



07 artículo

Aina Plaza [[Buscar autor en Medline](#)]
 Àlex Guarga [[Buscar autor en Medline](#)]
 Corinne Zara [[Buscar autor en Medline](#)]
 Ignasi Ruano [[Buscar autor en Medline](#)]



Benchmarking en la atención primaria de salud: Una estrategia de mejora de la calidad.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

En Cataluña la evaluación de los equipos de atención primaria (EAP) ha estado estrechamente relacionada con el desarrollo de la reforma de la atención primaria (RAP). La administración sanitaria inició en el año 1993 el proceso sistemático de evaluación de los EAP, impulsando a través de la evaluación instrumentos estratégicos como el Plan de Salud, la implementación de objetivos orientados a la mejora de los procesos asistenciales, la prescripción farmacéutica, etc.

Durante este período de más de 10 años se han producido importantes cambios en la atención primaria de salud (APS) entre los que cabe destacar la finalización y consolidación de la reforma, la diversificación de las fórmulas de provisión de servicios, la coexistencia de EAP mixtos, la variabilidad de los resultados entre EAP, la evolución de los proveedores de servicios de APS y de otros dispositivos de la atención sanitaria pública. Estos cambios han ido acompañados de reflexiones conceptuales y metodológicas entorno a la evaluación de los EAP. Así se ha enfatizado la necesidad de la evaluación de la calidad y del resultado del proceso, el abordaje global de la información y de la evaluación, la transparencia de la información¹⁻³.

Los resultados de la evaluación y la comparación de los equipos de atención primaria

Una vez finalizada la RAP en la ciudad de Barcelona, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) se propuso publicar los resultados de la evaluación de los EAP como una parte substancial de las dinámicas de gestión de la calidad y de transparencia de los resultados de los servicios sanitarios públicos.

De acuerdo con diferentes experiencias que se han desarrollado⁴⁻⁷, el CSB se propuso utilizar un método que permitiera comparar a los EAP entre sí, identificar la buena práctica y aprender de ella. Es decir promover el benchmarking entre los EAP, impulsando la mejora la

bibliografía

1. Jiménez J, Cutillas S, Martín A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPA-5. Aten Primaria 2000;25(9):653-62.
2. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. British Journal of General Practice 2001;51:303-9.
3. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezadas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria 2003;31:382-5.
4. National Health Service. Benchmarking and quality standards. Department of health. London, 2005. <http://www.dh.gov.uk/AdvancedSearch/SearchResults>
5. Public Sector Benchmarking Service, London 2005. <http://www.benchmarking.gov.uk>

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



calidad a través de un proceso de evaluación continuo y evolutivo.

El benchmarking lo podríamos definir como un proceso sistemático que permite comparar la calidad de la prestación con los que representan la excelencia con el objetivo de implementar mejoras^{8,9}. En el ámbito de la evaluación de los servicios sanitarios públicos entendemos que el benchmarking tiene un carácter principalmente funcional frente al carácter competitivo que tiene en el ámbito empresarial o industrial. En nuestro contexto se persigue la mejora de los servicios a través de la adopción de las mejores prácticas, donde los equipos que obtienen mejores resultados o benchmarks son identificados como el patrón de referencia¹⁰.

Un marco de trabajo consensuado: el benchmarking en los equipos de atención primaria de la ciudad de Barcelona

Entendiendo que la iniciativa del benchmarking entre los EAP de la ciudad de Barcelona no podía ser promovida de manera unilateral por parte de la administración sanitaria sino, que tenía que basarse en una reflexión conjunta con los agentes que prestan atención sanitaria, el CSB primó como aspecto fundamental la implicación de los proveedores sanitarios y de los profesionales asistenciales.

Para definir un marco de trabajo consensuado y con la participación de los diferentes agentes implicados, se diseñó un estudio que se inició en diciembre del 2002 y finalizó en junio del 2003, donde se distinguen dos fases: una primera fase de consenso y una segunda fase de priorización, ver **figura 1**.

Primera fase: El consenso

En la primera fase, con el objetivo de desarrollar una propuesta de evaluación consensuada y participativa, se constituyó un grupo asesor formado por 54 profesionales del ámbito de la planificación, la gestión y la asistencia de la APS. Se incorporaron profesionales de diferentes perfiles: médicos de familia, enfermeros, pediatras, farmacéuticos y epidemiólogos. El objetivo del grupo era elaborar una propuesta consensuada de los ejes estratégicos de la evaluación, el marco conceptual, las dimensiones o ámbitos de comparación, los indicadores y la metodología para la comparación. De acuerdo a este objetivo el grupo asesor se organizó en cuatro grupos focales (ver **figura 1**). Las reuniones de los diferentes grupos focales se orientaron a partir de la revisión de la bibliografía, el análisis de otras propuestas de evaluación^{1,3,11-13}, la experiencia y el conocimiento de los propios miembros del grupo.

Segunda fase: La priorización

La segunda fase tenía como objetivo la priorización de los 57 indicadores propuestos por el grupo asesor. En esta fase se perseguía dar mayor peso a la participación de profesionales asistenciales y líderes de opinión. Para ello se seleccionaron a 149 consultantes, el 60% de los cuales eran del ámbito asistencial y el 40% restante del ámbito de la gestión / planificación (ver **figura 1**). Se incorporaron profesionales de perfiles diferentes: médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc.

Para recoger la opinión y la priorización de los profesionales se elaboró una encuesta de valoración de los indicadores (ver **tabla 1**). A través de ella los consultantes valoraron los 57 indicadores propuestos por el grupo asesor.

Los ejes estratégicos de la evaluación

El grupo asesor identificó como ejes estratégicos la implicación de los profesionales y gestores, la orientación del producto de la evaluación hacia la mejora de los resultados, la transparencia y la difusión.

El gran reto de la evaluación: la implicación de los profesionales y de los gestores

La evaluación como instrumento de mejora ha de contar con la implicación de los profesionales y gestores, ya que son los agentes que han de promover e implementar las estrategias de cambio. Esta implicación se ha de producir tanto en el desarrollo del proyecto como en el propio proceso de evaluación. Para propiciar la implicación de los profesionales y de los gestores la evaluación se ha de orientar hacia:

- La incorporación de criterios aceptados de buena práctica, recomendaciones de evidencia contrastada, indicaciones de sociedades científicas, grupos de expertos
- La utilización responsable de los recursos
- El énfasis en la calidad técnica
- El reconocimiento institucional de la buena práctica
- La orientación hacia la satisfacción del usuario
- La incentivación y la coherencia organizativa
- Las indicaciones de la política sanitaria
- La colaboración, confianza y expectativas de los profesionales

Para conseguir esta participación es preciso trabajar con metodologías consensuadas, con planteamientos posibilistas y aportando valor añadido al proceso.

El producto de la evaluación

El producto de la evaluación ha de orientar a los EAP hacia la mejora de los resultados en ámbitos y dimensiones de intervención concretos (accesibilidad, efectividad...), ha de permitir valorar la evolución del equipo y comparar EAP entre sí.

La comparación entre EAP ha de favorecer el Benchmarking, la referencia externa como instrumento de mejora sustentada en un intercambio y conocimiento de los resultados.

La identificación de los referentes externos de calidad requiere incorporar dimensiones e indicadores que den una visión global del EAP, lo que supone incluir indicadores dimensiones relacionadas con la coordinación, integralidad, longitudinalidad, satisfacción del usuario, dimensiones más novedosas en el ámbito de la evaluación.

Los EAP se han de valorar y comparar entre ellos en cada una de las dimensiones de la evaluación, ordenándolos de acuerdo con los resultados obtenidos. Estos resultados deben complementarse con un valor o puntuación sintética que generará una relación de equipos

referentes en términos de calidad en la atención primaria.

La diseminación de la evaluación

La evaluación ha de ser un instrumento de soporte a la política de viabilidad y la transparencia del sistema sanitario, y por ello, es fundamental la comunicación y la transmisión de la información que se desprende de este proceso. En este sentido es importante difundir aspectos relacionados tanto con el proceso como con los resultados de la evaluación.

La información sobre la evaluación se ha de orientar hacia los grupos diana de audiencia, definiendo estrategias de diseminación de la información dirigida y adaptada a los diferentes grupos identificados. Los grupos diana de audiencia identificados son los profesionales sanitarios, gestores, las instituciones sanitarias, los organismos y las sociedades científicas, los medios de comunicación, los agentes sociales y comunitarios, los ciudadanos, etc.

El marco conceptual

Premisas del proceso

La evaluación como instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención ha de basarse en la evidencia. Por otra parte, el marco conceptual de referencia que ha de guiar el proceso de evaluación de los EAP, partirá de las siguientes premisas:

- * Ha de tener en cuenta como elemento de análisis la razón de ser de la atención primaria y, reforzar el papel de este nivel asistencial en nuestro modelo sanitario
- * Ha de incorporar dimensiones e indicadores que den una visión global del EAP.
- * Ha de identificar áreas de mejora, que se constituyan en ámbitos de trabajo entre clínicos y gestores, y monitorizar la evaluación de los servicios de atención primaria
- * Ha de aportar áreas de excelencia que sirvan como referencia
- * Ha de implementar las finalidades y objetivos del plan de salud: mejora del nivel de salud y calidad de vida, equidad, eficiencia y calidad de los servicios sanitarios.

Componentes y dimensiones de la evaluación

Para desarrollar los componentes y las dimensiones de la evaluación se partió de las propuestas desarrolladas por Donabedian¹⁴, Barbara Starfield¹⁵ y el National Health Service⁴. La evaluación ha de tener en cuenta los componentes de la atención sanitaria planteados por Donabedian y recogidos y adaptados a la atención primaria por Barbara Starfield, además de aquellos atributos y dimensiones comunes al conjunto de servicios sanitarios.

En la **figura 2**, se muestran las premisas, componentes y dimensiones de la evaluación.

Dimensiones de la evaluación e indicadores

En total se propusieron 57 indicadores distribuidos en 6 dimensiones de evaluación:

1. Accesibilidad: con 8 indicadores
2. Efectividad e integralidad:

- Intervenciones sobre factores de riesgo cardiovascular: 5 indicadores
- Prevención de la gripe y atención a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 4 indicadores
- Atención a los trastornos mentales, enfermedad degenerativa, población infantil y atención domiciliaria: 6 indicadores
- 3. Capacidad resolutive: 6 indicadores
- 4. Longitudinalidad y continuidad de la atención: 7 indicadores
- 5. Costos y eficiencia: 8 indicadores
- 6. Resultados:
 - Satisfacción del usuario: 6 indicadores
 - Mortalidad: 3 indicadores
 - Procesos relacionados con la prevención: 5 indicadores.

En la **tabla 2** se pueden consultar la relación de indicadores para cada una de las dimensiones de evaluación.

De acuerdo con la valoración de los miembros del grupo asesor, en cuanto a la relevancia y la capacidad de los EAP para modificar los resultados, a continuación se relacionan las dimensiones más valoradas:

Según el criterio de relevancia de los indicadores en el contexto de la APS (ya sea por la frecuencia, la magnitud, o bien la consecuencia de la no intervención) se identifican como las dimensiones más relevantes según orden de mayor a menor:

1. Efectividad e integralidad
2. Mortalidad
3. Procesos relacionados con la prevención
4. Satisfacción del usuario
5. Accesibilidad
6. Costos y eficiencia
7. Longitudinalidad y continuidad
8. Capacidad resolutive

Según el criterio de la capacidad de la atención primaria de salud para modificar los resultados de los indicadores, (ya sea por la efectividad de las intervenciones, la factibilidad o la eficacia); se identificaron como las dimensiones en las que la APS tiene una mayor capacidad para modificar los resultados ordenadas de mayor a menor:

1. Efectividad e integralidad
2. Satisfacción del usuario
3. Capacidad resolutive
4. Costos y eficiencia
5. Accesibilidad
6. Longitudinalidad y continuidad
7. Procesos relacionados con la prevención
8. Mortalidad
7. Criterios mínimos metodológicos para la comparación

El proceso de evaluación ha de incorporar unos contenidos mínimos metodológicos que permitan la comparación de los EAP, que a continuación se relacionan:

Unidad de análisis y de comparación

La unidad de análisis y comparación es el EAP. No se propone una aproximación a la práctica de profesionales o de colectivos de profesionales.

Los equipos se comparan entre sí teniendo en cuenta el tiempo de funcionamiento. Así se comparan entre sí a los equipos que tienen tres o más años de funcionamiento, y aquellos que tiene dos años o menos.

Operativización de los indicadores

Para cada indicador se elabora una ficha técnica donde se define de manera clara el numerador y el denominador que lo configuran, las fuentes de información, criterios de inclusión y de recogida de información. Ver modelo de ficha en la **tabla 3**.

Denominadores de los indicadores

Se propone como principal denominador la población atendida durante el año de evaluación por el EAP.

Cuando el indicador requiere un denominador poblacional se propone utilizar como fuente de información el Registro Central de Asegurados (RCA).

Recogida de información de los indicadores de efectividad.

En los EAP no informatizados se propone realizar un muestreo sistemático de historias clínicas (HC) utilizando un tamaño muestral de 100 HC por factor de riesgo o condición analizada.

Los resultados de los indicadores sobre el grado de control de los factores de riesgo se valoraran conjuntamente con las diferencias entre las prevalencias observadas y las esperadas en la consulta.

Ajustes de los resultados.

Parte de la variabilidad de los resultados entre los EAP se puede explicar por el envejecimiento poblacional, las necesidades económicas, etc. Dado que actualmente no se dispone un conjunto mínimo de datos de la atención primaria que nos informe sobre la morbilidad atendida, se propone realizar el ajuste de los resultados por envejecimiento poblacional y capacidad económica.

Trato de los missings

En caso que no se adjunte la información necesaria para valorar un equipo se le asigna el valor 0.

Presentación de resultados

Para cada equipo se presenta el resultado del indicador, de la dimensión que agrupa un conjunto indicadores y de la puntuación global o sintética.

En cada uno de los indicadores se presentan los resultados de los EAP ordenados, segmentados en cinco zonas de acuerdo al percentil que ocupa el equipo en la distribución de valores. A cada zona se le asigna un número del 1 al 5 tal i como se muestra en la **tabla 4**.

El equipo obtiene una puntuación para cada una de las dimensiones de evaluación, que es la media de la puntuación del equipo en el conjunto de indicadores que configuran la dimensión. Para facilitar la interpretación de la puntuación se le asigna un valor sobre una escala de 10.

Fórmula para el cálculo:

$$PeDIM = \frac{\sum_{i=1}^n VAL(i,e)}{n} \times 2$$

PeDIM: Puntuación de un equipo en las dimensiones

e: Equipo

i: Indicador

n: Número de indicadores

VAL (i,e): Puntuación asignada

La puntuación sintética es la suma ponderada de las puntuaciones que el equipo obtiene en las dimensiones.

Fórmula para el cálculo:

$$PSe = \sum_{d=1}^n VAL_{<d>} \times POND_{<d>}$$

PSe: Puntuación sintética de un equipo

e: Equipo

d: Dimensión

n: Número de dimensiones

VAL : Puntuación del equipo en la dimensión

POND : Peso asignado a la dimensión

Selección de los equipos con mejores resultados.

Como a benchmarks se seleccionan los EAP que se sitúan por encima del percentil 75 en la puntuación sintética, excluyéndose del cálculo final, a los que presentan una puntuación inferior al 5 en alguna de las dimensiones de evaluación.

Conclusiones

Creemos que la importancia de esta propuesta de benchmarking radica en que se ha impulsado desde la administración sanitaria, se ha desarrollado en el ámbito de la APS y, ha sido consensuada y compartida por los profesionales y proveedores de este nivel asistencial servicios. Que conozcamos, en nuestro contexto hay un precedente de benchmarking a nivel hospitalario, a través del análisis realizado por una consultora con la participación voluntaria de numerosos centros hospitalarios⁶.

La experiencia ha facilitado la implicación de un volumen importante de profesionales asistenciales y del ámbito de la gestión. Ahora será necesario definir nuevas estrategias que faciliten su implicación en la fase de perfeccionamiento, y en el intercambio de experiencias tras la publicación de los resultados.

En las dimensiones e indicadores de evaluación propuestos se ha incorporado los principios básicos de la APS, proporcionando una visión global del EAP. A la vez, para su selección y formulación, se

ha realizado una revisión bibliográfica lo que posibilita la comparación con los resultados obtenidos en otros países.

La propuesta de benchmarking a la vez que reconoce a los equipos con mejores resultados^{16,17}; debe ser útil para los EAP y los proveedores de servicios en la identificación de ámbitos de mejora. La evaluación y la comparación entre EAP no constituye un punto final, ha de ser un instrumento que promueva el cambio e intervenciones de mejora en la prestación de los servicios de APS.

