



07 artículo

Josep Jiménez Villa [[Buscar autor en Medline](#)]



El proyecto MPAR (Mejora del Proceso de Evaluación de Resultados en Atención Primaria)

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

El proyecto MPAR-5, o MPAR (*Mejora de los Procesos de Evaluación de Resultados en Atención Primaria*), nació en 1996 como una iniciativa conjunta de un grupo de profesionales que trabajaban en la Región Sanitaria Costa de Ponent del Servicio Catalán de Salud (CatSalut) y en lo que entonces era la Subdivisión de Atención Primaria Costa de Ponent-Tarragona-Tortosa del Instituto Catalán de la Salud (ICS). El propósito general del proyecto era profundizar en el análisis de los procesos de evaluación de la atención primaria de salud (APS), a partir de la constatación de la necesidad de desarrollar nuevos conceptos y herramientas técnicas que permitieran dar mayor peso a la valoración de los resultados obtenidos sobre la de los procesos que los originan.

El presente artículo presenta los resultados de las reflexiones de los grupos de trabajo que se han creado a lo largo de la evolución del proyecto MPAR y que se han ido recogiendo en diferentes documentos.

Antecedentes del proyecto MPAR

El proyecto MPAR nació como una iniciativa de un grupo de profesionales tras un análisis crítico de la situación de la evaluación de los servicios que prestaban los equipos de atención primaria (EAP) en Cataluña en el contexto de los contratos anuales que firman con la entidad financiadora y compradora de servicios sanitarios (CatSalut). En los años previos se habían discutido ampliamente las ventajas e inconvenientes del sistema de contratación, y se había elaborado una gran cantidad de indicadores para su evaluación. La valoración que se hacía en aquel momento, y que en buena medida sigue siendo válida en la actualidad, es que, a pesar de algunos progresos significativos, todavía no se disponía de un sistema de evaluación eficiente que respondiera a las expectativas de todas las partes implicadas (**tabla 1**).

Aunque la diferenciación entre financiador/comprador y proveedor de servicios genera inevitables distancias entre los objetivos y métodos de evaluación, ello no debe justificar estrategias contrapuestas ni repeticiones innecesarias en la evaluación de los EAP. Por ello, el proyecto MPAR consideró que era imprescindible

bibliografía

1) Badia X. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. *Aten Primaria* 2002; 30:388-91.

2) Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251-3

3) Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 270-1

4) Brugos Larrumbe A. Conjunto mínimo y básico de datos en atención primaria. En: Alonso López FA. La informatización de atención primaria (y II). *Aten Primaria* 2000; 36: 559-64.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



establecer un marco estratégico común de evaluación, lo que no debía impedir que cada una de las partes pudiera desarrollar líneas de evaluación diferenciadas acordes con sus intereses concretos.

Por otro lado, existía la percepción de que el sistema de evaluación se estaba desprestigiando entre los profesionales, que lo veían como un conjunto de tareas pesadas y sin trascendencia, esencialmente fiscalizadoras y de control. El proyecto entendía que la evaluación es un factor determinante de los contenidos y la calidad de los procesos de atención de la salud en la medida en que tiene consecuencias perceptibles y un nivel suficiente de aceptación por los evaluados, por lo que se consideraba imprescindible introducir un cambio cultural importante para conseguir que los profesionales la visualicen como un elemento positivo y favorecedor del progreso grupal e individual (**figura 1**).

Además, los sistemas de evaluación de la APS se han orientado tradicionalmente hacia los procesos, se han basado en una perspectiva de evaluación grupal y han utilizado casi exclusivamente indicadores cuantitativos. El proyecto MPAR consideraba que era necesario desarrollar nuevos conceptos y técnicas que permitieran poner un mayor énfasis en la evaluación de los resultados generados por los proveedores de servicios sanitarios, así como profundizar en la evaluación desde una perspectiva individual que permitiría actuar más positivamente sobre la motivación y progreso de los profesionales. También consideraba importante introducir elementos de evaluación más cualitativos para hacer posibles valoraciones más globalizadoras y aglutinadoras del amplio abanico de factores que pueden influir sobre los resultados, y complementar así los indicadores cuantitativos.

Objetivos generales del proyecto MPAR

El proyecto MPAR nació con el objetivo general básico de profundizar en el análisis del sistema de evaluación en APS, desde un nivel estratégico, sin intentar descender a aspectos concretos más propios de diseños elaborados para dar respuesta a situaciones y necesidades de alguna de las instituciones o partes implicadas en los procesos de evaluación y contratación.

La primera idea básica del proyecto fue la elaboración de un **marco conceptual y técnico** en el cual puedan fundamentarse los procesos de evaluación, extrayendo los elementos necesarios para construir herramientas operativas. Este marco debía enfatizar una **dinámica evolutiva de la evaluación** de los servicios, equipos y profesionales, ya que es en la perspectiva de la mejora de los resultados a lo largo del tiempo como podremos acercarnos mejor a decisiones con repercusiones sobre los mecanismos de incentivación grupal o individual.

Otra de las ideas básicas del proyecto fue la de introducir una mayor **diversificación metodológica** en el proceso de evaluación y promover la utilización de diferentes instrumentos en el mismo acto evaluador para incrementar la eficacia y la eficiencia del proceso.

Organización del proyecto MPAR

Ya desde el inicio, el proyecto MPAR se caracterizó por una gran

flexibilidad en su forma de trabajar. A lo largo de los 9 años de funcionamiento, han sido muchos los profesionales de diferentes perfiles y ámbitos de trabajo que se han ido incorporando o saliendo del proyecto, siempre de forma voluntaria, en función de su situación particular y la coincidencia de sus intereses con los ámbitos de reflexión del proyecto en cada momento. Se ha procurado que exista en todo momento la participación de profesionales asistenciales para evitar una visión excesivamente técnica de los procesos de evaluación.

El proyecto se ha ido estructurando en **grupos de trabajo** con objetivos concretos, en los que los colaboradores han participado de forma voluntaria. Estos grupos tenían unos calendarios flexibles para el desarrollo de su actividad, y podían contar con la colaboración puntual de profesionales externos para el desarrollo de algunos elementos específicos.

Cada año se han celebrado 3 o 4 **reuniones plenarias**, en las que se han discutido los aspectos generales del proyecto y se ha informado de la marcha del trabajo de los diferentes grupos.

Los resultados de las reflexiones y las actividades de los grupos de trabajo se han ido recogiendo en una serie de **documentos (tabla 2)**, que han sido ampliamente difundidos entre los profesionales de los diferentes niveles de la organización sanitaria. Así mismo, se han realizado jornadas abiertas para conseguir una mayor difusión de la marcha del proyecto.

Líneas estratégicas para la evaluación

El primer documento elaborado por el proyecto MPAR recogía las ideas iniciales plasmadas como un conjunto de propuestas de cambio en relación a las características del proceso de evaluación que se realizaba en ese momento (**tabla 3**).

La primera propuesta es la de poner un mayor énfasis en la **evaluación de los resultados (outcomes)** de las actuaciones de los servicios y profesionales sanitarios. Esta estrategia debe ser prioritaria, no solamente para el financiador/comprador de servicios, sino también para el proveedor, aunque tenga que preocuparse además por los procesos. El proyecto MPAR propone crear un marco de interacción conceptual y técnica de los procesos de evaluación de estos dos elementos con el objetivo que sean concordantes (no repetitivos) y más eficientes, basados en los resultados de la actividad habitual y principal de los servicios y profesionales.

Otra de las líneas estratégicas básicas propuestas es la de **evaluar también a los profesionales**, incluyendo a los no sanitarios, y no solamente al EAP en su globalidad. Esta evaluación debe relacionarse con la carrera profesional, la acreditación técnica y las políticas de calidad.

La evaluación actual está estrechamente condicionada por el **calendario**, siendo el periodo anual el más utilizado. Es necesario adaptar la evaluación al indicador y no al contrario. Determinados datos, en la perspectiva de evaluación de los resultados, tienen que analizarse siguiendo periodos de duración variable, en ocasiones no coincidentes entre sí. Esta orientación estratégica también puede

permitir "desconcentrar" los procesos de evaluación, que podrían desarrollarse a lo largo de todo el año.

La dinámica habitual de los procesos de evaluación lleva, en muchos casos, a analizar los datos de forma "vertical", por temas, sin tener en cuenta sus interrelaciones. La consideración de los resultados proporcionaría una perspectiva más "**horizontal**", ya que muchos son la consecuencia de múltiples acciones y procesos.

Los procesos de evaluación son vividos por los profesionales asistenciales como un instrumento que la Administración (o administraciones) utiliza con la finalidad esencial de controlar "el estado de situación" del sistema y obtener datos para las memorias y estadísticas oficiales. Aunque esta opinión tiene indudables bases reales, es necesario introducir un **cambio cultural** profundo en este campo para que se visualice más como un instrumento de **incentivación** que de control. La sensación que los datos de evaluación se acumulan inútilmente en los cajones del sistema contribuye al desprestigio de la misma y favorece su degeneración cuantitativa y cualitativa. Por lo tanto, es necesario dotarlos de **trascendencia** .

Por otro lado, la evaluación se diseña generalmente desde arriba y sus resultados, a veces, no son conocidos y mucho menos discutidos por los profesionales. Esta falta de participación dificulta que sea vivida positivamente por el profesional. Una evaluación adaptada a cada servicio y profesional puede facilitar una mayor **participación de los profesionales** asistenciales en el proceso.

Desarrollar una estrategia de evaluación centrada en los resultados no es una tarea fácil. Los actuales sistemas de información se basan en indicadores de tipo cuantitativo y de proceso que, a veces, son poco fiables, difíciles de recoger y de utilidad dudosa para la toma de decisiones. Es imprescindible disponer de unos **sistemas de información** potentes que permitan diseñar indicadores adecuados y útiles para la acción.

Es habitual la recogida de un número de datos excesivo y sin utilidad directa. Es necesario moderar las demandas hasta conseguir diseñar **sistemas de evaluación para la acción** en la que cada dato o indicador tenga una repercusión clara en la toma de decisiones.

También es necesario **diversificar** los objetivos y las metodologías de evaluación y utilizar los instrumentos que mejor se adapten al ámbito evaluado, y hacerlo a partir del uso simultáneo de herramientas diferentes. Esta estrategia también permitiría realizar aproximaciones más **cualitativas** de evaluación.

Finalmente, los procesos de evaluación se han centrado especialmente en la comparación entre EAP, y el **componente evolutivo** ha quedado limitado a la valoración del punto de partida o, en la mayoría de los casos, de la antigüedad. Habitualmente no se analiza de forma sistemática la evolución razonable y esperable de cada servicio en concreto.

En la **tabla 4** se sintetizan las principales recomendaciones del proyecto MPAR a partir de las líneas estratégicas definidas.

Ambitos de evaluación

En el marco del proceso de separación entre el financiador/comprador y el proveedor de servicios, es imprescindible establecer un marco común que evite duplicidades y estrategias contrapuestas en los procesos de evaluación. Con su segundo documento, el proyecto MPAR inició una reflexión dirigida a delimitar y armonizar los intereses y necesidades de los diferentes ámbitos o "actores" (financador/comprador, proveedor, profesional) en relación al proceso de evaluación, utilizando como base el esquema de la **figura 2**.

Prioridades de evaluación

Reconociendo el principio de que la satisfacción de los usuarios/clientes y la mejora de su salud son objetivos fundamentales del sistema sanitario, y por tanto una responsabilidad de todos los actores del sistema, se identificaron las siguientes prioridades de los diferentes ámbitos de evaluación:

- **Ámbito financiador/comprador**
 - Responsabilidad político-institucional sobre la salud.
 - Planificación sanitaria general.
 - Financiación del sistema y compra de servicios.
 - Agregación de la información a nivel territorial, por entidad proveedora y por EAP.
- **Ámbito proveedor**
 - Responsabilidad de gestión.
 - Eficiencia.
 - Clima organizativo y marco laboral. Agregación de la información a nivel territorial, por EAP y por profesional.
- **Ámbito profesional**
 - Eficacia/Efectividad.
 - Calidad de la atención prestada.
 - Expectativas profesionales y laborales.
 - Agregación de la información a nivel de EAP y por profesional.

Una prioridad compartida por los tres ámbitos es que la evaluación permita tanto la comparación como el seguimiento de la evolución en los diferentes niveles de agregación.

Intersección de intereses y necesidades de evaluación

La distribución de las áreas de conocimiento se corresponde con conceptos o "palabras clave" que forman parte de la cultura evaluadora del sistema (**figura 3**).

Para cada una de las áreas, se identificaron los intereses concretos de cada ámbito de evaluación y las coincidencias entre ellos (**figura 4**):

- *Contrato* : cumplimiento de sus objetivos.
- *Satisfacción* de los clientes con los servicios prestados: trato, información, accesibilidad, confort, confidencialidad y privacidad.
- *Práctica clínica/actividad asistencial* : nivel de resolución de los

problemas agudos y crónicos, teniendo en cuenta su frecuencia y trascendencia, su pertenencia a este nivel asistencial y la eficacia y la eficiencia de las intervenciones.

- *Información económica* : coste económico de los servicios prestados y de la actividad generada por el EAP.

De ellos, el grupo de trabajo priorizó los aspectos presentados en la **tabla 5** para formar parte de la evaluación posible.

Las consecuencias de la evaluación

Una de las principales propuestas del proyecto es que los indicadores tengan una repercusión clara en la toma de decisiones, tanto a nivel de la planificación y la gestión (objetivos de la organización, dotaciones estructurales, dotación de profesionales, redistribución de recursos,...) como de los profesionales (contenidos del puesto de trabajo, incentivos en función de los resultados obtenidos, repercusión sobre la carrera profesional,...) y la propia evaluación (estrategia de evaluación, instrumentos y herramientas de medida,...).

Técnicas cualitativas

Teniendo en cuenta la creciente complejidad del entorno sanitario, el proyecto MPAR consideró que era necesario utilizar todas las herramientas que pudieran ser de utilidad para conocer e interpretar la realidad. Aunque las aproximaciones cuantitativa y cualitativa tienen rasgos diferenciales (**figura 5**), también tienen elementos en común, de manera que, al utilizarse conjuntamente, lejos de ser incompatibles, se complementan.

Hasta la actualidad, se han empleado casi exclusivamente métodos cuantitativos en la evaluación de las actividades de la APS. La incorporación de la metodología cualitativa permitiría interpretar y profundizar en el conocimiento de determinados fenómenos, identificar variables o problemas susceptibles de análisis posterior, conocer y explicar determinados comportamientos y explorar áreas complejas y fenómenos que, actualmente, no pueden conocerse con otros métodos.

Partiendo de estas premisas, un grupo de trabajo revisó el papel que las metodologías cualitativas pueden jugar en la evaluación de los servicios de APS y sus posibles campos de aplicación. Sus principales conclusiones fueron que estas metodologías sirven para identificar o interpretar problemas específicos, pero que, dado que son difícilmente generalizables, su utilidad para monitorizar es limitada. No suponen una alternativa a los métodos cuantitativos, sino que deben utilizarse conjuntamente, diferenciando su uso con finalidades de evaluación y de investigación. Además, hay que tener en cuenta que los profesionales sanitarios suelen mostrar reticencias frente a estos métodos, a pesar de que son ampliamente usados en otros ámbitos.

Estudio de la viabilidad y utilidad de las técnicas cualitativas en la evaluación de la APS

Partiendo de las conclusiones anteriores, se decidió llevar a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la viabilidad y utilidad de la

aplicación de las técnicas cualitativas en el proceso de evaluación de resultados de la APS. Los componentes de la viabilidad que se pretendía evaluar eran la disponibilidad de fuentes de información, las necesidades y disponibilidad de recursos humanos, técnicos y económicos, el coste de la aplicación de los métodos, el tiempo necesario y su aceptabilidad, tanto por parte de los evaluadores como de los evaluados. Así mismo, se pretendía evaluar la utilidad de la información obtenida con estos métodos para los diferentes ámbitos de evaluación.

El estudio se llevó a cabo en 10 áreas básicas de salud (ABS) del ICS. Los objetivos concretos y los métodos de evaluación seleccionados se presentan en la **tabla 6**.

La conclusión general del estudio es que las técnicas cualitativas aportan información relevante y diferente a la obtenida con la aplicación de las técnicas cuantitativas, a las que complementan pero no sustituyen. Las técnicas estudiadas se mostraron factibles y fueron bien aceptadas por los profesionales participantes, aunque su desarrollo en el ámbito rural presentó algunas dificultades adicionales.

Aunque el coste de la aplicación de las técnicas fue relativamente elevado, especialmente por el tiempo invertido en el diseño y preparación de los casos y en la formación de las personas evaluadoras, no lo fue tanto en comparación con las posibles alternativas de evaluación. Además, el coste podría reducirse con la aplicación rutinaria de las técnicas y por equipos o personas con experiencia en su realización.

En relación a las líneas estratégicas recomendadas en el proyecto MPAR, las técnicas estudiadas permitieron una evaluación más participativa, horizontal y directa, dirigida también a los profesionales no médicos de los EAP. Aunque solamente se había realizado un corte transversal, se consideró que su repetición permitiría una evaluación evolutiva. Además, dado que estas técnicas permitían detectar problemas concretos, esta evaluación evolutiva podría ser específica para cada ABS.

Sin embargo, hay que reconocer que en el estudio se seguía realizando una evaluación de proceso o resultados intermedios. Aunque las técnicas podrían aplicarse de forma que permitieran una evaluación individual, su repercusión sobre el coste debe ser cuidadosamente valorada.

Información y evaluación

En febrero de 2001 se publicó un documento que presentaba 13 propuestas operativas sobre información y evaluación en APS, fruto de la reflexión de un grupo de trabajo.

El punto de partida era que, a pesar de que el conjunto de la organización sanitaria comparte, al menos en un plano teórico, que la evaluación es importante, en la práctica no se le concede la relevancia que le corresponde. Además, aunque la información es la base para el análisis y la evaluación de los servicios de APS, habitualmente no se dispone de la que se necesita o la que hay no es fácilmente accesible. Por ello, es imprescindible racionalizar el

desarrollo operativo de los sistemas de evaluación, generando un marco global común a partir del cual las diferentes partes del sistema sanitario delimiten sus prioridades de información y evaluación, y generen instrumentos concretos propios pero compatibles entre sí.

Desde este planteamiento, el grupo de trabajo consideró importante resaltar la distinción entre información, entendida como el proceso de elaboración y contextualización de datos con la finalidad de analizar una realidad, y evaluación, entendida como el proceso de valoración de información en relación con la consecución de objetivos de un proceso de planificación.

Un ejemplo ilustrativo de la confusión entre ambos conceptos es el de los contratos de servicios de APS. La finalidad de la evaluación es valorar la actuación de las entidades proveedoras, comprobar si han proporcionado aquello que se les ha comprado y ver en qué medida es necesario ampliar o modificar los objetivos en los contratos sucesivos. Sin embargo, a menudo se ha utilizado esta evaluación para suplir la inexistencia o la insuficiencia de información sobre APS o para evaluar otros procesos de planificación, forzando el instrumento con el fin de dar cierta respuesta a otras necesidades (acreditación de servicios, evaluación del Plan de Salud, análisis de intervenciones sanitarias, elaboración de memorias de actividad, etc.).

Prioridades estratégicas en información y evaluación.

En el ámbito de los **sistemas de información**, deben establecerse prioridades relacionadas con la accesibilidad de los datos, especialmente con la definición y especificaciones de los datos a compartir y su nivel de confidencialidad. En lo que concierne a los aspectos informáticos, es necesario que, a pesar de la diversidad de sistemas existentes, se garantice su compatibilidad e interoperabilidad. También es importante establecer criterios comunes para el diseño de un Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria (CMBD-AP) y para el análisis de la información.

En cuanto a las prioridades en evaluación, es importante que los diferentes procesos de planificación prioricen sus ámbitos de evaluación, poniendo el énfasis en la evaluación evolutiva frente a la comparativa, e incorporen de forma destacada la satisfacción y las expectativas de los ciudadanos y los profesionales, la capacidad resolutoria de los servicios de APS, la variabilidad de la práctica clínica, organizativa, docente y de investigación, los resultados en términos de eficiencia y de calidad de los servicios prestados, y la eficiencia de la gestión de las entidades proveedoras.

Fruto de las consideraciones precedentes, el grupo de trabajo planteó un conjunto de propuestas correspondientes a los ámbitos de plan de salud, contratación de servicios, programación, información y coordinación (**tabla 7**).

Indicadores básicos de atención primaria

De acuerdo con las propuestas formuladas en el documento anterior, se creó una comisión en el seno del proyecto MPAR con un triple objetivo que configuró la constitución de 3 grupos que

abordaron los ámbitos de trabajo siguientes:

1. Definición de un conjunto de datos sistemáticos de APS
2. Utilización de indicadores de evaluación compartidos por los diferentes niveles de la organización sanitaria
3. Clarificación conceptual del CMBD-AP.

El documento *Indicadors Bàsics d'Atenció Primària* presenta los resultados de los dos primeros grupos, mientras que los del tercero se recogieron en un documento específico.

La selección de indicadores realizada por el primer grupo se orientó hacia los aspectos que son objeto de interés compartido por diferentes niveles de la organización sanitaria con el propósito de mejorar la homogeneidad y precisión de los datos que circulan por los diferentes sistemas de información. Se priorizaron los datos de utilización habitual en el sistema, cuya obtención es factible con un coste aceptable, por lo que la selección debe entenderse como una primera propuesta referida básicamente a indicadores de carácter cuantitativo relacionados con la estructura y el proceso asistenciales, que deberá completarse profundizando en las áreas relacionadas con la calidad y los resultados en términos de salud.

En el documento se presentan, en forma de fichas de diseño sencillo, 264 indicadores seleccionados correspondientes a ocho áreas temáticas:

1. Población
2. Recursos humanos
3. Recursos físicos
4. Actividad asistencial
5. Estado vacunal
6. Prescripción farmacéutica
7. Docencia, formación e investigación
8. Costes económicos

El documento recoge también recomendaciones relacionadas con la formulación y evaluación de objetivos en los procesos de planificación de APS, con el objetivo de mejorar su calidad y eficiencia. Las recomendaciones se refieren a los ámbitos de coordinación entre niveles, formulación y evaluación de objetivos y resultado de las evaluaciones (**tabla 8**).

Reflexiones sobre el CMBD-AP

El tercer grupo de trabajo discutió el concepto de Conjunto Mínimo Básico de Datos en Atención Primaria (CMBD-AP), identificando tres características esenciales que lo definen:

- Datos sobre características demográficas, morbilidad y elementos que conforman el proceso asistencial a las personas atendidas en APS
- Recogida sistemática
- Homogeneidad en la definición de variables

Los datos pueden proceder de más de una base de datos, de manera que la estructura funcional del CMBD-AP debería diseñarse desde la perspectiva de una base de datos relacional.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la información disponible sobre la población atendida y la actividad asistencial en APS es claramente deficitaria y poco estandarizada, es obvia la necesidad de un conjunto de datos homogéneos que resulte útil para las diferentes necesidades.

Existen diferentes opciones de **unidades de registro (tabla 9)**, cuya elección condiciona las variables que formarían parte del CMBD-AP. Cuanto más desagregada es la unidad, mayor flexibilidad en el análisis y en las posibilidades de agregación según las diferentes utilidades, pero también mayor complejidad del sistema. El grupo de trabajo consideró que la opción más adecuada sería la de episodio de atención, en combinación con la de paciente atendido.

Mientras no exista un sistema de **codificación** único para todos los servicios con un grado elevado de correspondencia y convertibilidad, como podría ser la CIM-10, el grupo de trabajo recomendaba evaluar la calidad, utilidad y aplicabilidad de los dos sistemas más utilizados en ese momento (CIAP-2 y CIM-9-CM) y las posibilidades de conversión.

Finalmente, el grupo consideraba que el desarrollo del CMBD-AP debería hacerse en paralelo al proceso de despliegamiento y revisión de los de otros ámbitos asistenciales con la finalidad de obtener una base de datos integrada con base poblacional, útil para la planificación, evaluación y ajuste de riesgo en base capítativa.

Evaluación de un EAP mediante técnicas cuantitativas y cualitativas: prueba piloto

A partir de las conclusiones del estudio sobre la utilidad y viabilidad de las técnicas cualitativas, el proyecto MPAR consideró conveniente continuar esta línea de trabajo elaborando una propuesta de evaluación global de un EAP que combinara técnicas cuantitativas y cualitativas, acorde con las líneas estratégicas definidas, y determinar posteriormente su viabilidad y utilidad en una prueba piloto.

Objetivos

A partir de la tabla de intersección de intereses y necesidades de los diferentes ámbitos de evaluación definida en un documento anterior, se seleccionaron inicialmente los elementos comunes a los tres ámbitos y se analizó el resto para decidir cuáles podían ser relevantes. Finalmente, la propuesta de evaluación se centró en los ámbitos de atención al cliente y práctica clínica (**tabla 10**).

En el ámbito de atención al cliente, se consideraron los apartados de accesibilidad, organización interna (circuitos en los que participan únicamente miembros del EAP) y externa (circuitos en los que participan también personas ajenas al EAP), opinión e información al cliente, e información.

En el ámbito de práctica clínica se decidió considerar 4 categorías de problemas de salud (agudos leves, agudos graves, crónicos y actividades preventivas), y construir indicadores para evaluar las

dimensiones de estructura y organización (elementos que pueden condicionar la práctica clínica y que hay que tener en cuenta para poder interpretar correctamente los resultados de la evaluación), proceso (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, derivaciones y satisfacción de los usuarios) y resultados (de salud y de satisfacción de los usuarios). En la **tabla 11** se presentan algunos ejemplos de indicadores definidos en este ámbito.

Organización de la prueba

La prueba piloto se llevó a cabo en un EAP informatizado, tras preparar y concretar los aspectos operativos en una reunión con su director.

Un grupo de evaluadores, constituido por miembros del proyecto MPAR, realizó una visita al centro de salud y utilizó las siguientes técnicas:

- Observación directa: disponibilidad de información (identificación de mostradores, rotulación de consultas, puntos de información, ...), dimensiones y dotación de las consultas, dotación para la atención a urgencias, espacios físicos para reuniones y biblioteca,...
- Entrevistas semiestructuradas a personal del EAP:
 - Director: fundamentalmente sobre aspectos de accesibilidad y estructura y organización del equipo,
 - Profesionales sanitarios (médicos y de enfermería): aspectos del proceso y resultados de las actuaciones clínicas, y de coordinación entre niveles
 - Personal de atención al usuario: guía de servicios, circuitos, procedimientos de trabajo, información a los usuarios, etc.
- Auditoría de historias clínicas informatizadas y otros registros. Cuando el sistema lo permitía, los datos se obtuvieron de forma automática.
- Otras técnicas: análisis de otro tipo de documentación (guía de servicios y circuitos, agendas,...), solicitudes de interconsulta y exploraciones complementarias, y reclamaciones.

Otras técnicas utilizadas fueron:

- Entrevistas a profesionales de segundo nivel de referencia para determinadas especialidades
- Usuarios estandarizados de presencia física y telefónicos
- Encuestas telefónicas a usuarios sobre reclamaciones y sobre la realización del consejo antitabaco
- Grupo de discusión con pacientes para evaluar los aspectos relacionados con la atención a la cardiopatía isquémica.

Los datos sobre satisfacción de los usuarios, reclamaciones, prescripción farmacéutica e ingresos hospitalarios evitables se obtuvieron de las fuentes de datos existentes.

Valoración de la prueba y recomendaciones

El grupo de trabajo realizó una buena valoración global de la prueba, al considerar que había proporcionado información relevante que permitía hacerse una idea del funcionamiento del EAP y detectar

algunos problemas del mismo, aunque reconoció que debían estandarizarse más algunas de las técnicas. Por otro lado, la obtención de los datos necesarios para el cálculo de los indicadores cuantitativos resultó muy laboriosa, y en ocasiones imposible, a pesar del elevado grado de informatización del EAP. Es necesario realizar un esfuerzo importante para que los programas informáticos que utilizan los EAP faciliten el manejo de la información con finalidades no asistenciales como la evaluación. Si los datos no pueden obtenerse sin demasiado esfuerzo, la rentabilidad de muchos indicadores cuantitativos se ve reducida.

Aunque obviamente el esfuerzo para la realización de la prueba fue importante, su adecuada periodificación en tiempos superiores a un año o su adaptación a cada EAP para realizar un seguimiento apropiado de sus puntos de mejora, mientras se limita la monitorización a indicadores que puedan obtenerse automáticamente y sin esfuerzo, podría mejorar la viabilidad de esta estrategia de evaluación.

Sin embargo, sería conveniente disponer de una evaluación global inicial de los EAP que pudiera ser utilizada como un punto de partida para su evaluación evolutiva, cuyo alcance y periodicidad debería ser flexible y adaptable a cada EAP, incluyendo algunos de sus aspectos singulares. La evaluación comparativa es compleja y puede resultar incluso peligrosa, dadas las grandes diferencias existentes entre EAP y sus entornos.

Uno de los aspectos que se valoró más positivamente fue la valoración conjunta de los resultados de la evaluación con el equipo de dirección del EAP, lo que permitió interpretarlos correctamente, identificar los puntos de mejora y los problemas más relevantes, y la implicación del propio EAP.

Como recomendaciones para la evaluación global de un EAP, la estrategia debería incluir datos sobre ámbitos de actuación adicionales a los abordados (como atención domiciliaria, continuada o comunitaria, por ejemplo), y validarse su utilidad en un conjunto de EAP de diferentes características.

Finalmente, el grupo consideró que la estrategia de evaluación propuesta no es exclusiva de la APS, y que podría ser adaptada a otros ámbitos, como el hospitalario, el sociosanitario, el de salud mental, etc.

Poder resolutivo y atención primaria

La línea actual de reflexión del proyecto MPAR se centra en el poder resolutivo de la APS, intentando responder a la cuestión de si la nueva APS ha dado respuesta suficiente a las expectativas generadas en el momento de su diseño y puesta en marcha, y si ha conseguido solucionar los problemas principales propios de la antigua asistencia médica ambulatoria pública.

Se han elaborado dos documentos sobre este tema. Uno de ellos, publicado en noviembre de 2003, aborda el concepto de poder resolutivo de la APS y analiza sus condicionantes y factores limitantes. El segundo, publicado en diciembre de 2004, se centra en la mejora del poder resolutivo del sistema de salud y la contribución

de la APS a la misma.

Concepto de poder resolutivo

El punto de partida es que el poder resolutivo de la APS debe entenderse en el marco más amplio del conjunto del sistema y, por lo tanto, el análisis debe centrarse en la longitudinalidad e integración de los procesos asistenciales más que en la delimitación transversal y estructural de las competencias de cada nivel. La capacidad de resolución no puede representarse con una línea, sino como una banda, de amplitud variable según los casos, en la que interaccionan la atención primaria y hospitalaria y que está cruzada por los problemas de salud y procesos asistenciales (**figura 6**). El poder resolutivo de cada nivel del sistema penetra más o menos profundamente en esta banda de acuerdo con la propia naturaleza del problema y del entorno organizativo y de recursos.

Desde esta perspectiva, el poder de resolución se podría definir como la capacidad que tiene el sistema sanitario, a través de sus organizaciones y profesionales, para dar respuestas asistenciales adecuadas a las necesidades y demandas de los ciudadanos, coherentes con el conocimiento científico. La resolución global del sistema mejora en función de las contribuciones de cada uno de sus niveles. Se entiende que la APS es resolutiva si es accesible y desarrolla su responsabilidad de atención integral, a través de la gestión del conjunto del proceso asistencial, con independencia del nivel que se requiera para la atención.

Aunque puede afirmarse que el poder resolutivo de la nueva APS es claramente superior al de la antigua asistencia médica ambulatoria, cabe preguntarse si esta mejora ha sido la esperada y esperable, y si se encuentra en consonancia con los avances conceptuales y organizativos y los recursos empleados. Estas mismas preguntas hay que formularlas también para los otros niveles asistenciales.

Condicionantes del poder resolutivo

Partiendo de la hipótesis de que el abordaje conceptual de la capacidad resolutiva de la APS es relativamente nuevo dentro del análisis de los sistemas sanitarios, enfatizar sobre ella implica un cambio de carácter estratégico en la organización de los servicios sanitarios y en sus sistemas de evaluación. Estos condicionantes internos recogen y son expresión dialéctica de los condicionantes de entorno (**tabla 12**).

De manera sintética, se señalan condicionantes internos relacionados con el desarrollo de políticas y de medios favorecedores de la resolución y de su medida. La organización actual condiciona servicios de múltiples contactos, en los que se obtienen respuestas no vinculadas necesariamente a problemas de salud (prescripciones, derivaciones, reiteración de visitas, exploraciones complementarias sin una clara finalidad, ...). Los estudios de evaluación de la APS se han dirigido a evaluar su efectividad y eficiencia desde la perspectiva de sus atributos clave y de los procedimientos que realiza, pero casi no se dispone de información práctica para mejorar la resolución y la calidad de las intervenciones realizadas. El proceso de atención debe finalizar con la aportación de una solución entendida como tal por el ciudadano

demandante, independientemente de si es propia del ámbito competencial de la APS o de otros niveles. La accesibilidad, integralidad, globalidad y longitudinalidad de la APS se ponen al servicio de una visión *cooperativa*, edificada sobre el consenso para favorecer intervenciones diversas, dirigidas a obtener un objetivo definido.

Factores limitantes del poder resolutivo

Los factores limitantes del poder resolutivo de la APS identificados por el grupo de trabajo se resumen en la **tabla 13**.

Como factores económicos, se citan el marco político-económico general restrictivo, el predominio presupuestario de la atención especializada con respecto a la APS, algunos poderes fácticos (sector hospitalario, industria farmacéutica, etc.), la coexistencia de unos niveles salariales insuficientes y unas cargas de trabajo considerables, o la rigidez del estatuto del personal.

Un segundo grupo de factores se relaciona con las carencias y elementos de virtualidad en el modelo sanitario, como el retraso en la finalización de la implantación de EAP, el desarrollo insuficiente del contrato de servicios de APS, la necesidad de un sistema de pago, o la escasez de recursos destinados a las actividades de evaluación. También son importantes la falta de reconocimiento de la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales y la incompatibilidad entre los diferentes sistemas de información.

En tercer lugar, se señalan también como factores limitantes la indefinición en la cartera básica de servicios y la necesidad de adaptación a los cambios de la demanda (expectativas y nivel de exigencia de los ciudadanos, envejecimiento de la población, incremento de la población inmigrada, etc.).

Y finalmente, factores relacionados con los recursos, tanto humanos como materiales: dotación insuficiente, gestión poco flexible, aplicación insuficiente de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, expectativas profesionales no satisfechas, modelos rígidos de dedicación laboral, etc.

Visiones y aproximaciones en relación al poder resolutivo

Finalmente, el grupo de trabajo realizó algunas reflexiones sobre un contexto posible de futura evolución del poder resolutivo de la APS:

- Desde la perspectiva de los usuarios: ciudadanos que saben cómo utilizar los servicios, informados y con una cultura de utilización responsable y no consumista de los recursos sanitarios, que piden ser atendidos con rapidez y calidad ambiental y técnica.
- Desde la perspectiva de los profesionales: introducción de elementos de mayor flexibilidad en sus competencias, mayor protagonismo e implicación en la toma de decisiones que afectan directamente a su práctica clínica, y una práctica profesional basada en la evidencia y no defensiva, en un entorno no condicionado por la falta de disponibilidad de recursos y la existencia de un clima de desconfianza entre clínicos y gestores.

- Desde la perspectiva de los proveedores: promoción de alianzas en el territorio como herramienta de progreso para la mejora del poder resolutivo y la aproximación progresiva a la asignación capitativa de recursos, entorno poblacional (ámbito rural o urbano, disponibilidad de recursos, accesibilidad, cambios sociodemográficos, etc.), cargas asistenciales adecuadas, financiación suficiente y una forma de pago que permita introducir elementos de incentivación .
- Desde la perspectiva del sistema sanitario: un sistema de salud integrado, que valore la necesidad de generar vínculos operativos muy potentes entre la APS, los servicios de salud mental y sociosanitarios (subsistema de atención clínica personal), y entre ellos y la atención de alta tecnología (subsistema de atención clínica tecnológica), y con estructuras intermedias adecuadas de conexión entre estos dos subsistemas; un sistema centrado en los procesos, de manera que los recursos se adscriban de acuerdo con las necesidades planteadas por el abordaje de los problemas de salud y no por las derivadas de las estructuras y centros; e estrategias de integración de profesionales y niveles en la atención de los procesos, que garanticen la continuidad temporal, institucional y técnica de la atención; y el desarrollo de nuevas herramientas cuantitativas y cualitativas que permitan aproximaciones más fieles a la evaluación del funcionamiento real de los centros y servicios de APS.

La mejora del poder resolutivo del sistema de salud

La potenciación del poder resolutivo del sistema de salud en un contexto de equidad, eficiencia y satisfacción de la ciudadanía ha de formar parte de las estrategias de mejora de la calidad de vida individual y colectiva.

Las expectativas de la población en relación con el poder resolutivo del sistema de salud aumentan de forma rápida, especialmente en los países desarrollados, lo que obliga a generar estrategias e instrumentos flexibles con una rápida capacidad de adaptación a los cambios del entorno científico, tecnológico, organizativo, de recursos y de expectativas.

En esta línea, el último documento del proyecto MPAR presenta unas reflexiones sobre el análisis de las posibilidades de mejora del poder resolutivo del sistema de salud desde las visiones de la ciudadanía, la administración sanitaria, las entidades proveedoras y los profesionales asistenciales. Aunque estos actores tienen perspectivas diferentes, y lo que esperan unos de otros no siempre es coincidente, interaccionan entre ellos y presentan algunos aspectos comunes (**figura 7**).

La gestión sanitaria tiene el reto de hacer confluir estos intereses y aspiraciones diferentes y conseguir un funcionamiento integrado y eficiente del sistema. En este sentido, en el documento se identifican y comentan algunos cambios necesarios para la mejora del poder resolutivo del sistema (**tabla 14**).

La contribución de la atención primaria

Desde el punto de vista del poder resolutivo del sistema, los

atributos y características de la APS le confieren a este ámbito una importancia decisiva en función de su capacidad de resolver la demanda, contenerla y situarla en el ámbito asistencial más adecuado, con el valor añadido que suponen los elementos de eficiencia que una APS de calidad aportan al sistema.

Si bien es cierto que la reforma de la APS ha conseguido una mejora notable de la calidad de la atención que se presta en este nivel asistencial, las dificultades experimentadas durante el proceso, su excesiva duración, las resistencias al cambio y los importantes cambios acontecidos en la sociedad, la orientación futura de la APS deberá dar respuestas satisfactorias a las nuevas necesidades, enfatizando los aspectos del modelo insuficientemente desarrollados e incorporando otros innovadores (**tabla 15**).

Si bien los aspectos conceptuales del modelo de APS parecen apropiados y solamente necesitan algunas adaptaciones, los elementos estructurales y organizativos de los servicios de APS requieren indudablemente un mayor esfuerzo de adaptación tanto a la propia evolución del modelo sanitario como a las nuevas expectativas de la oferta asistencial (**tabla 15**).

A partir de las ideas apuntadas en estos documentos, la línea actual de trabajo del proyecto MPAR se centra en el abordaje, tanto desde una perspectiva teórica como operativa, del problema de la medida del poder resolutivo.

