

MESA DE

Gestión en Atención Primaria

SISTEMAS DE AJUSTE DE RIESGO: UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO ENTRE EFICIENCIA Y SELECCIÓN DE PACIENTES

Buglioli M.

Universidad de la República. Montevideo-Uruguay.

En muchas reformas sanitarias se prevé el fortalecimiento de la Atención Primaria buscando incrementar la eficacia y eficiencia en la utilización de recursos. El alcanzar este último objetivo tiene estrecha relación con la responsabilidad directa que tengan los profesionales sobre el manejo de dichos recursos.

En este marco, los modelos de reembolso capitativos ajustados por riesgo permiten por un lado promover conductas eficientes al aproximar el pago a los gastos realmente justificados, y por otro mejorar el acceso de las personas de mayor riesgo a los servicios que les sean necesarios, evitando la selección de pacientes que puede producirse ante sistemas capitativos simples (no ajustados).

El Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) denominado Ambulatory Care Groups (ACGs) está siendo utilizado en EE.UU. como mecanismo de ajuste de pagos per cápita por presentar ciertas características que lo distinguen de otros sistemas. Una de las principales es basarse en el paciente como unidad de análisis, y no en las visitas o los procedimientos.

En este estudio, luego de analizar el comportamiento que tienen los ACGs en dos Áreas Básicas de Salud de Cataluña y de evaluar su aplicabilidad como base de ajuste de un sistema de financiación, se proponen distintas modalidades de per cápita utilizando los ACGs como herramienta de ajuste. Finalmente se extraen conclusiones generales sobre el sistema y particulares considerando el contexto español.

37

INNOVACIONES EN LA GESTIÓN DE LOS CENTROS DE DISTRIBUCIÓN DE RECETAS EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA.

Delgado Benítez C, Velasco Ortega JC, González Mateos AM.

Centro de Salud Marbella-Leganitos (Distrito Sanitario Costa del Sol).

Introducción: Las circulares 1/91 y 7/93 de los Servicios Centrales (SS.CC) del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S) regulan la distribución y control de recetas del S.A.S.

En la actualidad este sistema de control en los Centros de Salud de Atención Primaria es realizado por los responsables de los Centros de Distribución de Recetas (C.D.R.) de forma totalmente manual mediante la cumplimentación de modelos normalizados que periódicamente se envían a los Distritos Sanitarios para ser mecanizados en Gestalón. Estos registros son: Desglose de los talonarios de cada caja, hoja de devolución, hoja de reasignación, hoja de destrucción, estadística final de mes, hoja de pedido trimestral de recetas y hoja recibí de pedido.

La gran cantidad de datos para la cumplimentación de dichos registros hace necesario un gran consumo de tiempo y recursos humanos, además de la posibilidad de cometer errores en la transcripción de los mismos.

Por todo ello, nos planteamos la necesidad de mejorar el sistema de distribución y control mediante una aplicación informática desarrollada en el Centro de Salud Marbella-Leganitos del Distrito Sanitario Costa del Sol, al cual pertenecemos.

Objetivos: 1. Mejorar el funcionamiento de los C.D.R. mediante la simplificación y reducción del trabajo que genera. 2. Eliminación o disminución de los errores humanos derivados de la cumplimentación manual de los formularios. 3. Obtener información fiable y rápida sobre la distribución y consumo de recetas en el ámbito del C.D.R..

Metodología: Se trata de una aplicación informática realizada en lenguaje de programación Visual Basic y desarrollada por nosotros mismos que hemos denominado Administrador del Centro de Distribución de Recetas. Dicha aplicación, cumple la normativa establecida en las circulares 1/91 y 7/93 de los SS.CC. del S.A.S.

A través de los menús de ésta podemos:

- Dar de alta a los médicos que pertenecen al C.D.R.
- Mecanizar los códigos de barras que figuran en las cajas de recetas.

- Mecanizar los recibos de talonarios leyendo los códigos de barras de éstos mediante el lector óptico.

- Imprimir, sin necesidad de formularios prediseñados, los documentos oficiales.

- Cambiar la clave de acceso al programa.

- Configurar la aplicación (nombre y código del C.D.R., responsable, localidad, claves médicas, etc.).

- Obtener información sobre médicos o sobre talonarios.

- Obtener información de consumos de talonarios.

- Dar de alta a nuevos usuarios.

- Cambiar la contraseña de la base de datos.

Esta aplicación se presenta en un CD-ROM de instalación

En la actualidad, tras su validación en dos Centros de Salud y la realización de dos cursos de aprendizaje, se ha implantado en los ocho Centros de Salud del Distrito y en el Centro de Especialidades.

Conclusiones: El uso del Administrador del C.D.R: 1. Nos permite una reducción considerable del tiempo de dedicación y una simplificación del trabajo derivado de la gestión y control de recetas en un Centro de Salud. 2. Nos brinda información rápida y fidedigna sobre determinados datos a los que anteriormente era difícil acceder y a otros de imposible acceso. 3. Permite un control riguroso de los movimientos que se producen en la gestión del C.D.R., minimizando los errores humanos que se podían producir. 4. Nos abre la puerta a que, en una segunda fase, podamos disponer mensualmente de información cercana sobre el gasto económico de cada médico, cruzando la base de datos de facturación de farmacia que llega al Distrito con nuestra base de datos, mejorando así los sistemas de información tan necesarios en la gestión de las Unidades Clínicas.

Palabras clave: Gestión, distribución de recetas, aplicación informática.

38

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A POBLACIÓN ASIGNADA O A POBLACIÓN DEMANDANTE

Ibáñez Pardos JLL, González Serret MP, Valero García C, Llobera Serentill À, Punter Blanqué M, Pujol Ribó G.

Dirección de Atención Primaria Baix Llobregat Centre.

Objetivo: Comparar una encuesta de satisfacción realizada a la población que acude al centro de atención primaria (ESA) y una encuesta realizada a la población censada (ESP) de la DAP.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Equipos de Atención Primaria (AP) de una Dirección de Atención Urbana (DAP).

Sujetos: Población mayor de 18 años, que acude a visitarse a un centro de AP por ESA; y por ESP personas escogidas de forma aleatoria en los municipios de la DAP. En este caso se realiza la encuesta a domicilio por un entrevistador ajeno al sistema sanitario.

Mediciones: La encuesta de satisfacción es un cuestionario con preguntas que hacen referencia a la opinión del usuario sobre la atención telefónica del centro y otros aspectos como son: el trato, la claridad de las explicaciones y el tiempo de dedicación de los profesionales sanitarios (medicina y enfermería). También se pide si recomendaría el centro a los amigos o familiares.

Las dos encuestas se han realizado en el curso del último trimestre de 1997.

Se considera un nivel óptimo de satisfacción por encima del 75%.

Se dan los resultados con el intervalo de confianza en el 95%.

Resultados: Se realizan 1530 encuestas en los centros de AP de la DAP y 979 en la población censada. La atención telefónica de los centros es el ítem con el nivel de satisfacción más bajo en las dos encuestas: 66 (IC 95%: 62,5-69,6) en el ESP y un 72,4% (70-74,7) en ESA, no consiguiendo el nivel óptimo (75%). El tiempo de dedicación del médico y de la enfermera es muy parecido en las dos encuestas y siempre por encima del nivel óptimo de satisfacción. Lo mismo sucede con las explicaciones y trato de los profesionales sanitarios de la DAP. Por último la pregunta de si recomendaría el centro a sus amigos y familiares obtiene en ESP un 88,1% (IC 95%: 85,8-90,3) y en ESA un 82,7% (IC 95%: 80,7-84,7).

Conclusiones: Los resultados de las dos encuestas ha sido muy parecidos. Podemos dar como válida la encuesta de satisfacción de la población demandante, pero deberían analizarse algunos aspectos metodológicos como la comparabilidad de las dos muestras, el estudio de los Missings y el análisis centro a centro.

Palabras clave: Patient satisfaction, primary health care, consumer satisfaction

39

UNA MEDIDA NORMATIVA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Pinillos M, Antoñanzas F.

Universidad de La Rioja.

El objetivo de esta comunicación es presentar una medida numérica de la calidad total de los servicios de atención primaria, de fácil cálculo e interpretación cualitativa y apta para su utilización en los análisis de eficiencia.

El diseño de esta medida de calidad está condicionado por cuatro factores: el propósito último de la medida (en nuestro caso, la valoración de la eficiencia técnica de los centros de salud), las peculiaridades del producto de la atención primaria, así como de su proceso de producción y provisión, la práctica habitual de los centros de salud españoles y de sus programas de control de la calidad, y la disponibilidad de información.

La actuación conjunta de estos cuatro factores nos lleva a optar por una medida de la calidad objetiva y normativa. Tal medida se basa en el enfoque de valoración propuesto por Donabedian (1984) y es capaz de estimar, a través de un índice ponderado en el que se valoran las variables que mejor definen la estructura, el proceso y el resultado de la atención primaria, la calidad del servicio prestado por cada uno de los 75 centros de salud analizados.

La evaluación global de la medida propuesta, permite concluir que se trata de un indicador de calidad capaz de unir a las ventajas operativas de viabilidad y cálculo, la posibilidad de perfeccionamiento y aplicación en análisis que requieran un valor numérico único de la calidad del producto, así como una validez y fiabilidad razonables.

Palabras clave: Calidad, eficiencia.

40

DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN E INCENTIVOS EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA

García M.

Dpto. de Economía Aplicada II. Facultad de CCEE y EE de Bilbao.

En la década de los 90, la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, ha iniciado un proceso de descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria. Esta medida, que forma parte de una estrategia de reforma de la sanidad pública española, pretende guiar el sistema hacia un mayor nivel de eficiencia, entendiendo como tal la racionalización del gasto y la consolidación de una asistencia de calidad integral orientada al paciente.

La descentralización de la gestión se apoya en la firma de un Contrato-Programa entre la Subdirección del INSALUD y las distintas Gerencias de Atención Primaria. En este documento, que se suscribe con periodicidad anual, se asigna un presupuesto a cada Gerencia y se establecen unos objetivos a cumplir respecto de la Cartera de Servicios de Atención Primaria o «producto esperado»; y respecto a un conjunto de indicadores de calidad asistencial, organización de los servicios y participación de los profesionales. Con el fin de favorecer la participación de los profesionales sanitarios en el proceso de descentralización y potenciar su papel como gestores reales del sistema, en el Contrato-Programa se establece, además, un mecanismo de incentivos en función del balance anual entre recursos consumidos, servicios prestados y satisfacción de los usuarios. De esta forma, queda establecido un primer nivel de descentralización desde el INSALUD a las distintas Gerencias. Un segundo nivel en la descentralización se produce desde la Gerencia a cada Equipo de Atención Primaria. Para ello, y según lo establecido en el Contrato-Programa, la Gerencia de Atención Primaria debe ofrecer a cada Equipo un Contrato de Gestión Asistencial.

En este contexto, la Gerencia de A.P. de Mallorca ha diseñado un sistema de descentralización de la gestión e incentivos a los distintos Equipos de AP basado en la asignación del presupuesto de acuerdo a un modelo caputivo corregido, y en la medición del «producto» de cada Equipo sé través de un conjunto de indicadores de actividad y calidad asistencial diseñados en el ámbito de la propia Gerencia (70 indicadores con un peso del 90%), a los que se añaden otros indicadores fijados por el INSALUD y vinculados al Contrato-Programa (10%). De esta forma, el reparto entre los Centros de los incentivos obtenidos por la Gerencia se realiza en función de los resultados alcanzados por éstos en el control del presupuesto asignado y en la medición del producto. Cada centro de la Gerencia pacta entre sus miembros, a priori, cómo y en qué se distribuirá internamente el incentivo que pueda obtenerse.

El mecanismo de descentralización descrito da lugar a un sistema de múltiples relaciones de agencia donde, el agente de un principal es a su vez principal de otro o varios agentes y el último agente de esta cadena, el médico, es también el agente de los usuarios del sistema.

En el Contrato-Programa que se firma entre la Dirección General del INSALUD y el Gerente del Área de Salud se fijan unos objetivos de actividad y calidad en la prestación de la asistencia sanitaria para el conjunto de la Gerencia y se asigna un presupuesto.

Es decir, el principal (en este caso la Dirección General del INSALUD) delega en un agente (la Gerencia) la realización de una tarea: la cobertura de las necesidades sanitarias en el Área de Salud correspondiente, definida ésta como el cumplimiento de los objetivos de actividad y calidad pactados.

La Gerencia delega decisiones de gestión a los responsables de cada Centro de Salud mediante la firma del Contrato de Gestión Asistencial, en el que se establece cuál será la contribución del Centro al resultado conjunto de la Gerencia, es decir, cuál será la tarea a desarrollar por el centro (los objetivos de actividad y calidad en la asistencia sanitaria a cumplir), y se le asigna el correspondiente presupuesto. Por lo tanto, se establece una nueva relación de agencia en la que el principal es ahora el Gerente de Área y el agente es el Centro; y en la que el Gerente, en su papel de agente del INSALUD, actúa como supervisor de los centros ubicados en su demarcación.

Además, el Gerente del Área delega las responsabilidades organizativas y de gestión en el coordinador de cada Equipo de Atención Primaria. Este, a su vez, delega en los distintos miembros del centro (médicos, enfermeras, celadores...) la responsabilidad respecto a las tareas que tienen encomendadas dentro del equipo, tareas de cuyo grado de cumplimiento dependerá el resultado final del centro en la medición del producto. Además, el coordinador delega en los médicos responsabilidades de gestión respecto al presupuesto que tienen asignado para la prescripción farmacéutica y para los consumos de Atención Especializada. Por lo tanto, el coordinador es el principal de múltiples agentes y al mismo tiempo es el agente del Gerente. Por otra parte, se establecen complejas relaciones entre los distintos miembros del Equipo de AP puesto que, a la hora de valorar el grado de cumplimiento del contrato, la variable relevante es el resultado global del centro.

Para terminar, el médico, último agente de la cadena, es quién gestiona en la práctica los recursos disponibles en el sistema sanitario con el fin de cubrir las necesidades de la población. Pero además, la determinación de un diagnóstico y la evaluación de los posibles tratamientos sólo puede ser realizada por el profesional sanitario, por lo que los pacientes delegan en el médico para que les diga qué servicios consumir y cuándo consumirlos, es decir, éste actúa también como un agente para sus propios pacientes.

Todas estas relaciones de agencia están caracterizadas por un fenómeno de asimetría de información que posibilita a los agentes el obtener un beneficio adicional en la relación, produciéndose situaciones de Riesgo Moral y de Selección Adversa. A través de los distintos contratos que se establecen, los principales pueden modelar el adecuado sistema de incentivos económicos (o no económicos) que lleven al agente a actuar de acuerdo a los intereses de su principal. En este trabajo se analiza, desde la perspectiva de los modelos de agencia y la teoría de incentivos, el mecanismo diseñado en el ámbito de la Gerencia de AP de Mallorca, y las posibilidades de la utilización de incentivos sobre los profesionales sanitarios.

41

¿EXISTE CONCIENCIA DE GASTO FARMACÉUTICO ENTRE LOS MÉDICOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA REFORMADA?

Mengíbar Torres F.J.
ABS Can Rull. Sabadell.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la retroinformación periódica sobre gasto farmacéutico (GF) para crear conciencia del mismo entre los médicos de Atención Primaria (AP), en el sentido de hasta que punto conocen el gasto anual que generan en farmacia y el precio medio de la medicación que prescriben

Diseño: Se trata de un estudio transversal retrospectivo, llevado a cabo mediante entrevista personal.

Ámbito del estudio: La AP reformada de la Dirección de Atención Primaria (DAP) Sabadell, situada en la comarca del Vallés Occidental (Barcelona).

Sujetos: Los 80 médicos de AP que trabajan con Equipos de Atención primaria (EAP). No están incluidos los especialistas de primaria ni los pediatras.

Intervenciones: en base a la retroinformación personalizada sobre GF que reciben semestral y anualmente, la cual incluye importe líquido mensual de activo y de pensionista, número de recetas mensuales prescritas de activo y de pensionista, así como la media, semestral y anual, del gasto y del número de recetas, junto con la media del centro y del resto de la red, se le pregunta a cada médico por el GF generado durante 1997 y el precio medio de la receta de activo y de pensionista, teniendo en cuenta la medicación que usa habitualmente. La prueba estadística utilizada ha sido la t de comparación de medias por datos apareados. El nivel exigido de significación ha sido de $p < 0.05$. Todos los cálculos se han realizado con un paquete estadístico SPSS, versión 9.0.

Resultados: Del total de médicos entrevistados (80), obtuvimos 71 respuestas para el GF anual y 76 para el precio medio, tanto de activo como de pensionista. Se encuentran diferencias significativas entre el GF anual producido y el estimado. Así, se constata una diferencia de medias para el GF anual cercana a los doce millones de ptas. Las diferencias entre los precios medios reales y los estimados también resultan significativas. Para el caso de la receta de activo los facultativos creen gastar unas 650 ptas. menos por receta, que representa casi un 40 % menos del precio medio real, y para la receta de pensionista unas 600 ptas. menos, que equivale a un 32% menos.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos se concluye que no existe, en líneas generales, entre los médicos de la AP reformada lo que se tiende a denominar conciencia de gasto. Esto pone en entredicho la eficacia de la retroinformación sobre GF para crear tal propósito. Dicha información debería ser más frecuente y rica en contenido, así como complementarse con otras medidas.

Palabras clave: Atención primaria, gasto farmacéutico, conciencia de gasto.