



REVISIÓN

¿Qué indicadores de actividad de atención primaria se ofrecen en el Sistema Nacional de Salud? Comparación entre consejerías de salud



S. García-Vicente^{a,b,*} y R. de Ramón-Frías^c

^a Unidad de Documentación Clínica y Admisión, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

^c Unidad de Documentación Clínica y Admisión, Hospital de Sagunto, Sagunto, España

Recibido el 8 de septiembre de 2020; aceptado el 9 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 26 de diciembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Indicadores;
Atención Primaria de Salud;
Datos sanitarios;
Transparencia:
acceso abierto a la información;
Indicadores de calidad

Resumen Se plantea la identificación y evaluación de indicadores de actividad asistencial específicos de atención primaria y medicina de familia, de las Consejerías de Salud autonómicas, analizando sus experiencias. Se ha desarrollado un estudio observacional descriptivo de información asistencial en webs institucionales y su disponibilidad, accesibilidad y calidad, ofrecida entre 2015-2020. Se ha conformado una muestra de 19 webs. La información es de libre acceso, agregada a nivel regional/área, actualizada (2018) y mostrada en «pdf». Por sexo y edad solo distinguen Cataluña y Valencia. Indicadores más utilizados: tarjetas asignadas, frecuentación y presión asistencial. Indicadores promedio por comunidad: 6. Se han mostrado las experiencias relevantes por cada CC. AA. destacando Cataluña y Madrid al ofrecer calidad asistencial y resultados en salud. El debate constructivo se centra en ofrecer una propuesta coordinada de información sobre calidad y resultados en salud, accesible, relevante, comprensible y actualizada, aprendiendo de las mejores prácticas actuales.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Indicators;
Primary Health care;
Healthcare data;
Transparency: Open access to information;
Quality indicators

What indicators of primary care activity are offered in the Spanish National Health System? Comparison between regional governments health departments

Abstract The identification and evaluation of specific health care activity indicators of primary care and family medicine of the regional health ministries is proposed, analyzing their experiences. A descriptive observational study of healthcare information on institutional websites and its availability, accessibility, and quality, offered between 2015-2020 has been developed.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergiogvi@comv.es (S. García-Vicente).

A sample of 19 websites has been compiled. The information is freely accessible, aggregated at the regional/area level, updated (2018) and in "pdf" format. Only Catalonia and Valencia discern by sex and age. Most used indicators: assigned cards (health coverage), attendance and healthcare pressure. Average indicators per community: 6. The current experiences in indicators and activity data of primary care and family medicine at the level of the Spanish National Health System are shown. Catalonia and Madrid have stood out in offering quality of care and health outcomes. The constructive debate focuses on offering a coordinated proposal of information on quality and health outcomes, accessible, relevant, understandable, and updated, learning from current best practices.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la época actual la función de la atención primaria es más que esencial en la atención sanitaria y social de la ciudadanía. Pero su situación respecto a la atención hospitalaria, con la planificación sostenida sobre ellas desde incluso antes del establecimiento del Sistema Nacional de Salud español (SNS) tal cual lo conocemos (Ley General de Sanidad)¹ y otros factores tanto profesionales como sociales, empresariales (proveedores) y, políticos, la ubican en una espiral continua de polémica.

Cuando se solicitan «*datos de actividad*» (cantidad y calidad de los cupos, n.º y tipo de consultas por horarios, interconsultas «a especializada», tiempos de espera, calidad en la atención a determinados grupos de pacientes/patologías, detección de violencia de género...) desde los niveles de gestión directivos (direcciones generales, gerencias, jefaturas de área) para cada zona básica de salud y por profesional, para refrendar qué se hace en los centros de salud y también con la visión de la programación de mejoras organizativas, es frecuente la discusión entre el concepto de cada indicador utilizado y la variedad de sus resultados, incluso entre lo que cada equipo de atención primaria y/o cada profesional considera que hace y lo que «se ofrece en esos datos».

Un indicador² es una medida útil, fiable y aceptable a nivel profesional, para la evaluación de aspectos destacados de la atención sanitaria, fomentando la participación ciudadana y profesional así como la mejora continua a través de la comparación y el aprendizaje de las buenas prácticas.

Encontramos por tanto una asimetría entre profesionales en el conocimiento de la información de actividad y resultados en salud, acrecentada si valoramos la escasa comprensión de la ciudadanía respecto a qué hace y qué consigue el equipo de profesionales de su centro de salud o consultorio.

Esta asimetría se ha acrecentado desgraciadamente en esta temporada dada la disputa en la gestión de los datos epidemiológicos relacionados con la «COVID-19»³⁻⁵, su disparidad^{6,7} y la singular actividad que se está realizando desde la atención primaria (atención presencial y no presencial) siguiendo las directrices de los niveles de macrogestión (política sanitaria).

Y todo ello contando en nuestro medio, SNS español, con recomendaciones desde «*Transparencia Internacional - España*» («*datos y metodología*»)⁸ al refrendo legislativo tanto para la misma transparencia y buena gobernanza (basada a nivel europeo en la apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia⁹) con la «*Ley 9/2013, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno*»¹⁰, como de la misma forma para la apertura de los datos de los servicios y unidades asistenciales y de los epidemiológicos a través de la «*Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*» (artículos 6, «*Derecho a la información epidemiológica*» y, 12, «*Información en el Sistema Nacional de Salud*»)¹¹ y, la «*Ley 16/2003 de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud*» (artículo 53, «*Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud*»)¹².

En relación a la actividad de la atención primaria, desde hace prácticamente dos décadas disponemos de bases oficiales de datos de información sanitaria que de forma anual recaban qué se hace en el primer nivel asistencial: léase «*Sistema de Información de Atención Primaria*» (SIAP)¹³ aprobado por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad en 2004 y cuyo objetivo es disponer de datos estadísticos oficiales del primer nivel asistencial en su conjunto, así como la «*Base de Datos Clínicos de Atención Primaria*» (BDCAP)¹⁴ que recoge anualmente información clínica codificada y normalizada de una muestra aleatoria de historias clínicas (un 10%) con representación a nivel de comunidad autónoma y, para fines estadísticos y de investigación. SIAP y BDCAP incluyen variables como población asignada, consultas, tipo de actividad (ordinaria/urgente), frecuentación, problemas de salud activos e intervenciones realizadas a nivel de interconsultas, procedimientos y farmacia. En esta línea incluso se aprecian destacadas iniciativas que analizan estos datos y publicitan qué se hace a nivel de cada comunidad autónoma¹⁵ respecto a n.º de centros, población asignada, cupos, consultas (de medicina de familia, pediatría y enfermería) así como ratios de médicas/os por centro.

La discusión sigue, cuando los registros proporcionan actualmente a cada profesional de atención primaria,

información en tiempo real de qué hace, cómo y qué sucede con los usuarios de cada cupo.

En líneas generales, el rendimiento de cuentas desde la transparencia mejora la confianza en la organización y potencia la participación tanto de profesionales como de usuarios y pacientes, dado que permite valorar y aprender de las mejores prácticas, asistenciales y organizativas, al mismo tiempo que equipararse¹⁶, fomentando con ello la mejora continua de la (consabida) calidad asistencial. Sería un ideal armonizar los sistemas de información y alcanzar la comparación abierta de los servicios sanitarios entre y dentro de las comunidades autónomas (CC. AA.), fuera de compartimentos estancos clásicos, contrastando acciones y resultados de centros y equipos asistenciales, ofreciendo así una evaluación de cada organización con la que responder a las necesidades actuales y realizando una previsión de las futuras, con relación a la atención sanitaria según la evolución social y epidemiológica^{17–19}.

Pero ¿cómo es la oferta de datos de actividad asistencial para la atención primaria en el SNS? Los «índices de rendimiento clínico» a nivel hospitalario están establecidos normativamente^{20–22} pero no se ha alcanzado este nivel legislativo para la atención primaria. Desde luego los indicadores existen y se publican (SIAP, BDCAP) pero se hace altamente deseable avanzar hacia datos no tan solo cuantitativos (cuántas consultas, cuántos médicos, cuántas interconsultas, cuántas personas por cupo) sino cualitativos, que valoren el funcionamiento de las organizaciones incluso a nivel cuanto menos, de equipos de atención primaria (cuando las agendas ya se ofertan a través de portales web institucionales o «apps» específicas^{23,24} generalizadas). Esto es, pasar de los datos clásicos de indicadores de estructura a los resultados en salud de cada organización, de cada centro y equipo, con información y documentos que los expresen de forma comprensible y relevante para profesionales y para la comunidad a la que sirven.

Con todo ello, el *objetivo* de este estudio ha sido identificar y evaluar qué indicadores de actividad asistencial de la atención primaria, específicos de medicina de familia y comunitaria, publicitan las Consejerías de Salud de las CC. AA., en el seno del SNS español.

Material y métodos

Se instauró un estudio observacional, descriptivo, con una comparación cuantitativa. Se parte, localizados por buscadores generales de Internet, de los portales web institucionales de las consejerías/consellerías de salud/sanidad y, de transparencia en el caso de que existan específicamente, de cada comunidad autónoma así como de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (gestionadas por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA– Ministerio de Sanidad). Como marco de referencia se aporta el contexto más amplio que ofrecen tanto los indicadores e información de SIAP desde el portal web específico del Ministerio de Sanidad así como a nivel sanitario europeo a través de los indicadores de la «*Organisation for Economic Co-Operation and Development*» (OCDE), la Unión Europea y, la sección de la WHO-OMS para Europa.

En cada uno de los portales web se realiza una búsqueda independiente entre dos observadores, encontrando y

evaluando las páginas web de cada portal institucional respecto a la actividad de gestión asistencial de atención primaria y medicina familiar, siguiendo el método propuesto para una publicación anterior²⁵ y la experiencia tomada en cuenta para evaluar estos parámetros del proyecto «*TransparEnt*»²⁶ de la Universitat Autònoma de Barcelona, que propone criterios y herramientas para realizar una comunicación transparente y de calidad.

Se analizó la existencia de indicadores, seleccionados con los siguientes criterios de inclusión:

- Aportación de actividad de atención primaria y/o medicina familiar. Ofrecidos libremente vía web, sin necesidad de solicitudes o de pago alguno. Relacionados con la actividad entre los años 2015 a 2020.

Estos criterios se complementaron con un análisis respecto a:

- Facilidad de hallazgo de la oferta de datos: referencia a la sencillez de encuentro vía web, de la oferta de datos de actividad asistencial.
- Accesibilidad: disposición libre, o no, de la información.
- Calidad de la información: la información se presenta de forma agregada (a nivel macro de toda la organización pública) o, desagregada (por zonas básicas/equipos/centros); actualización de los datos ofertados: ejercicio anual al que corresponden los datos (2015 a 2020); formato de presentación: en línea (estáticos) en la propia web, en «pdf» («*Portable Document Format*»), Word®, Excel® u otros; visión de distribución de actividad por sexo y/o por edad: distribución de resultados por mujeres y hombres y, por franjas de edad.

Los criterios de exclusión se centraron en: ser indicadores relacionados con atención urgente (fuera de horario ordinario), prescripción farmacéutica, acuerdos de gestión y calidad asistencial, atención a patologías y/o grupos de pacientes concretos y, con unidades de apoyo (salud mental, conductas adictivas, salud odontológica, fisioterapia y salud sexual y reproductiva).

En cuanto a las variables de estudio, se tomó como variable independiente la existencia de los resultados de indicadores de actividad específicos de atención primaria y medicina familiar. Y como variables dependientes, el número de indicadores y su publicidad abierta.

En una siguiente parte se analizaron los diferentes indicadores de actividad asistencial de medicina familiar en atención primaria, por cada referencia autonómica.

El período de exploración y análisis de la información, realizado por una observadora y un observador de forma independiente, comprendió entre el 01/06/2020 y el 15/08/2020.

El análisis estadístico consistió en la valoración descriptiva de la información recogida e integrada para su evaluación en una matriz de datos en «Excel® Microsoft365®». La unidad de análisis utilizada se compone por cada una de las CC. AA. Se estimó la concordancia inter-observadores de valoración independiente de información mediante la aportación del índice de acuerdo Kappa de Cohen (κ).

Tabla 1 Comunidades y ciudades autónomas evaluadas, con las referencias iniciales a nivel europeo y estatal

Organización /CC. AA. *	Información	Facilidad	Libre	Agregada/desagregada	Actualización	Formato	Visión de sexo y/o edad
OCDE - Health Care Quality Indicators - Primary Care	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2017	Web - Excel - CSV	Por sexo y edad
European Commission (EU) - Public Health	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2017	Web - Excel - CSV	Por sexo y edad
WHO European Health for All database (HFA-DB)	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	Web - pdf - Excel	Por sexo y edad
MINSAN - SIAP	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	Web, pdf, Word, Excel, PPT, Tiff, CSV	Por sexo y edad
INGESA – Ceuta y Melilla	Sí	No	Sí	Agregada	2018	pdf	Ni sexo ni edad
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	Web - Excel - CSV	Sí, sexo; no, edad
Aragón	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	pdf - Excel	Ni sexo ni edad
Asturias	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2020	Web - pdf	No, sexo; sí, edad
Baleares	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	pdf	Ni sexo ni edad
Canarias (Gran Canaria)	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	Web - pdf	Ni sexo ni edad
Canarias (Tenerife)	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	pdf	Ni sexo ni edad
Cantabria	Sí	Sí	Sí	Agregada	2017	pdf	Ni sexo ni edad
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2019	Web - Excel	Ni sexo ni edad
Castilla-La Mancha	No disponible						
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	pdf - Excel	Por sexo y edad
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	pdf - Excel	Por sexo y edad
Extremadura	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	pdf	Ni sexo ni edad
Galicia	Sí	No	Sí	Desagregada	2018	pdf	Ni sexo ni edad
La Rioja	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	pdf	Ni sexo ni edad
Madrid	Sí	Sí	Sí	Desagregada	2018	Web - pdf	No, sexo; sí, edad
Murcia	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	Web - pdf - Excel	Ni sexo ni edad
Navarra	Sí	Sí	Sí	Agregada	2018	pdf	Sí, sexo; no, edad.
País Vasco	Sí	Sí	Sí	Agregada	2019	pdf	Ni sexo ni edad.

* Cada «organización – CC. AA.» dispone de un hipervínculo activo (primera columna) con el que referenciarse a cada una de ellas.

Resultados

Desde una muestra total de 98 sitios web evaluados, se genera (encabezado con las referencias europeas y del Ministerio de Sanidad para comparación) un grupo referente (tabla 1) de 19 webs de servicios públicos de atención primaria de salud. Se incluyen dos, en el caso de Canarias al constatarse diferencias en su evaluación entre las dos provincias, teniendo el contrario entre Cáceres y Badajoz que al aportar la misma información (y no agregarse) se ha tomado solo una de ellas.

Como reseña para la OCDE, UE y OMS Europa, la información es amplia, libre, de fácil manejo, por sexo y edad y, descargable en diversos formatos.

Para el SNS, hay que indicar que excepto para Castilla-La Mancha, que no se ha podido hallar, las CC. AA. disponían de información de actividad de atención primaria, con cierta sencillez en su encuentro (desde un motor de búsqueda general, el inicio de su portal web institucional o localización en el mismo) con excepción para Ceuta y Melilla y Galicia. En todos los casos la información es de libre acceso, sin necesidad de identificación. Muestran las fuentes de información de los datos y las fichas metodológicas de definición de los indicadores.

Once referencias muestran la información agregada, a nivel de comunidad autónoma o áreas de salud (en este último caso se encuentran Baleares, Comunidad Valenciana y Murcia). La información está actualizada mayoritariamente para 2018 (solo Cantabria, se mantiene en 2017 y Castilla-León y País Vasco en 2019, aportándose 2020 para Asturias dado que se encontró una web donde se exponían mensualmente los datos hasta enero de 2020). El formato mayoritario para la descarga de información es en formato «pdf», para 16 referencias. En cuanto a la perspectiva de sexo y edad, doce no diferencian los datos ni por sexo ni por edad, dos solo por sexo, dos solo por edad y dos (Cataluña y Comunidad Valenciana) por sexo y por edad.

El análisis de los indicadores por cada una de las referencias, incluidas la estatal y las europeas como comparación, aporta que los indicadores más utilizados (en 13 CC. AA.) son los de tarjetas asignadas, frecuentación y presión asistencial (tabla 2).

Como aportaciones y por CC. AA. se destacan las siguientes características, incluidas las singulares:

- Ceuta y Melilla referencia la actividad básica de ratios de población por médico de familia, n.º de consultas, presión asistencial y frecuentación.
- Para Andalucía se han mostrado dos referentes de información, desde su consejería de salud y desde el portal estadístico autonómico, que ofrece datos con mayor amplitud.
- Aragón diferencia las consultas en centro como presenciales y no presenciales.
- Asturias también aporta dos ofertas de información, tomándose la de su «memoria» (como referente) pero destacándose como hecho singular en la segunda referencia específica de atención primaria, que hasta enero de 2020 se ha publicado un informe mensual de actividad por zonas de salud.
- Baleares reconoce en este ejercicio con su memoria de 2018 y dos indicadores para atención primaria, no haber actualizado información desde 2010.
- Canarias: entre Tenerife y Gran Canaria se decidió aportar ambas por las diferencias de publicación especialmente en formato aun siendo de una misma organización autonómica.
- Cantabria no aporta referencias destacadas relacionadas con la atención primaria.
- Castilla y León recurren a dos webs distintas en su oferta («Salud» y «Portal de Transparencia»), con infografías llanas fácilmente descargables.
- Cataluña (y su iniciativa, «*Observatori del Sistema de Salut*») se centra mayoritariamente en la calidad asistencial (por ello se han incluido al no ofrecer otros datos; distribuye los indicadores en las áreas de «adecuación, efectividad, eficiencia, añadiendo valor a la práctica clínica, indicadores de tecnologías de la información y la comunicación y estándar de calidad asistencial») con referencia a las «eConsultas».
- Comunidad Valenciana desgrana el tipo de cita y de consulta, y es, con Cataluña, las únicas que aportan información por sexo y por edad.
- Para Extremadura se aporta Badajoz que sigue la línea de Cáceres (o, viceversa) y con la aportación de las interconsultas al segundo nivel por zonas de salud y especialidad.
- En Galicia se toma Vigo como ejemplo al no encontrarse el nivel institucional de información. Incluyen las «teleconsultas por centro».
- La Rioja relaciona información básica de actividad.
- Madrid, desde su «*Observatorio de Resultados*» muestra la relación de indicadores por centro de salud y permite la comparación abierta entre ellos y, también centrándose en la calidad asistencial.
- Murcia desde su «*Observatorio de resultados*» y por áreas de salud, recoge información básica de actividad, así como de calidad.
- Navarra se mantiene en la línea de la frecuentación y n.º de consultas, por áreas.
- País Vasco, de forma agregada, aporta las consultas con llamadas telefónicas.

Como formato llano para valorar la información expuesta sobre indicadores y su categorización (tabla 2) se ha realizado una desagregación basada en los indicadores observados por CC. AA. cuantitativos y cualitativos (tabla 3).

La diferencia cuantitativa del n.º de indicadores utilizado para reflejar la actividad de cada red asistencial de atención primaria se sitúa entre los dos de Baleares, Cantabria y Galicia, a los 34 de Asturias, con un promedio de 6 indicadores utilizados por cada CC. AA. (incluyendo Ceuta y Melilla).

La interpretación de la evaluación de los datos se consideró adecuada: la concordancia entre observadores fue del 87,1% con un índice de acuerdo Kappa (κ) de 0,83 («muy bueno»).

Discusión

Desde la generación del SIAP y la BDCAP, se ha seguido mejorando en la referencia documentada a la actividad

Tabla 2 Indicadores por organización/CC. AA., categorización de los indicadores y n.º cuantitativo total de indicadores**RELACIÓN DE INDICADORES POR CADA ORGANIZACIÓN VALORADA**

(A partir de «INGESA», relación de las CC. AA.: n.º total, entre paréntesis)

OCDE - Health Care Quality Indicators - Primary Care, dos áreas: prescripción (11; incluye pacientes diabéticos, pacientes mayores con benzodiazepinas, anticoagulantes, antibióticos, polimedicados, opioides y, antipsicóticos) y atención primaria (9: abarcando hospitalizaciones de pacientes con asma, EPOC, insuficiencia cardiaca, hipertensión, diabetes y amputaciones en pacientes diabéticos).

European Commission (EU) - Public Health: «Others indicator: Healthcare quality indicators and patient reported measures: Primary Care» (redirecciona a *Health Care Quality Indicators - Primary Care de la OCDE*).

WHO European Health for All database (HFA-DB): General practitioners per 100.000.

MINSAN - SIAP, profesionales por CC. AA.: Medicina de familia. Ratios SNS. Población asignada (y características). Actividad en consulta ordinaria: n.º de consultas (por CC. AA.). Frecuentación: general, por usuario, ajustada. Actividad: consultas (por CC. AA., provincia, área de salud); lugar: centro sanitario, domicilio. Personas distintas: usuarios efectivamente atendidos, con independencia del número de veces que hayan sido visitados en el año.

MINSAN - BDCAP, problema de salud: problemas de salud que han estado «activos» en el año de estudio y que constan registrados en la historia clínica de forma codificada (CIAP). Interconsultas: solicitudes para que un paciente sea atendido por un especialista hospitalario, por especialidades. Visitas: cualquier contacto del usuario con alguno de los profesionales del centro de salud. Variables de cruce, clasificación, estudio, estratificación.

INGESA - CEUTA y MELILLA (4). Ratio población con tarjeta sanitaria por médico de familia. N.º de consultas (total). Presión asistencial (número de usuarios atendidos/profesional/día: n.º medio de consultas atendidas en el centro y domicilio por profesional y día). Frecuentación (n.º de consultas ordinarias por habitante y año).

ANDALUCÍA (3). Actividad asistencial. Número de consultas por servicio y porcentaje según sexo de la persona atendida. Consultas en el centro y en el domicilio; total.

Andalucía: estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Primaria. Profesionales (total y, por 100.000 habitantes; por distrito; provincia; por tramos de población por provincia); cupos según tramos de población por distrito: consultas atendidas y lugar por sexo, por provincia; indicadores de actividad: consultas, consultas/día, frecuentación; personas atendidas y frecuentación por usuario según sexo y grupo edad por distrito; consultas y frecuentación general según sexo y grupo de edad por distrito: edad y sexo; media diaria de consultas según grupo profesional por distrito; consultas de medicina de familia según sexo y lugar de atención por distrito; frecuentación general según grupo profesional y sexo por provincia.

ARAGÓN (16). Estadísticas asistenciales, actividad ordinaria: centro (SIAP: presencial, no presencial y porcentaje de no presencial), domicilio y total.

Frecuentación (por zona de salud): total, en domicilio, en centro. Presión asistencial/día. Promedio tarjeta individual sanitaria. Promedio de pacientes asignados al médico de familia por zona básica de salud. Radiología: tasas TAC/ECO/RMN por 100.000 habitantes. Índice de eficiencia de derivación.

ASTURIAS (por área de salud 34), consultas: 3. Presión asistencial: 3. Porcentaje consulta concertada centro: 1. Frecuentación: 2. Población: 2. N.º total de episodios: 1. Demanda: 4. Derivación: 18

Tabla 2 (continuación)

Actividad de atención primaria (Asturias): Por mes, áreas y, zona básica de salud: N.º total de consultas, consultas centro y consultas domicilio (3). Presión asistencial real (1). Derivaciones (18): laboratorio (6), radiología (6) e interconsultas (6).

BALEARES (2). Consultas realizadas (total, en centro y en domicilio).

CANARIAS (Gran Canaria) (6). Consultas totales a demanda y concertadas (en centro y domicilio). Índice de utilización: porcentaje de pacientes adscritos que acudieron al menos una vez a la consulta, según año y profesional. Índice de rotación: número de veces que cada paciente acudió a la consulta, según año y profesional. Agendas sin demora: porcentaje de agendas con espera menor o igual a una jornada laboral según categoría profesional. *N. de los A.: no se valoran las «derivaciones» al no ser específicas de medicina de familia («derivaciones a especialidades hospitalarias por cada 100 consultas de Atención Primaria»).*

CANARIAS (Tenerife) (6). Consultas (total y, consultas/día). Presión asistencial (por zona básica de salud). Cupos medios. Índice de utilización. Índice de frecuentación.

CANTABRIA (2). Citas (total). Derivaciones (total).

CASTILLA Y LEÓN (3). Médicos de familia (total; por 100.000 habitantes; ámbito urbano y rural); n.º tarjetas sanitarias médico; presión asistencial (n.º consultas atendidas/día y profesional): por área de salud, centro de salud y trimestre.

Portal de «Transparencia» Castilla y León (Indicadores sanitarios): (diferenciando ámbito urbano y semiurbano - rural - total): presión asistencial y frecuentación por área de salud (*N. de los A.: al coincidir con la «presión asistencial» no se contabiliza como otro indicador*).

CASTILLA-LA MANCHA (no institucional: ej. con memoria Área de Salud de Toledo). *No disponible.*

CATALUÑA (6 áreas, en cursiva). *Datos generales* (5): Población asignada; n.º de visitas. *Adecuación* (7): n.º de visitas, tasas de hospitalización evitables, pacientes polimedicados, índice de calidad de la prescripción farmacéutica (IQF). *Efectividad* (10): población en atención domiciliaria, cobertura vacunal, prevalencias, consumidores de grupos farmacoterapéuticos. *Eficiencia* (6): n.º de recetas por usuario, gasto farmacia por usuario, costes por pacientes tratados con grupos farmacoterapéuticos. *Proyecto Esencial - Añadiendo valor a la práctica clínica* (4): consumidores de grupos farmacoterapéuticos, uso inadecuado de «PSA», riesgo cardiovascular bajo. *Indicadores de TIC* (4): utilización eConsulta. *Estándar calidad asistencial* (7): % de población de 14-80 años con diversos estándares (tratamiento antiagregante, antihipertensivo, control HbA1C, hipotiroidismo, consumo de alcohol, atención domiciliaria, control de tensión arterial).

COMUNIDAD VALENCIANA (6). N.º médicas/os; distribución por departamento de salud y sexo). Tarjetas asignadas; ratio de tarjetas. Consultas realizadas. Consultas por tipo de cita: con cita previa, sin cita previa, no consta cita previa, total. Consultas por orden de actividad: primeras, sucesivas, total (por departamento de salud). Indicador de gestión de la hiperfrecuentación (no específico de medicina familiar). Tasa de frecuentación (no específico).

Tabla 2 (continuación)

EXTREMADURA (5). (N. de los A.: dos áreas, Badajoz y Cáceres, se toma como ej. la primera): Recursos humanos (médico/a de familia). Actividad asistencial (comparativa entre las zonas de salud): n.º total de consultas; frecuentación media; presión asistencial total; presión asistencial en domicilio; interconsultas a segundo nivel por zona de salud (totales) y por especialidad.
GALICIA (2). (No institucional: ej. con memoria de «Área Sanitaria de Vigo»). Consultas; por tipo de cita (consultas: programadas, demanda, receta; citas: presencial, domicilio, telefónicas, ausente, vía pública); teleconsultas solicitadas (por centro). Indicadores: citas efectivas x 1000 habitantes mayores de 14 años. Personal sanitario: Licenciados sanitarios: Médico de familia.
LA RIOJA (4). Población tarjeta sanitaria por zonas básicas de salud; atención al usuario; personal (médico en EAP); actividad en consultas (en el centro de salud; a domicilio; frecuentación; total).
MADRID (4). Indicadores (por centro de salud), datos generales: 4 (detallando «medicina de familia»). Efectividad clínica y seguridad del paciente: 33 (no específicos de «medicina de familia»). Eficiencia: 5 (no específicos). Atención al paciente: 12 (no específicos). Docencia e investigación: 6 (no específicos).
MURCIA (5). Observatorio de resultados (por área de salud), accesibilidad: cobertura de vacunación (4). Efectividad y eficiencia (12; 3, determinaciones y control; 9, prescripciones). <i>Calidad percibida</i> : Atención primaria (9; 2, específicos de «médico»). <i>Recursos y actividad</i> , recursos de atención primaria: 5 (1, «médicos de familia»: dato global). Actividad: 5 (2, de «medicina de familia»: presión asistencial y, ratio de población asignada por médico).
NAVARRA (3). Frecuentación (n.º de consultas/habitante/año: medicina general y pediatría; medicina general) por áreas de salud; Medicina general: n.º de consultas (demandada; programada; hombres, mujeres).
PAÍS VASCO (5). Consultas totales; consultas llamadas telefónicas; consultas diarias; estrategia: gasto (nuevas plazas; inversiones: sistemas de información y equipamiento)

Cada «organización – CC. AA.» dispone de un hipervínculo activo (primera columna) con el que referenciarse a cada una de ellas.

Tabla 3 Indicadores desagregados como cuantitativos y, cualitativos (por CC. AA.; solo aparecen aquellas que disponen de los mismos)

Información sobre indicadores cuantitativos (<i>marcado con «X» quién dispone</i>).								
	N.º profesionales	Información sobre cupos	Actividad	Frecuentación	Presión asistencial	Tasas ECO/TAC/RMN	Derivación	Demora
Ceuta y Melilla		X	X	X	X			
Andalucía			X					
Aragón		X	X	X	X	X	X	
Asturias		X	X	X	X		X	
Baleares			X					
Canarias (Gran Canaria)			X					X
Canarias (Tenerife)		X	X	X	X			
Cantabria			X				X	
Castilla y León	X	X		X	X			
Cataluña		X						
Comunidad Valenciana	X	X	X	X				
Extremadura	X		X	X	X		X	
Galicia	X		X	X				
La Rioja	X	X	X	X				
Madrid			X		X			
Murcia	X	X	X		X			
Navarra			X	X				
País Vasco			X					
Información sobre indicadores cualitativos	Adecuación	Efectividad	Eficiencia	Uso TIC	Calidad	Seguridad	Docencia/ Investigación	Accesibilidad
Cataluña	X	X	X	X	X			
Madrid		X	X			X	X	
Murcia		X	X		X			X

asistencial de la atención primaria, con enfoques hacia los resultados en salud (partiendo de la morbilidad atendida). En el camino se han generado aportaciones constructivas, dada la gran cantidad de información disponible que no siempre se difunde y, que no es comparable²⁷ (se avanza en su mejora y en su transparencia pero seguramente esta información es poco conocida y utilizada sobre todo en el nivel clínico de cada profesional de medicina familiar). Se ha podido visualizar desde qué procedimientos se realizan (Atlas de Variaciones en la Práctica Médica – Atlas VPM)²⁸ a propuestas de «*indicadores de atención primaria, recomendados, dudosos y no recomendados*» (Sociedad Española de Calidad Asistencial-SECA²⁹), pasando por zonas básicas de salud que exponen sus «*memorias de centros de salud*»³⁰ o proyectos de mejora en el entorno de indicadores de calidad³¹⁻³⁴ y eficiencia específicos para el ámbito de la atención primaria y que sean útiles en la toma de decisiones tanto a nivel directivo como clínico³⁵ y de los que se hace necesario valorar, aprender y alinear en un proyecto común de calidad de la atención primaria de salud, disponiendo de resultados futuros de salud, comparables³⁶.

Si nos adentramos en la «Resolución de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria»³⁷ en ella se nombra el compromiso de las/los profesionales con «los indicadores de evaluación de la actividad en términos de impacto en resultados en salud», desde la autoría de sociedades científicas, colegios profesionales, CC. AA. y representantes de la ciudadanía, mostrando de nuevo la dirección de la información de la actividad, más allá de la normativa y legislación, a la que se suman tanto declaraciones éticas³⁸ como publicaciones en nuestro entorno local que siguen abogando por la rendición de cuentas, la transparencia y el buen gobierno en las organizaciones sanitarias públicas³⁹.

Disponemos de interesantes iniciativas en el SNS, pero la trayectoria hasta ahora es dispar y seguramente se puede indicar un escaso peso de los indicadores relacionados con la atención primaria respecto a los de atención hospitalaria (mucho más detallada), en el nivel de la «macrogestión» sanitaria: sirva que los «*Indicadores clave del SNS*»⁴⁰ contabilizan 267, con solo 5 específicos de atención primaria (uso: frecuentación (4) y, gasto (1): porcentaje de gasto sanitario en atención primaria).

La voluntad política, directiva y la profesional, aunada y real, es necesaria para la implantación de un sistema de información y unos indicadores representativos, únicos y fiables por cada zona de salud del SNS, que cuanto menos ofrezca la actividad, resultados en salud y estrategias a futuro, aprendiendo de las mejores prácticas al fomentar la comparación.

El debate sobre el desenfoque de la información sanitaria⁴¹, los datos «cerrados»⁴² y el volumen de pacientes atendidos por día⁴³ es continuo (y no precisamente solo por la COVID-19). ¿Es parte de la centralidad de la atención primaria, al ser otra discusión histórica? Puede entenderse que así es, pero al mismo tiempo le debe superar el objetivo de cualquier médica y médico de familia por la excelencia asistencial con la lealtad y el reconocimiento ciudadano y la satisfacción profesional, que lejos de «aplausos» debería seguir centrando los esfuerzos mostrando sus acciones a nivel cualitativo y no solo, cuantitativo, con una correcta

gestión de la información así como su edición con los indicadores adecuados. Todos los agentes participantes merecen conocer qué se hace, por qué, qué se resuelve y a qué coste (socioeconómico) en relación con la planificación estratégica, al menos por zonas de salud y partiendo de los «planes de salud» autonómicos. Desde la transparencia, real, con información accesible, comprensible y relevante, el planteamiento de «cuánto de bueno es mi médica, mi enfermera de familia, de cabecera» se encuentra sobre la mesa (si «en la calle» e incluso las redes sociales se polemiza sobre ello e incluso si es necesario, llegamos a buscar a colegas experimentados mediante Internet⁴⁴), planeando desde hace años el «big data», el «open data» y el «real world data»⁴⁵⁻⁴⁷, hechos que no deberían asustarnos y que deberíamos aprovechar para aportar valor a la práctica asistencial diaria. La información es poder y al compartirla se puede ofrecer un servicio público sostenible⁴⁸.

Como *debilidades de este trabajo* y a pesar de la búsqueda y análisis de información por dos investigadores, es factible poder haber obviado datos, reseñas y/o documentos institucionales de referencia. Reconocemos los cambios periódicos de las páginas web en Internet, aun incluyendo el hipervínculo para cada fuente de información. En algunos casos (Andalucía, Asturias, Canarias y Castilla-León) se tomó la decisión de mostrar la dualidad de oferta informativa (que debería conducir a la reflexión constructiva de su porqué en estas disparidades de datos), así como se reconoce la dificultad en la valoración de los indicadores de Cataluña al no ser estrictamente «de actividad» (por lo que se ha aportado el descriptivo por áreas de indicadores).

Esta *línea de investigación* se entiende como necesaria para aportar un marco de valoración para la cooperación y mejora entre grupos de trabajo de los organismos públicos de gestión sanitaria en las CC. AA., con el debido reconocimiento a la actividad de atención primaria, en general y, la medicina de familia y comunitaria en particular. Se hace necesario continuar mejorando la comparación cualitativa y cuantitativa con los indicadores hospitalarios.

Su *aplicabilidad clínica* hace referencia al objetivo de mostrar a las/los médicos de familia, qué se presenta públicamente por cada servicio de salud autonómico e incluso qué no se ofrece, mostrando una comparación entre CC. AA. para aportar a la mejora de los registros, más allá de indicadores (¿por qué 6 de promedio?) y de la valoración de la frecuentación poblacional y de la presión asistencial, evaluando la calidad de la atención, su aportación a los resultados en salud y la calidad de vida individual y comunitaria, y favoreciendo una base común de registros e información sanitaria relacionada con la atención primaria.

Conclusiones

Se han identificado y evaluado los indicadores de actividad asistencial de atención primaria y de medicina familiar, de los sistemas sanitarios públicos a nivel de cada comunidad autónoma, siendo dispares en su número y uso, centrados en la frecuentación y presión asistencial y escasos en el conjunto de indicadores del SNS.

Hay información disponible, con escasas experiencias simultáneas en calidad asistencial y resultados en salud (se enfatizan las experiencias de Cataluña y Madrid) y

áreas donde deberían centrarse estos datos por encima de «acuerdos de gestión» a través de una propuesta coordinada de indicadores de atención primaria a nivel del SNS, por categoría profesional, accesible, relevante y comprensible, actualizada a corto plazo, aprendiendo de las mejores prácticas actuales.

Este trabajo ha tratado de aportar una visión constructiva que humildemente sirva para debatir positivamente en un entorno cooperativo entre instituciones, organizaciones y sociedades científicas, profesionales y ciudadanas.

Es posible y, es factible, desde luego.

Autoría/colaboradores

Tanto la autora, como el primer autor y autor responsable, han realizado contribuciones sustanciales en cada uno de los siguientes aspectos: 1) la concepción y el diseño del estudio, la adquisición, análisis e interpretación de los datos, 2) los borradores del artículo y la revisión crítica del contenido intelectual y 3) la aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Financiación

Los autores declararon y, declaran, que no ha habido financiación externa a los mismos, para la realización de este trabajo de investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986. BOE-A-1986-10499 [consultado 1 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>; 1986.
2. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten Jet al. Clinical indicators: development and applications. *Neth J Med.* 2007;65:15-22.
3. Aleixandre-Benavent R, Castelló-Cogollos L, Valderrama-Zurián JC. Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. *Profesional de la información.* 2020;29:e290408, <https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.08>.
4. Los expertos cuestionan las tasas de mortalidad por COVID-19 de los distintos países. *Euronews.* 30/03/20. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7ym327m>; 2020.
5. Galaup L, Sánchez R. Los diferentes criterios con los que se recogen los datos impiden conocer la dimensión de la epidemia en España. *Eldiario.es.* 30/03/20. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycl228c7>; 2020.
6. Comunicat del Departament de Salut. Dimecres, 29 de juliol de 2020. Generalitat de Catalunya. [consultado 2 Ago 2020]. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/inici/nota-premsa/?id=387635>; 2020.
7. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización n(173). Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 29.07.2020 (datos consolidados a las 14:00 horas del 29.07.2020). Situación en España. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 2 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/>

[ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_173_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_173_COVID-19.pdf); 2020.

8. Transparencia y publicidad activa: covid-19 y estado de alarma en España. Recomendaciones para la transparencia y prevención de la corrupción en el sector público y privado. *Transparency International-España.* Mayo 2020. 15 p. [consultado 2 Ago 2020]. Disponible en: <https://transparencia.org.es/wp-content/uploads/2020/05/Transparencia-y-publicidad-activa-recomendaciones-COVID19.pdf>; 2020.
9. Libro Blanco sobre la Gobernanza. Comunicación de la Comisión, de 25 de julio de 2001, «La gobernanza europea - Un Libro Blanco» [COM (2001) 428 final - Diario Oficial C 287 de 12.10.2001]. Última modificación: 21.02.2008. [consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:l10109>; 2008.
10. Boletín Oficial del Estado. Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. BOE núm. 295, de 10/12/2013. [consultado 2 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/12/09/19/con>; 2013.
11. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002. [consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>; 2002.
12. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29/05/2003. [consultada 4 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>; 2003.
13. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 3 Ago 2020]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6397>; 2020.
14. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 3 Ago 2020]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=22117>; 2020.
15. Matas-Aguilera V. Informe sobre la situación de la Atención Primaria en España (datos 2016-2017-2018). Asambleas vocales de APUR de Organización Médica Colegial de España. Madrid 20 septiembre 2019. 14 p. [consultada 4 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/AP-Espa%C3%B1a-asamblea-APU.pdf>; 2019.
16. Plaza-Tesías A, Guarga-Rojas A, Farrés-Quesada J, Zara-Yanhi C, Grupo Asesor. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria.* 2005;35:130-9, <https://doi.org/10.1157/13071938>.
17. Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):3-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016>.
18. Meneu R. Transparencia en la gestión de los servicios sanitarios. Una magnífica idea que no parece estar nada clara. *Gest Clin Sanit.* 2013;55:41-2 [consultado 1 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.iiiss.es/gcs/gestion55.pdf>; 2013.
19. Fiuza Pérez MD, Aguiar Rodríguez JF, Monzón Batista N. Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24(S1):37-41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.005>.
20. Boletín Oficial del Estado. Orden de 31 de julio de 1987 por la que se establecen los requisitos a los que se refiere la base 3.ª, 1, del artículo 4. (del Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio por el que se establecen las bases generales del régimen de

- conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. BOE núm. 188, de 7/08/1987. [consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/o/1987/07/31/\(12\);1987](https://www.boe.es/eli/es/o/1987/07/31/(12);1987).
21. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 134, de 5/06/2003. [consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/05/23/605/con;2003>.
 22. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 69/2015 por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. BOE núm. 35, de 10/02/2015. [consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/06/69/con;2015>.
 23. Cita Sanitaria Madrid. [consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.madrid.citasanitaria&hl=es;2020>.
 24. App GVA + Salut. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. [consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/app-gva-mes-salut;2020>.
 25. García Vicente S. Información de resultados de gestión en las organizaciones sanitarias públicas: ¿es transparente o translúcida? *Gest Clin Sanit.* 2019;21:17–20 [consultada 4 Ago 2020]. Disponible en: <http://iiss.es/gcs/gestion70.pdf;2019>.
 26. Transpar Ent. Calidad y transparencia de la información de las entidades sin ánimo de lucro. Laboratori de Periodisme i Comunicació per a la Ciutadania Plural. Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Girona. [consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: <http://transpar-ent.info/es/demo/;2020>.
 27. Ichaso Hernández-Rubio MS, García-Armeño S. Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):27–35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.006>.
 28. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Gobierno de Aragón. [consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.atlasvpm.org/;2020>.
 29. La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica. Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2013. 180 p. [consultado 30 Jul 2020]. Disponible en: https://calidadasistencial.es/wp-seca/wp-content/uploads/2015/02/indicadores_efectividad_clinica2.pdf;2013.
 30. Departamento de salud Valencia Clínico-Malvarrosa. Memorias de atención primaria. Memorias de centros de salud 2018. Generalitat Valenciana. consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: <http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/memorias-atencion-primaria;2020>.
 31. García El, Mira Solves JJ, Guilabert Mora M, Grupo de Trabajo de las Sextas Jornadas de Coordinadores de Calidad de SECA. Indicadores de eficiencia para contribuir a la sostenibilidad de los servicios de salud en España. *Rev Calid Asist.* 2014;29:287–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.07.001>.
 32. Romano J, Choi Á. Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. *Gac Sanit.* 2016;30:359–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.014>.
 33. Bartolomé Benito E, Sánchez Perruca L, Jimenez Carramiñana J, Bartolomé Casado MS, Hernández Pascual M, Mediavilla Herrera I et al. Cuadros de mando específicos de atención primaria como herramienta de gestión. *J Healthc Qual Res.* 2019;34:117–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.02.002>.
 34. Olry de Labry Lima A, García Mochón L, Bermúdez Tamayo C. Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Rev Calid Asist.* 2017;32:278–88, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.08.001>.
 35. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J et al. Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLoS ONE.* 2019;14:e0220888, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>.
 36. Simou E, Pliatsika P, Koutsogeorgou E, Roumeliotou A. Quality Indicators for Primary Health Care: A Systematic Literature Review. *J Public Health Manag Pract.* 2015;21:E8–16, <http://dx.doi.org/10.1097/PHH.000000000000037>.
 37. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. BOE núm. 109, de 7/05/2019. [consultado 4 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/diario-boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761;2019>.
 38. Red de Consejos, Comisiones y Comités Autonómicos de Bioética y del Comité de Bioética de España (REDECABE). Declaración sobre: Ética y Responsabilidad en la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Cuadernos de Bioética. 2019;30:79–88, <https://doi.org/10.30444/CB.23>.
 39. Meneu R. Avances en transparencia y buen gobierno (también) en sanidad. Perspectiva de una década. *Gest Clin Sanit.* 2019;21:48–50 [consultado 31 Jul 2020] Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion71.pdf;2019>.
 40. Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html;2020>.
 41. Varela J. El desenfoco en la información sanitaria. Avances en gestión clínica. 26/11/18. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/11/el-desenfoco-de-la-informacion.html;2018>.
 42. Máñez MA. Los datos: ni cerrados ni anticuados. 24/06/20. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <https://saludconcosas.es/datos-ni-cerrados-ni-anticuados/;2020>.
 43. Casado S. ¿Es ético, correcto y legal que un médico de familia atienda a 60 pacientes en un día? Avances en gestión clínica. 04/10/19. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2019/10/es-etico-correcto-y-legal-que-un-medico.html.2019>.
 44. Adashi EY. Transparency in action: “the imperfect is our paradise”. *JAMA.* 2014;312:2607, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.14752>.
 45. Garriga-Portolà M. ¿Datos abiertos? Sí, pero de forma sostenible. *Profesional de la información.* 2011;20:298–303, <https://doi.org/10.3145/epi.2011.may.08>.
 46. Ferrer-Sapena A, Peset F, Aleixandre-Benavent R. Acceso a los datos públicos y su reutilización: open data y open government. *Profesional de la información.* 2011;20:260–9, <https://doi.org/10.3145/epi.2011.may.03>.
 47. Peiró S. Big data: ruido, esperanza y realidades. *Gest Clin Sanit.* 2019;21:3–4. [consultado 31 Jul 2020]. Disponible en: <http://iiss.es/gcs/gestion70.pdf;2019>.
 48. Henke N, Kelsey T, Whately H. Transparency – the most powerful driver of health care improvement? *Health International.* 2011;11:64–73 [consultado 5 Ago 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxoqpxd;2011>.