

Consenso sobre un proceso de *benchmarking* en la atención primaria de salud de Barcelona

A. Plaza Tesías, A. Guarga Rojas, J. Farrés Quesada y C. Zara Yanhi, en representación de los miembros del Grupo Asesor*

Objetivo. Definir la estrategia, el marco conceptual, la metodología y los indicadores que han de impulsar y consolidar la cultura de la referencia externa (*benchmarking*) como estrategia de cambio en los equipos de atención primaria (EAP).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Servicios de atención primaria (AP) de la Región Sanitaria de la ciudad de Barcelona.

Método. Se distinguen 2 fases. En la primera se constituyó un grupo asesor (GA) que se organizó en 4 grupos focales, donde se acordaron los ejes, el marco conceptual, las dimensiones, los indicadores y la metodología para la comparación de los EAP. La segunda fase, de priorización, se realizó a través de una encuesta a líderes de opinión, quienes para cada uno de los indicadores propuestos valoraron el grado de acuerdo y la adecuación de los indicadores, su relevancia, la capacidad de la AP para modificar el resultado y la factibilidad de la información para su elaboración.

Resultados. La implicación de los profesionales, la orientación hacia la mejora, la transparencia y la difusión de la evaluación fueron identificados como elementos estratégicos de la dinámica de *benchmarking*. De acuerdo con los principios básicos de la AP y del sistema sanitario, se concretaron 6 dimensiones de evaluación: accesibilidad, efectividad, capacidad resolutoria, longitudinalidad, relación coste-eficiencia y resultados. En 43 de los 57 indicadores priorizados se obtuvo el consenso de más del 90% de los consultores.

Conclusiones. La evaluación como instrumento útil para la gestión de la calidad de la AP ha de generar acciones de mejora o cambio en los EAP. La implicación de los profesionales en su diseño y desarrollo puede ayudar a su aceptabilidad y a la implementación de las acciones de cambio que se deriven. Es necesario evaluar los indicadores utilizados y analizar la influencia que ha tenido la política de *benchmarking* en los resultados de la prestación de los servicios de AP.

Palabras clave: Evaluación. Consenso. *Benchmarking*. Mejora de la calidad. Indicadores. Atención primaria.

CONSENSUS ON A PROCESS OF BENCHMARKING IN PRIMARY CARE IN BARCELONA

Objective. To define the strategy, the conceptual framework, the methodology and the indicators that are needed to promote and consolidate the culture of external reference (*benchmarking*) as a strategy for change in Primary Care teams (PCT).

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Primary care services of the Barcelona City Health Region.

Method. Two stages were distinguished. At the first stage, an adviser group was set up. This was divided into 4 focus groups in which the main lines, the conceptual framework, the sizes, the indicators and the methodology for comparing PCTs were agreed. The second stage, that of prioritisation, was conducted by means of a questionnaire to opinion-formers. For each of the indicators proposed, they appraised the degree of agreement, the suitability and relevance of indicators, the capacity of PC to modify results and the practicality of the information for composing the indicators.

Results. The involvement of professionals, their approach to improvement, and the transparency and dissemination of the evaluation were identified as strategic elements of *benchmarking* dynamics. In line with the basic principles of PC and the health system, 6 dimensions for evaluation were set: accessibility, effectiveness, capacity to resolve problems, longitudinality, cost-efficiency, and results. 43 of the 57 indicators prioritised gained the consensus of over 90% of the consultants.

Conclusions. Evaluation as a useful tool for managing PC quality has to generate improvements or changes in PCTs. The involvement of professionals in the design and development of evaluation may help both its acceptance and the implementation of the changes arising from it. The indicators used and the effect of *benchmarking* policy on the results of PC service delivery require evaluation.

Key words: Evaluation. Consensus. Benchmarking. Quality improvement. Indicators. Primary care.

Consorcio Sanitario de Barcelona. Barcelona. España.

*Al final del artículo se relacionan los miembros participantes en el Grupo Asesor.

Correspondencia:
Aina Plaza Tesías.
Consorcio Sanitario de Barcelona.
Avda. Hospital Militar, 169-205.
Parc Sanitari Pere Virgili.
Edifici Mestral.
08023 Barcelona. España.
Correo electrónico:
aplaza@rsbcn.scs.es

Manuscrito recibido el 20 abril de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de septiembre de 2004.

Introducción

Con la creación del Servei Català de la Salut (SCS), la administración sanitaria inició en el año 1993 el proceso sistemático de evaluación de los equipos de atención primaria (EAP) y por esta vía impulsó las políticas de salud definidas en los planes de salud, así como los objetivos estratégicos de equidad, calidad y eficiencia del SCS vinculados a la mejora de los servicios. El proceso de evaluación ha permitido establecer indicadores de necesidad por áreas básicas de salud que fueron utilizados en la priorización de la reforma de la atención primaria (RAP) en la ciudad de Barcelona¹, evaluar el impacto de la RAP sobre la salud², la implantación de las actividades preventivas, la detección de factores de riesgo^{3,4}, y comparar los EAP según fórmulas de gestión^{5,6}.

En este período se han priorizado la orientación de la evaluación de la calidad, la comparación de proveedores y EAP, el abordaje global de la información y la evaluación, la diversificación de los instrumentos y las metodologías utilizadas, la incorporación de indicadores basados en la evidencia y la transparencia de la información, entre otras⁷⁻¹⁰. Algunas estrategias organizativas han utilizado la publicación de los resultados de la evaluación como una parte importante de las dinámicas de gestión de la calidad. En este sentido, el *benchmarking* (BM) ha sido desarrollado como un proceso que persigue la mejora de los servicios a través de la adopción de las mejores prácticas, donde *benchmark* se identifican como patrón de referencia^{11,12}.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), siguiendo esta línea, se ha propuesto desarrollar la metodología del BM en los EAP de la ciudad como estrategia de cambio y mejora en los equipos, y de transparencia de los resultados de los servicios de salud públicos. Para ello se propone como objetivo definir los ejes estratégicos, el marco conceptual, la metodología y los indicadores del BM en los EAP promoviendo el consenso y la implicación de los profesionales.

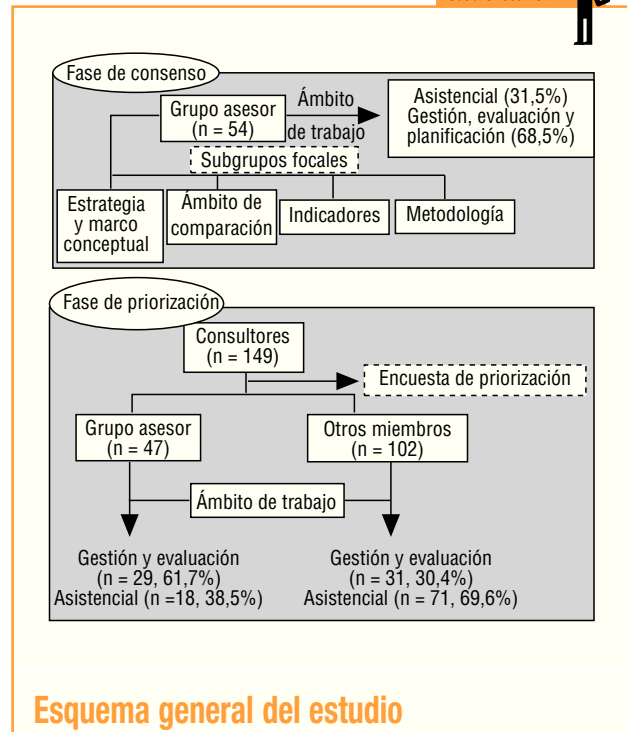
Material y métodos

El estudio impulsado por el CSB se inició en diciembre de 2002 y finalizó en el mes de junio de 2003. Se realizó en el ámbito territorial de la Región Sanitaria Barcelona Ciudad, que cuenta con 66 equipos de atención primaria (EAP) gestionados por diferentes entidades proveedoras y que dan cobertura a un total de 1.512.971 habitantes. En el estudio se distinguen 2 fases: una primera de consenso y una segunda de priorización.

Fase de consenso

Esta fase tuvo como objetivo elaborar una propuesta consensuada del marco conceptual, los ejes estratégicos de la evaluación y la comparación de los EAP, así como las dimensiones, los indica-

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

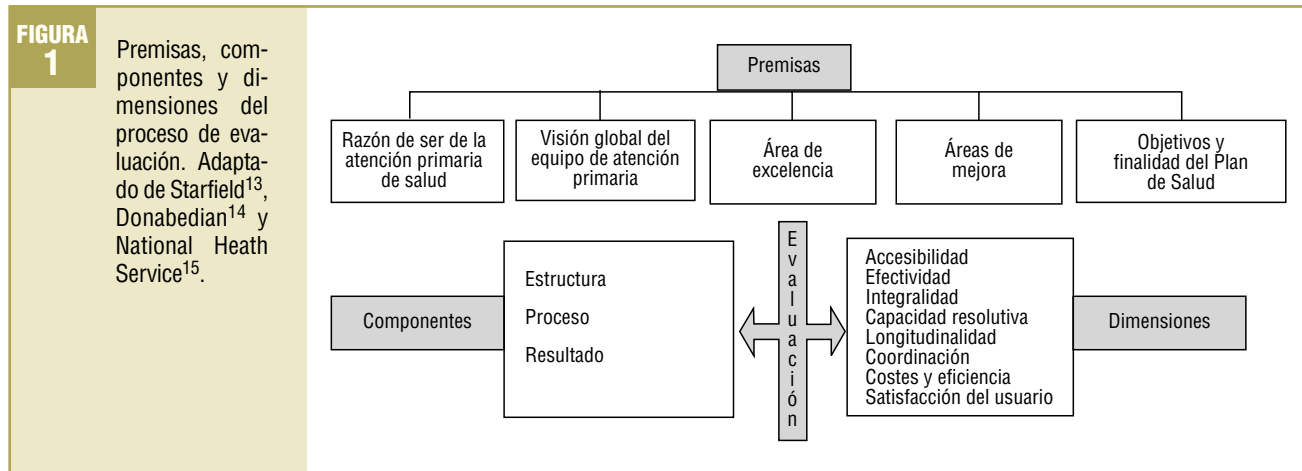
Descripción de la estrategia utilizada para definir el marco conceptual, la metodología y los indicadores que han de configurar la cultura de la referencia externa (*benchmarking*) como estrategia de cambio de los equipos de atención primaria.

dores y la metodología de comparación. Para ello se constituyó un grupo asesor (GA) formado por 54 profesionales. Se buscó la participación de profesionales asistenciales, del ámbito de la gestión, la planificación y la evaluación, y se incorporaron, además, diferentes perfiles: médicos, enfermeros, epidemiólogos y farmacéuticos.

De acuerdo con los objetivos de esta fase, el GA se organizó en 4 grupos focales: el del ámbito estratégico y marco conceptual, el de las dimensiones de comparación, el de indicadores y el de metodología. Para cada grupo se elaboraron unos contenidos sobre los que se tenían que centrar el intercambio de ideas y las propuestas. La asignación a los grupos se realizó teniendo en cuenta la heterogeneidad de perfiles profesionales y ámbitos de intervención. En cada grupo participaron entre 10 y 12 miembros, y fueron coordinados por 2 o 3 personas. Las funciones de los coordinadores eran las de convocar y dinamizar el funcionamiento de los diferentes grupos, conducir las reuniones, facilitar material bibliográfico de soporte, elaborar las propuestas enunciadas y efectuar la difusión. Una vez recopiladas las propuestas, a través de correo electrónico o en reuniones, éstas se intercambiaban entre los diferentes grupos y se daba la oportunidad de replantearlas.

Fase de priorización

Tenía como objetivo la priorización de los indicadores propuestos por el GA. Aquí se perseguía dar un mayor peso a los profe-



sionales asistenciales y favorecer la participación de más líderes de opinión. La selección de los participantes se realizó a partir de las propuestas de miembros del GA. En total se seleccionó a 149 consultores, de los cuales 102 (68,4%) no formaban parte del grupo asesor. Para esta fase se elaboró una encuesta en la que los consultores tenían que valorar el conjunto de indicadores acordados por el GA (tabla 1), y también se les dio la posibilidad de reformular y proponer otros indicadores. La encuesta, que se acompañaba de una carta en la que se explicaba el proyecto y se animaba a la participación, se envió y fue recogida por correo electrónico.

TABLA 1 Contenidos y escala de valoración utilizada en la encuesta de priorización

Contenidos de la valoración	Escala
Acuerdo en incorporar el indicador en la comparación de los equipos de atención primaria	Sí/No
Adecuación del indicador en la dimensión para la que se selecciona	Sí/No
Relevancia del indicador en el contexto de la atención primaria (frecuencia, magnitud, consecuencia de la no intervención)	1: nada 2: poco 3: regular 4: bastante 5: mucho
Capacidad de modificar el resultado del indicador desde la atención primaria	1: nada 2: poco 3: regular 4: bastante 5: mucho
Factibilidad de obtener la información necesaria para elaborar el indicador	1: nada 2: poco 3: regular 4: bastante 5: mucho

TABLA 2 Ejes estratégicos de la evaluación

Implicación de los profesionales y gestores a través de:
– Metodologías que faciliten el consenso
– Criterios aceptados y con evidencia contrastada
– Incentivos
– Coherencia organizativa y política sanitaria
Orientar el producto hacia la mejora de los resultados:
– Comparación de los equipos
– Identificación de ámbitos de mejora
– <i>Benchmarking</i>
Diseminación de los resultados a grupos diana:
– Grupos diana de audiencia: profesionales asistenciales, gestores, instituciones sanitarias, organismos y sociedades científicas, agentes sociales, comunitarios y ciudadanos
– Adaptar las estrategias de transmisión a los grupos diana

Resultados

Resultados de la fase de consenso

El GA realizó un total de 12 reuniones de trabajo. A continuación se describen las principales propuestas que surgieron:

1. Los ejes estratégicos de la evaluación se resumen en 3 puntos: conseguir la implicación de profesionales y gestores, orientar el producto de la evaluación hacia la mejora de los resultados y realizar una adecuada diseminación (tabla 2).
2. El marco conceptual de la evaluación integra las propuestas desarrolladas por Avedis Donabedian, Barbara Starfield, el National Health Service¹³⁻¹⁵ y diferentes experiencias de nuestro entorno. En la figura 1 se sintetizan

TABLA 3 Listado de indicadores y resultados de la priorización

	Grado de acuerdo	Relevancia	Modificar	Factibilidad
1. Dimensión accesibilidad				
Accesibilidad telefónica	94%	3,7	3,6	3,6
Media de llamadas realizadas al centro de atención primaria por el usuario para obtener cita				
Tiempo de espera para acceder al médico asignado	96%	3,9	3,6	3,8
Porcentaje de usuarios que tienen una visita con su médico en un tiempo ≥ 8 h				
Tiempo de espera para acceder al centro, con otro médico	91%	3,9	3,7	3,7
Tiempo de espera de los usuarios que no pueden ser atendidos por su médico en un período ≥ 48 h				
Tiempo de espera para la visita	90%	3,2	3,3	2,6
Media de tiempo de espera desde que el paciente llega a la consulta hasta que es visitado				
Habitantes por médico de familia	97%	4,3	2,2	4,6
Número de habitantes > 14 años por puesto de trabajo de médico de familia (un puesto de trabajo tiene una dedicación de 36 h, un número superior/inferior se contabiliza con fracciones)				
Habitantes por diplomado en enfermería	95%	3,8	2,3	4,5
Número de habitantes por puesto de trabajo de enfermería (un puesto de trabajo tiene una dedicación de 36 h, un número superior/inferior se contabiliza con fracciones)				
Tiempo de dedicación del equipo de atención primaria a la visita asistencial	84%	3,8	2,7	3,1
Número de minutos de dedicación/año del conjunto de médicos de familia, pediatras y enfermería para visita asistencial, se incluyen las visitas asistenciales de los sábados				
Población atendida	96%	4	2,7	4,1
Porcentaje de población atendida en relación con el total de población asignada según el padrón o asegurada según el registro central de asegurados, ajustado por edad				
2. Dimensión: efectividad e integralidad				
2.1. Intervenciones sobre factores de riesgo cardiovascular				
Control de la hipertensión arterial	97%	4,3	3,9	3,8
Número de pacientes hipertensos con la última PA < 140/90 mmHg respecto del total de pacientes hipertensos atendidos y número de diabéticos con la última toma de PA < 140/90 mmHg respecto del total de pacientes diabéticos atendidos				
Control de la diabetes mellitus	98%	4,3	3,8	3,8
Número de pacientes diabéticos con la última HbA _{1c} < 8,0/HbA _{1c} < 6,5 mg/dl respecto del total de pacientes diabéticos atendidos				
Tratamiento con antiagregantes en población con cardiopatía isquémica	98%	4,2	4,0	3,5
Número de pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento antiagregante registrado o actualizado en el último año respecto al total de pacientes con cardiopatía isquémica atendidos				
Riesgo cardiovascular/riesgo coronario	92%	4,3	4,1	3,5
Población total atendida con factor de riesgo cardiovascular (tabaco, HTA, hipercolesterolemia, diabetes mellitus) con valoración del riesgo cardiovascular/coronario en el último año, que presente un riesgo moderado o alto durante los próximos 10 años, respecto del total de población atendida con factor de riesgo cardiovascular				
Fumadores en población con riesgo cardiovascular	93%	4,3	3,1	3,1
Población fumadora atendida con HTA, diabetes o hipercolesterolemia respecto del total de población hipertensa, diabética o hipercolesterolémica				
2.2. Prevención de la gripe y atención a la EPOC				
Vacunación antigripal	97%	4,2	3,7	4
Población atendida > 64 años con vacuna antigripal respecto de la población adscrita > 64 años según padrón/> 64 asegurada en el registro central de asegurados				
Confirmación del diagnóstico de EPOC con espirometría	95%	3,8	4,0	3,6

(Continúa en la página siguiente)

TABLA 3 Listado de indicadores y resultados de la priorización (*continuación*)

	Grado de acuerdo	Relevancia	Modificar	Factibilidad
Pacientes con diagnóstico de EPOC confirmado con una espirometría efectuada durante los últimos 2 años respecto del total de pacientes atendidos con EPOC				
EPOC fumadores	92%	4,3	3,1	3,4
Población atendida fumadora con EPOC respecto del total de población con EPOC				
Vacunación antigripal en pacientes con EPOC	100%	4,3	4,1	4,1
Pacientes atendidos con EPOC con vacunación antigripal respecto del total de pacientes atendidos con EPOC				
2.3. Atención a los trastornos mentales, las enfermedades osteoarticulares degenerativas, la población infantil y domiciliaria				
Prescripción de benzodiacepinas de vida media larga en personas > 64 años	81%	3,4	3,5	3,8
Número de recetas de benzodiacepinas de vida media larga prescritas a población > 64 años respecto al total de población atendida > 64 años				
Prescripción de AINE	86%	3,4	3,6	3,9
Número de recetas de AINE prescritas en población > 64 años respecto del total de población atendida > 64 años				
Clasificación de asma infantil	89%	3,8	4,2	3,3
Población atendida < 15 años con diagnóstico de asma y valoración del grado de severidad (leve, moderada, grave) durante el último año				
Prescripción de antibióticos en población infantil	64%	4,0	4,1	4,1
Número de recetas de antibióticos prescritas en población < 15 años respecto del total de población atendida < 15 años				
Úlceras por presión	90%	4,0	3,6	3,5
Número de pacientes > 64 años con úlceras por presión atendidos en el programa de atención domiciliaria respecto del total de pacientes > 64 años en atención domiciliaria con riesgo de úlceras de este tipo				
Atención a pacientes con curas paliativas	90%	3,6	3,6	3,9
Número de pacientes con curas paliativas atendidos en el programa de atención domiciliaria respecto del total de pacientes atendidos en atención domiciliaria				
3. Dimensión: capacidad resolutive				
Derivaciones a la atención especializada extrahospitalaria	92%	3,7	3,7	4,2
Derivaciones del equipo a la atención especializada extrahospitalaria por población atendida				
Derivaciones a la atención especializada hospitalaria	86%	3,5	3,4	3,8
Derivaciones del equipo a la atención especializada hospitalaria por población atendida				
Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios	82%	3,4	2,6	2,5
Tasa poblacional de utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por población adscrita según padrón o asegurados según el registro central de asegurados, ajustado por edad y sexo				
Derivaciones a los servicios de urgencias hospitalarios	90%	3,6	3,4	3,1
Porcentaje de visitas de los servicios de urgencias hospitalarios derivadas por el equipo de atención primaria con relación al total de visitas de los servicios de urgencias				
Atención domiciliaria de los equipos PADES	80%	3,4	4,0	3,9
Derivaciones de los equipos de atención primaria a los equipos PADES por población atendida en atención domiciliaria (programa ATDOM), ajustadas por edad y sexo				
4. Dimensión: longitudinalidad y continuidad en la atención				
Lugar asistencial habitual de los pacientes	84%	3,4	2,7	3,4
Porcentaje de población encuestada que declara tener el mismo médico de cabecera desde hace 3 años				
Cambio de médico de cabecera	84%	3,4	2,9	3,7

(Continúa en la página siguiente)

TABLA 3 Listado de indicadores y resultados de la priorización (*continuación*)

	Grado de acuerdo	Relevancia	Modificar	Factibilidad
Porcentaje de población atendida que durante el último año ha cambiado voluntariamente de médico de cabecera (no se incluyen los cambios por motivos administrativos)				
Visitas de atención domiciliaria (programa ATDOM) en personas > 74 años	94%	3,5	4,0	4,2
Visitas de atención domiciliaria en población > 74 años por población > 74 años asignada según padrón o asegurada en el registro central de asegurados				
Valoración de los ingresos sociosanitarios	90%	3,6	4,0	3,8
Porcentaje de ingresos en centros sociosanitarios derivados por el equipo de atención primaria en los que consta la valoración previa del equipo				
Atención a las altas según protocolo PREALT	91%	3,9	3,3	3,4
Porcentaje de altas de los hospitales de agudos y centros sociosanitarios incluidas en el PREALT que han tenido un contacto con la atención primaria en un período ≤ 48 h después de la fecha del alta				
Valoración de los reingresos del PREALT de los hospitales de agudos	87%	3,4	2,8	2,7
Porcentaje de reingresos del PREALT a los hospitales de agudos con valoración previa del equipo de atención primaria				
Atención y seguimiento de los pacientes con trastornos mentales severos	83%	3,5	3,1	3,0
Porcentaje de pacientes con trastornos mentales severos en los que consta la valoración del caso en el último año				
5. Dimensión: costes y eficiencia				
Coste del equipo en recursos humanos	91%	3,9	2,6	4,4
Coste del equipo en recursos humanos por población atendida				
Coste del equipo en pruebas complementarias	93%	4,0	3,8	4,5
Coste del equipo en pruebas complementarias por población atendida ajustado por edad				
Gasto farmacéutico	96%	4,3	3,9	4,6
Coste del equipo en farmacia por población atendida ajustado por edad				
Prescripción de novedades que no aportan ningún beneficio	96%	4,7	4,0	4,6
Porcentaje de envases de novedades que no aportan ningún beneficio respecto del total de envases prescritos				
Coste dosis diaria definida de antidepresivos	91%	3,8	3,7	4,6
Coste de una dosis diaria definida de antidepresivos				
Coste dosis diaria definida de antihipertensivos	94%	4,0	3,8	4,6
Coste de una dosis diaria definida de antihipertensivos				
Coste dosis diaria definida de antiasmáticos	91%	4,4	4,5	4,6
Coste de una dosis diaria definida de antiasmáticos				
Prescripción de genéricos	92%	3,7	4,4	4,7
Número de envases de especialidades farmacéuticas genéricas prescrito respecto del total de envases de especialidades farmacéuticas				
6. Dimensión: resultados				
6.1. Satisfacción del usuario				
Satisfacción acerca de las cualidades del personal	90%	4,0	3,4	3,3
Índice de satisfacción con relación a las cualidades personales del médico				
Satisfacción sobre la competencia profesional	87%	4,1	3,6	3,2
Índice de satisfacción con relación a la competencia profesional				
Satisfacción con la atención médica	100%	4,3	4,0	3,7
Grado de satisfacción de los usuarios con relación a la asistencia, explicaciones e información y trato personal del médico				
Satisfacción con la atención de enfermería	100%	4,2	4,0	3,7

(Continúa en la página siguiente)

TABLA 3 Listado de indicadores y resultados de la priorización (*continuación*)

	Grado de acuerdo	Relevancia	Modificar	Factibilidad
Grado de satisfacción de los usuarios con relación a la asistencia, explicaciones e información y trato personal de los profesionales de enfermería				
Satisfacción con la atención al usuario	100%	4,3	4,0	3,7
Grado de satisfacción de los usuarios con relación a la asistencia, explicaciones e información y trato personal recibido de atención al usuario				
Satisfacción con la organización	100%	4,3	4,0	3,7
Grado de satisfacción de los usuarios con relación a la organización general de los servicios, horarios de visita, información general del centro y atención telefónica				
6.2. Mortalidad				
Mortalidad por hipertensión y enfermedad cerebrovascular	95%	4,2	3,2	4,1
Tasa de mortalidad agregada por hipertensión y enfermedad cerebrovascular ajustada por edad y sexo				
Mortalidad perinatal	85%	4,2	2,8	3,9
Tasa de mortalidad perinatal agregada				
Mortalidad por cáncer de pulmón	93%	4,2	2,8	3,9
Tasa de mortalidad agregada por cáncer de pulmón ajustada por edad y sexo				
6.3. Procesos relacionados con la prevención				
Altas por accidente cerebrovascular	95%	4,4	3,4	4,1
Tasa de altas de los hospitales de agudos por enfermedad cerebrovascular ajustadas por edad y sexo				
Altas por cardiopatía isquémica	93%	4,3	3,1	4,2
Tasa de altas por cardiopatía isquémica ajustada por edad y sexo				
Altas por cáncer de pulmón	93%	4,3	3,0	4,2
Tasa de altas por cáncer de pulmón ajustada por edad y sexo				
Embarazos en mujeres < 20 años	91%	4,1	3,0	3,8
Tasa de embarazos en mujeres < 20 años				
Hospitalizaciones evitables	90%	4,1	3,4	3,6
Tasa de hospitalizaciones evitables ajustadas por edad y sexo, según las siguientes categorías: enfermedad cerebrovascular e hipertensión, insuficiencia cardíaca, neumonía, pielonefritis aguda, asma infantil, etc.				

PA: presión arterial; HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; PADES: programa de atención domiciliaria, equipos de ayuda; programa ATDOM: programa de atención domiciliaria; PREALT: preparación del alta hospitalaria.

las premisas, los componentes y las dimensiones que lo configuran.

3. Los contenidos metodológicos mínimos para comparar los EAP son: el EAP es la unidad de análisis, los indicadores se operativizan a través de una ficha técnica, la población atendida es el denominador de primera elección, y el de segunda, la población identificada por el registro central de asegurados. Los indicadores, siempre que sea adecuado, se ajustan por edad. La puntuación sintética, que da una visión global del EAP, se elabora a partir de las dimensiones ponderadas.

Resultado de la fase de priorización

Del total de consultantes participaron 69, es decir, el 46,3%. El 59,4% (n = 41) pertenecía al ámbito asistencial. En la tabla 3 se presenta el listado de indicadores por dimensión según el resultado de la priorización.

Se propusieron 57 indicadores distribuidos en 6 dimensiones: accesibilidad, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria, longitudinalidad y continuidad de la atención, costes y eficiencia, y resultados. En 43 indicadores se obtuvo el consenso de más del 90% de los consultores en el grado de acuerdo para formar parte del proceso de comparación de los EAP.

El volumen de indicadores que obtuvieron un valor medio > 4, en una escala de 5, en los 3 ámbitos valorados fue: en relevancia 31 indicadores, en factibilidad de la información 20, y en capacidad de la atención primaria de modificar, 15. Se identifican 9 indicadores que obtienen este valor medio en relevancia y en capacidad de la atención primaria para modificar resultados: 4 en la dimensión de efectividad, 4 en resultados y 1 en la relación coste-eficiencia. En la figura 2 se expone el porcentaje de indicadores por dimensión y ámbito de valoración, con una media ≥ 4.

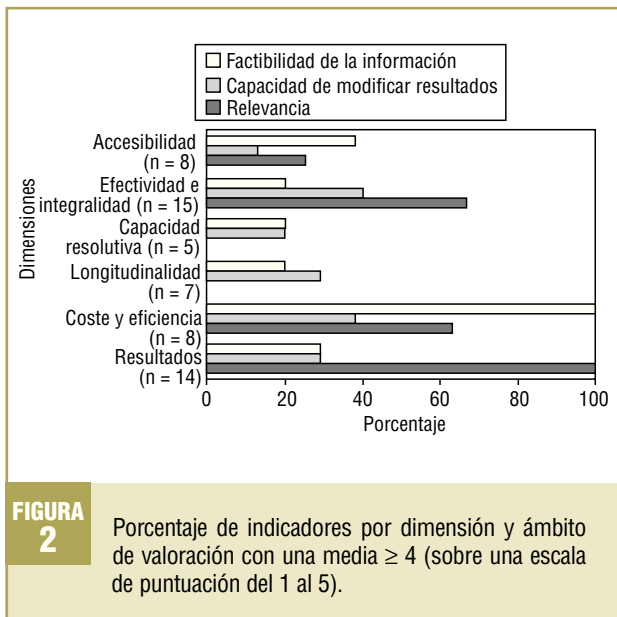


FIGURA 2 Porcentaje de indicadores por dimensión y ámbito de valoración con una media ≥ 4 (sobre una escala de puntuación del 1 al 5).

Discusión

La metodología utilizada, que combina una fase de consenso mediante reuniones de grupos focales y una fase de priorización a través de una encuesta, nos ha permitido desarrollar con rapidez una propuesta para la evaluación de los EAP de Barcelona, que supone un cambio cualitativo e innovador en el ámbito estratégico, conceptual y metodológico¹⁶. Además, ha permitido que un número importante de profesionales asistenciales, de la gestión y la planificación de la APS de nuestro entorno se implicase en el proyecto y participara en su diseño¹⁷.

Los resultados obtenidos muestran algunos aspectos que consideramos necesario destacar. Por una parte, la implicación de los profesionales y los gestores como un elemento clave, lo que es visto por los miembros del GA como «el gran reto del proceso de la evaluación». Éste es un aspecto sobre el que se tendrán que desarrollar estrategias efectivas orientadas a la diseminación de la información y a mantener la participación continua de los profesionales en la fase de desarrollo y perfeccionamiento^{18,19}.

Por otra parte, las políticas de mejora y la evaluación de los resultados obtenidos no son patrimonio exclusivo de los servicios sanitarios, ya que rendir cuentas a la sociedad de los resultados de la prestación de servicios se ha convertido en una parte inexcusable de la gestión y planificación^{20,21}.

Finalmente, la evaluación no constituye un punto final, sino que es un instrumento para generar acciones de mejora o cambio²¹⁻²⁴. En este sentido, se consideró que toda esta dinámica de consenso era fundamental para el desarrollo de una política de BM y para que ésta fuese aceptada y potenciada por los proveedores.

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Las líneas clave de la evaluación se orientan hacia la gestión global de la información, la participación, la diversificación de instrumentos y de metodologías y la transparencia de los resultados.
- El *benchmarking* es una estrategia de mejora de la calidad asistencial que persigue la excelencia de los servicios a través de la adopción de las mejores prácticas.
- Los procesos de consenso permiten la participación de los profesionales y ayudan a la aceptación e implantación de líneas de mejora.

Qué aporta este estudio

- El consenso local de profesionales y líderes de opinión de la atención primaria ha sido útil para el desarrollo de una política de *benchmarking* en la atención primaria.
- La priorización de indicadores permite identificar aspectos y dimensiones sobre los que hay un mayor consenso.
- La evaluación orienta hacia la identificación de ámbitos de mejora y el reconocimiento de los equipos con mejores resultados.

La publicación de los resultados de los servicios sanitarios como una dinámica de gestión de la calidad y el BM está ampliamente difundida en países como Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido^{25,26} y no exenta de polémica^{27,28}. En nuestro ámbito, que sepamos, sólo tiene precedente en el ámbito hospitalario a través del análisis que desde el año 2000 lleva a cabo una consultora con la participación voluntaria de numerosos centros hospitalarios españoles¹¹.

Las dimensiones de evaluación que se han descrito proporcionan una visión global del EAP, ya que incorporan los principios básicos de la APS y del sistema sanitario¹³⁻¹⁵. A la vez, facilitan la identificación de ámbitos de mejora a través de la comparación con otros EAP. Los indicadores propuestos no difieren de los que se utilizan en otros entornos, ya que el trabajo del grupo asesor estaba sustentado en la experiencia y la revisión bibliográfica^{1,7,29,30}.

La fase de priorización nos ha facilitado un listado de 57 indicadores valorados cuantitativamente por líderes de opinión y profesionales asistenciales, con un alto grado de consenso en 43. Constituye un referente que permite prio-

rizar los indicadores de evaluación y dirigir los esfuerzos de registro y recogida de información sobre aspectos en los que hay un mayor grado de consenso. Las puntuaciones asignadas a los indicadores han sido altas, probablemente porque los consultores valoraron una propuesta que ya había sido trabajada de manera consensuada por el GA.

Asimismo, cabe destacar 2 limitaciones del estudio. La primera hace referencia a la selección de los participantes, donde falta mayor representatividad del colectivo de enfermería, trabajadores sociales y pediatría, lo que puede repercutir en los indicadores obtenidos y su valoración. La segunda limitación es que, del conjunto de opiniones y propuestas surgidas del GA, no todas llegaron a la fase final. Se recogieron las opiniones mayoritariamente consensuadas y las propuestas más aisladas no quedaron reflejadas.

A pesar de las limitaciones descritas, el proceso ha permitido, con la implicación de los profesionales²², establecer las bases para impulsar una política de BM en los EAP. No obstante, es necesario sopesar la eficiencia de este planteamiento para no caer en el extremo contrario, es decir, diseñar paquetes de indicadores simplemente por disponer de la información sin que ésta acabe siendo de utilidad para el objetivo planteado³¹. En este sentido, es necesario que los indicadores sean evaluados antes y después de ser utilizados para implementar acciones de mejora^{7,28}. La metodología del BM identifica a los equipos que obtienen mejores resultados y detecta ámbitos de mejora, pero cada organización ha de analizar sus implicaciones y diseñar intervenciones, sean en el ámbito del modelo de práctica clínica, del seguimiento de criterios clínicos consensuados, de la fórmula organizativa o de los mecanismos de incentiva- ción, entre otros.

Bibliografía

- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. *Aten Primaria*. 1998;21:47-54.
- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria*. 1999;24:468-74.
- Brugulat P, Mercader M, Sèculi E. La práctica de actividades preventivas en la atención primaria y los objetivos del Plan de salud de Cataluña 1993-1995. *Aten Primaria*. 1998;22:334-9.
- Sèculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà A, Tresserras S, Salleras R. La detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de atención primaria en Cataluña. Comparación entre los años 1995 y 2000. *Aten Primaria*. 2003;31:156-62.
- Guarga A, Gil M, Pasarín MI, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000;26:600-6.
- Ponsà JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Olivet M, et al. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. *Annals de Medicina*. 2003;86:169-74.
- McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-60.
- Jiménez J, Cutillas S, Martín A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPA-5. *Aten Primaria*. 2000;25:653-62.
- Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J General Practice*. 2001;51:303-9.
- Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2003;31:382-5.
- García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:107-16.
- Public Sector Benchmarking Service. London; 2004. Disponible en: <http://www.benchmarking.gov.uk>
- Starfield B. Atenció primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. Barcelona: Masson; 2001.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the methods and findings of quality assessment and monitoring. An illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press; 1985.
- National Health Service. Performance indicators. Department of Health. London; 2003. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/nhs-performanceindicators/2002/index.html>
- Guix J. «P < 0,05 sí, pero...»: la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:55-8.
- Scanlon T, Tarrant P. Performance indicators for primary care groups. Local consensus opinion must be reflected. *BMJ*. 1999;318:803-4.
- Ruiz A, Villares AR, Sánchez P. Motivación, incentiva- ción y satisfacción profesional. *Cuadernos de Gestión*. 2001;07:85-91.
- Maíz E. La difusión de los resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:86-9.
- Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med*. 1996;334:394-8.
- Davies HT, Marshall MN. Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet*. 1999;353:1639-40.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the Evidence. *JAMA*. 2000;283:1866-74.
- Longo DR, Land G, Schramm N, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? *JAMA*. 1997;278:1579-84.
- Mulley AG. Learning from differences within the NHS. Clinical indicators should be used to learn, not do judge. *BMJ*. 1999;319:528-30.
- Canadian Institute for Health Information. Health Indicator. Ottawa; 2003. Disponible en: <http://www.cihi.ca>
- National Health Service. Commission for Health Improvement. Rating the NHS: NHS performance indicators 2003/04. London; 2003. Disponible en: <http://www.chi.nhs.uk>
- Meneu R. Top be or not Top be. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:83-5.
- Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones? *Gestión Clínica*. 2002;4,2:35-7.
- Llor C, Tamborero G, Albert X, et al. Indicadores de evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.
- Vila A, Ferré X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 2001;7:131-41.
- Kassirer JP. The use and abuse of practice profiles. *N Engl J Med*. 1994;330:634-6.

Miembros del Grupo Asesor

Lurdes Alonso (EAP Universitat), Xavier Altimiras (Consorti Sanitari de Barcelona), Ester Amado (Servei d'Atenció Primària [SAP] Sant Martí), Gemma Amorós (SAP Sant Martí), Rosa Aragonés (EAP Gòtic), Estrella Barceló (SAP Sant Andreu), Jaume Benavent (Consorti d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample), Ana Benavides (EAP Les Corts-Helios), Gladys Bendahan (SAP Eixample), Enriqueta Borràs (EAP Sanllehy), Manel Borrell (EAP Les Corts-Helios), Carles Brotons (EAP Sardanya), Glòria Brunet (EAP Via Roma), Ana Busqué (Regió Sanitària Centre), Josep Casajuana (SAP Ciutat Vella), Lluís Comalrena (EAP Carrer del Foc), Josep Costa (Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat), Josep Maria Cots (Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat), Esther Cucurull (SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi), Toni Dedeu (EAP Roquetes), Maria Lluïsa de la Puente (Regió Sanitària Centre), José Luís del Val (SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi), Josep Farrés (Consorti Sanitari de Barcelona), Sofia Ferré (Consorti Sanitari de Barcelona), Daniel Ferrer-Vidal (CAP Passeig de Maragall), Gonçal Foz (SAP Sant Martí), Francisco Godoy

(EAP Poble Sec), Àlex Guarga (Consorti Sanitari de Barcelona), Pilar González (SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi), Antoni Hidalgo (SAP Sant Andreu), Begoña Iglesias (SAP Ciutat Vella), Agnès Llatas (SAP Sant Andreu), Marcel·la Miró (Consorti Sanitari de Barcelona), Àngels Ondiviela (SAP Ciutat Vella), Maribel Pasarín (Agència de Salut Pública de Barcelona), Anna Càrol Pérez (Consorti Sanitari de Barcelona), Josep M. Picas (PAMEM), Aina Plaza (Consorti Sanitari de Barcelona), Eriqueta Pujol (SAP Sant Martí), Soledad Romea (Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat), Mercè Roura (SAP Gràcia, Horta-Guinardó), Ignasi Saenz (EAP Sardanya), Anna Salvadó (SAP Sant Martí), Susanna Sans (Programa Cronicat. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Laura Sampietro-Colom (Centre Corporatiu ICS), Josep Lluís Segú (EAP Barceloneta), Andreu Segura (EAP Barceloneta), Jaume Sellarès (EAP Sardanya), Pere Subirana (EAP Prosperitat, Río de Janeiro), Jordi Tost (EAP Pg. de Sant Joan), Dolors Vega (SAP Eixample), Carme Vidal (SAP Gràcia, Horta-Guinardó), Joan R. Villallbí (Agència de Salut Pública de Barcelona), Corinne Zara (Consorti Sanitari de Barcelona).