían.

El siguiente paso del plan, debería ser ligar el presupuesto a los resultados o, por lo menos, a la oferta de servicios.

Sistema de información

El sistema de información que se utiliza se basa en que la información necesaria para el control de la gestión y evaluación de resultados por parte de los EAP es el resultado de sus tareas habituales sin registros añadidos.

Este logro se ha conseguido en el tercer año de implantación del plan de gestión.

Descentralización de atribuciones

El plan ha puesto de manifiesto algunas de las carencias del sistema de gestión administrativa. La descentralización de atribuciones prevista inicialmente era más ambiciosa, pero se encuentra con dos dificultades. Por un lado, los propios directivos de los EAP no muestran deseo alguno de incorporar nuevas responsabilidades. Por otro, aunque las leyes vigentes permiten mayor descentralización, esta exigiría para llevarla a cabo el desarrollo de un Decreto Foral para cuya redacción y publicación no ha habido presión alguna, por lo que ni se ha redactado

ni publicado. Es de destacar que los responsables y los funcionarios de los servicios de Personal y Administración han aceptado de buen grado el cambio de papel que les asigna el plan: de servicios gestores de los EAP han pasado a ser servicios de apoyo.

Incentivación

El plan de gestión no incluye riesgos. El único riesgo en el que se incurre es el de no percibir incentivos. No implantar la cartera de servicios o incumplir el presupuesto no supone sanción alguna.

La cuantía de incentivos prevista es modesta y su asignación ha sido más modesta todavía, la cuantía máxima percibida por persona ha sido de 194.228 ptas. en 2000. Sin embargo, como el reparto de la productividad dentro de cada EAP ha sido a partes iguales entre todos los miembros, es discutible que cantidades mayores supongan un efecto incentivador mayor. Es discutible que el reparto "lineal" incentive. También es cierto que esa igualdad se produce dentro del EAP pero no entre EAP, donde se producen diferencias importantes. El número de EAP que ha percibido incentivos ha aumentado cada año.

Resulta de interés considerar la influencia que ha podido tener ya en el 2000, y tendrá en el futuro, la publicación

del Decreto Foral por el que se desarrolla el sistema de carrera profesional del personal facultativo en Navarra⁹, que desarrolla la Ley¹⁰ de 1999; porque el ascenso de nivel en la carrera depende en gran parte de los resultados obtenidos en el Plan de Gestión. En 2000 todos los EAP han llevado a cabo su autoevaluación, cosa que no ocurría otros años y 27 EAP han presentado planes de mejora. No es posible saber qué evaluaciones o planes de mejora de los que se han presentado se explican porque en esa norma se establece un procedimiento de autoevaluación para poder ascender de nivel en la carrera profesional.

Conclusiones

Durante los años de vigencia del plan se han seguido algunos de los criterios que marca De Val³ para mejorar la gestión de recursos públicos: descentralización y medición periódica de resultados. También se organizaron cursos de formación en dirección de centros de salud, que siguieron todos los Directores y Jefes de Unidad de Enfermería de los EAP y se orientó la formación continuada, plan de competencia profesional, a la adquisición de conocimientos necesarios para implantar la cartera de servicios. No se ha concertado con la iniciativa privada, ni se ha valorado esa posibilidad, ni se han implantado rela-

ciones comerciales entre los centros de coste. Por otra parte, los profesionales de atención primaria han contado con información sobre su oferta y actividad asistencial, costes, un sistema de financiación homogénea, autonomía para la organización de su trabajo y para la selección de personal para contratos de duración menor de 120 días, con lo que se cumplen en parte los requisitos que señala Sevilla⁴ para la gestión clínica.

De los requisitos que marca Violan⁵ que debe cumplir un contrato de gestión, el plan de gestión clínica cumple algunos de los fundamentales: define la cartera de servicios, tiene un sistema de asignación de recursos capitulo ajustado por edad, incluye el gasto farmacéutico, lleva más de tres años de vigencia y tiene un sistema de evaluación e incentivos. Sin embargo el plan no asigna presupuesto por morbilidad, no incluye el precio de las pruebas complementarias y la incapacidad tiene un tratamiento de indicador de calidad.

El plan de gestión clínica supone mantener las mismas rigideces en la gestión que indican otros autores¹, pero introduce criterios de planificación a medio plazo, autoevaluación, planes de mejora, control del gasto, desarrollo de sistemas de información e incentivos monetarios; todo ello descentralizando la gestión en los equipos

directivos de los EAP. Como ya se ha indicado, todavía es posible profundizar más en esa descentralización, por lo que el modelo todavía no puede darse por agotado. La evolución del modelo de gestión debería contemplar, además de esa mayor descentralización, la asignación de recursos en función de la cartera de servicios acreditada, de la morbilidad y de la evaluación de resultados. Por ello, se hace necesario desarrollar un sistema de información que contemple la medida del producto de atención primaria y la evaluación de resultados.

Agradecimientos

Fueron muchas las personas que contribuyeron a la elaboración del plan de

gestión clínica, entre otros todos los componentes de los Servicios de Personal, Administración y Servicios Generales, Docencia y Programas, Prestaciones Farmacéuticas, y Organización y Sistemas de Información de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Sin ellos no hubiera sido posible el plan, ni por lo tanto este trabajo. Tampoco hubiera sido posible sin las aportaciones y críticas de los equipos directivos de los EAP de Navarra y sin las facilidades concedidas por la actual Dirección de Atención Primaria para la redacción del trabajo. A todos ellos nuestra gratitud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín JJ, de Manuel E. Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud Español. Papeles de Economía Española, 1998; 76: 176-190.
2. Gené J. De la autogestión a la dirección clínica (Editorial). Aten. Primaria 2001; 28: 149-150.
3. De Val I. Administración de entidades públicas. Instituto de Estudios Económicos. Madrid 1999; 93.
4. Sevilla F. Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria 2000; (IV) 13: 63-83.
5. Violan C. Nuevas formas de gestión en atención primaria. Nuevas propuestas de gestión, ¿por qué? Aten. Primaria 1999; 24: 123-126.
6. Decreto Foral 148/1986 de 30 de mayo. Reglamento de estructuras de atención primaria de salud. BON nº 73 de 11 de junio de 1986.
7. Carnicero J, Lezaun MJ, Vázquez JM. La base de datos de la tarjeta sanitaria de Navarra. Informática y Salud 2000; 25:1254-1260.
8. Bermejo J. El sistema de información de la red sanitaria del Gobierno de Navarra. Bole. tic 2000; 16: 76-79.
9. Decreto Foral 376/200, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la Ley Foral 11/ 1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BON nº 14 de 31 de enero de 2001.
10. Ley Foral 11/ 1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BON nº 43 de 9 de abril de 1999.

