

**ARTÍCULO ESPECIAL**

# Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR-5

**J. Jiménez Villa<sup>a</sup>, S. Cutillas Castell<sup>b</sup>, A. Martín Zurro<sup>a</sup> y Grupo de Trabajo MPAR-5\***<sup>a</sup>Región Sanitaria Costa de Ponent. Servei Català de la Salut.<sup>b</sup>Direcció de Atenció Primària Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut.*Palabras clave:* Atención primaria; Evaluación resultados; Metodologías cualitativas.

En Cataluña, y también en el resto del Estado, se está avanzando cada vez más en el proceso de separación entre las funciones de financiación/compra y de provisión de servicios sanitarios. Esta diferenciación genera inevitables distancias en los objetivos y métodos de evaluación, pero este hecho no debe justificar en ningún caso estrategias opuestas ni repeticiones innecesarias en la evaluación de la atención primaria de salud (APS).

Hasta ahora, los sistemas de evaluación en APS se han centrado en los procesos, están basados en una perspectiva de valoración grupal y utilizan indicadores casi exclusivamente de tipo cuantitativo. En la actualidad, existe un consenso cada vez más amplio respecto a la necesidad de poner un mayor énfasis en la valoración de los resultados (*outcomes*), de profundizar en la evaluación desde una perspectiva individual y de introducir elementos más cualitativos que hagan posibles valoraciones más globalizadoras.

Además, también parece imprescindible transformar el sistema de evaluación para evitar que sea visto por los profesionales únicamente como el origen de un conjunto de tareas administrativas, farragosas y sin trascendencia, y como un elemento puramente fiscalizador y de control.

Es en este contexto que nace en 1996 el proyecto MPAR-5 (*Mejora de los procesos de evaluación de resulta-*

*dos*), fruto de la iniciativa conjunta de la Región Sanitaria 5 Costa de Ponent del Servei Català de la Salut (SCS) y de la Subdivisión de Atención Primaria Costa de Ponent-Tarragona-Tortosa del Institut Català de la Salut (ICS).

## El proyecto MPAR-5

El proyecto MPAR-5 nació con el propósito general de profundizar en el análisis de los conceptos y métodos de evaluación de la APS, y se inició con la elaboración de un marco conceptual y técnico que sirviera de base para los procesos de evaluación, y a partir del cual fuera posible extraer los elementos necesarios para construir herramientas operativas con dos perspectivas fundamentales: diversificación metodológica y evaluación evolutiva.

El proyecto MPAR-5 identifica unas líneas estratégicas que suponen un cambio en la orientación actual del sistema de evaluación. Así, propone avanzar en la evaluación de los resultados de las actuaciones de los servicios y de los profesionales, frente a la evaluación actual del proceso, creando un marco de interacción conceptual y técnica de la evaluación de ambos elementos, de forma que sean concordantes, es decir, no repetitivos, y más eficientes. Posiblemente, el problema más importante radica en la dificultad para medir los resultados de las actuaciones sanitarias, por lo que en muchas ocasiones nos hemos conformado con resultados intermedios, muy relacionados con los procesos, hecho que genera dificultades adicionales cuando se quiere delimitar con claridad qué es realmente resultado y qué continúa formando parte del proceso.

Otra de las líneas estratégicas propuestas en el proyecto es la evalua-

ción de los profesionales, y no solamente del servicio. Hasta ahora, la evaluación se ha centrado en el elemento grupal, pero sería necesario elaborar indicadores que proporcionen también una perspectiva individual de los profesionales del equipo de atención primaria (EAP), de forma que permitan una asignación más individualizada de los incentivos y contribuyan a elevar el grado de motivación personal. Esta evaluación no debería restringirse exclusivamente a los profesionales médicos o sanitarios, sino que debe incluir a todos los profesionales del EAP. Por otro lado, también es importante relacionar la evaluación con la carrera profesional, la acreditación técnica y las políticas de calidad. Así mismo, sería necesario adaptar los criterios generales utilizados actualmente a la situación específica de cada EAP e incluso, en caso necesario, de cada profesional.

La evaluación actual se halla estrechamente condicionada por el calendario, siendo el período anual el más utilizado. Se propone modificar esta situación diseñando una evaluación realizada en períodos variables, en razón del objetivo y del indicador. En definitiva, de lo que se trata es de adaptar la evaluación al indicador y no al contrario, reconociendo que determinados datos deben analizarse siguiendo períodos de tiempo variables, no necesariamente coincidentes entre sí. Además, esta orientación estratégica permitiría «desconcentrar» los procesos de evaluación en el tiempo.

La dinámica actual de los procesos de evaluación conduce habitualmente a analizar los datos de forma «vertical», por temas, sin tener en cuenta sus interrelaciones. Otra línea principal del proyecto MPAR-5 es desarrollar evaluaciones que sean

\*Proyecto MPAR-5. Director: A. Martín Zurro. Coordinadores generales: S. Cutillas y J. Jiménez. Participantes en el proyecto: J.M. Argimon, L. Balagué, B. Bolibar, I. Caballero, C. Cabezas, S. Calero, N. Comas, J. Duran, D. Fernández, R. López, J. Martí, A. Martín, J.M. Martínez, X. Mas, C. Mota, A. Peris, J.A. Ponsà, A. Sans, A. Sancho, J. Sellarés, C. Tamayo y C. Valero.

**TABLA 1. Recomendaciones generales para la evaluación de la atención primaria (proyecto MPAR-5)**

1. Priorizar la evaluación de resultados sobre la de procesos
2. Priorizar la evaluación cualitativa
3. Adaptar los ámbitos evaluados a los de las actividades habituales de los servicios y profesionales
4. Introducir progresivamente elementos de evaluación individual
5. Evaluar también los profesionales no médicos de los servicios y equipos
6. Relacionar la periodicidad y los intervalos de las evaluaciones con los objetivos y ámbitos evaluados
7. Evaluar de forma conjunta y horizontal los resultados de diferentes ámbitos y actuaciones
8. Incrementar la participación de los profesionales en todas las fases de la evaluación
9. Evaluar para la acción
10. Diversificar las metodologías de evaluación
11. Optimizar los sistemas de información
12. Potenciar la trascendencia de la evaluación en todos los niveles, incluyendo el de la carrera profesional
13. Priorizar la evaluación evolutiva sobre la comparativa

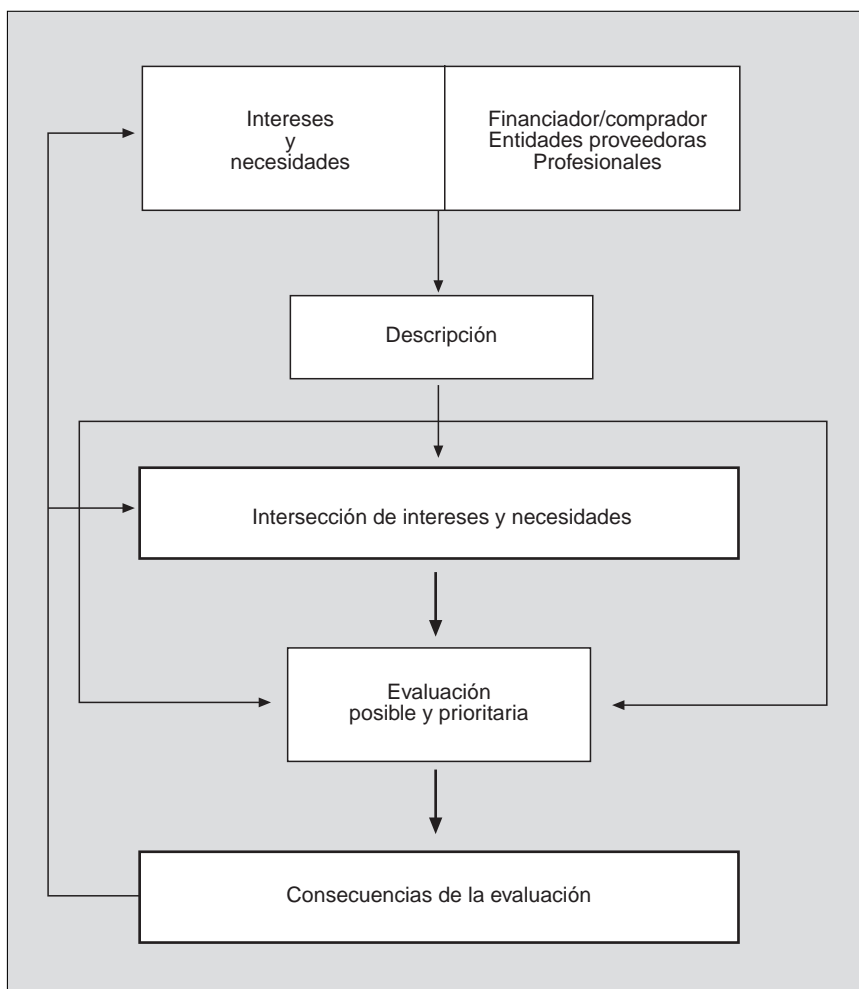


Figura 1. Esquema de trabajo del proyecto MPAR-5.

también horizontales, reconociendo que los resultados son consecuencia de múltiples acciones y procesos. Frente a la evaluación actual, esencialmente documental y basada

principalmente en registros, se propone una evaluación más directa y diversificada, aplicando los instrumentos que mejor se adapten al ámbito evaluado y utilizando simultá-

neamente herramientas diferentes, entre las que deben incluirse aproximaciones metodológicas más cualitativas. Por otro lado, se propone pasar a una evaluación basada en la información adecuada y útil para la toma de decisiones, lo que implica una reconsideración en profundidad de los sistemas de información actuales.

El proyecto MPAR-5 también propone cambiar la orientación actual, de una evaluación como instrumento de control hacia una para la incentiva-ción; de una evaluación sin trascendencia perceptible sobre la situación, medios y actuaciones de los profesionales, hacia otra con trascendencia real; de una evaluación esencialmente comparativa entre equipos hacia una evolutiva del equipo y de los profesionales; de una evaluación poco participativa, en la que los profesionales no están implicados, a otra en la que participen realmente en todas las fases del proceso evaluador; y, finalmente, de una evaluación exhaustiva hacia una orientada a la acción, en la que cada dato o indicador tenga una repercusión clara en la toma de decisiones.

Las líneas estratégicas esbozadas en los párrafos anteriores pueden sintetizarse en una serie de recomendaciones generales (tabla 1).

A partir de este marco teórico y conceptual en el que situar la evaluación, y en un intento de aproximación a la concreción de instrumentos operativos, se estableció una línea de reflexión sobre los intereses y necesidades de los diferentes «actores» del sistema (comprador/financiator, proveedor, profesional) respecto a la evaluación (fig. 1). Así mismo, y para

profundizar en la diversificación metodológica, se inició otra línea de reflexión acerca de las técnicas cualitativas y su utilización en este ámbito.

### Ámbitos de evaluación

En el proceso de evaluación de la APS intervienen diferentes actores, con intereses y necesidades diferenciadas: el comprador-financiador, los proveedores de servicios y los profesionales sanitarios y no sanitarios que los prestan. En el proyecto MPAR-5 se han tenido en cuenta las siguientes prioridades para cada uno de ellos con la finalidad de distribuir los ámbitos de evaluación:

#### Ámbito comprador/financiador

- Responsabilidad político-institucional sobre la salud.
- Planificación sanitaria general.
- Financiación del sistema y compra de servicios.
- Agregación de la información en el ámbito territorial, por entidad proveedora y por EAP.

#### Ámbito proveedor

- Responsabilidad de gestión.
- Eficiencia.
- Clima organizativo y marco laboral.
- Agregación de la información en el ámbito territorial, por EAP y profesional.

#### Ámbito profesional

- Eficacia/efectividad.
- Calidad de la atención prestada.
- Expectativas profesionales y laborales.
- Agregación de la información en los ámbitos EAP y profesional.

Las áreas de conocimiento se corresponden con conceptos o «palabras clave» que forman parte de la «cultura evaluadora» del sistema (fig. 2). La distribución de estas áreas responde, en parte, a las diferentes dinámicas de evaluación que genera cada una de ellas (evaluación del contrato, de la satisfacción, del plan de salud...) (tabla 2).

Posteriormente, se concretaron las coincidencias en las áreas de conocimiento con intereses comunes de los tres actores del sistema:

- *Contrato*: cumplimiento de los objetivos del contrato entre el com-

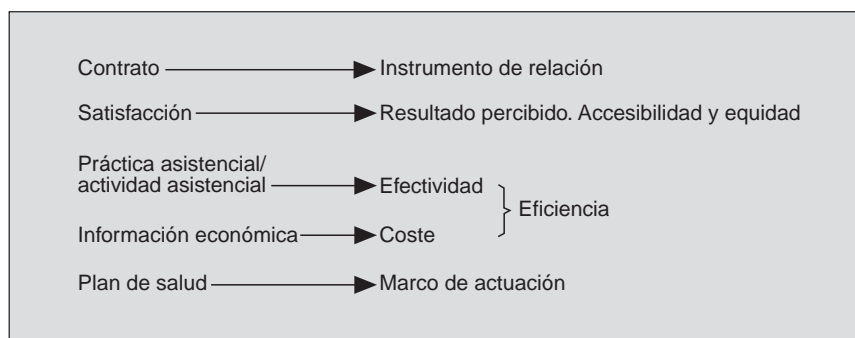


Figura 2. Correspondencia entre áreas de conocimiento y conceptos de la cultura evaluadora.

prador/financiador y el proveedor. En esencia, la evaluación de los contratos ha de estar dirigida a verificar su cumplimiento y proporcionar los elementos que faciliten su renovación. Accesoriamente, puede proporcionar conocimientos sobre determinados aspectos de los servicios.

– *Satisfacción/atención al cliente*: satisfacción de los clientes con los servicios prestados. Esta satisfacción debería ser evaluada en relación a la accesibilidad a los servicios, el trato recibido por el paciente, la cantidad y calidad de la información proporcionada, la confidencialidad y privacidad y aspectos relacionados con el confort.

– *Práctica clínica/actividad asistencial*: nivel de resolución. El análisis ha de realizarse en relación a problemas de salud tanto agudos como crónicos, teniendo en cuenta su frecuencia y trascendencia, su pertenencia a este nivel asistencial y la eficiencia de las intervenciones.

– *Información económica*: coste económico de los servicios prestados y de la actividad generada por el EAP. Supone el desglose del coste del EAP en los diferentes capítulos presupuestarios, el gasto generado por el EAP (farmacia, derivaciones, productos intermedios) y las amortizaciones.

La priorización de los aspectos a evaluar en cada una de estas áreas de conocimiento ha de tener en cuenta los siguientes criterios: trascendencia o relevancia; capacidad trazadora; factibilidad, simplicidad y validez de la técnica de evaluación; grado de consenso; posibilidad de desagregación, y posibilidad de observar la evolución temporal.

### Metodologías cualitativas

La creciente complejidad del entorno sanitario hace necesaria la utilización de todos los métodos, tanto cuantitativos como cualitativos, que nos ayuden a conocer e interpretar la realidad y hacer así más efectiva nuestra acción. La confrontación entre el discurso «objetivo» y el «subjetivo» se está sustituyendo afortunadamente por el uso conjunto de ambas perspectivas teóricas, que, lejos de ser incompatibles, se complementan, y se está trasladando el acento del debate hacia la importancia del rigor metodológico de cualquier análisis o intervención, independientemente del instrumento utilizado.

Hasta el presente, se han empleado casi exclusivamente métodos cuantitativos en la evaluación de las actividades de atención primaria. 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.

Sin embargo, a la hora de utilizar técnicas cualitativas en evaluación, hay que tener en cuenta que sirven para identificar o interpretar problemas específicos y que son difícilmente generalizables, por lo que su utilidad para monitorizar es limitada. No suponen una alternativa rápida a los métodos cuantitativos, sino que deben utilizarse conjuntamente con ellos. También hay que tener en cuenta que los profesionales sanitarios suelen mostrar reticencias en utilizar estos métodos, a pesar de

**TABLA 2. Intereses y necesidades de los diferentes ámbitos en el proceso de evaluación, según las áreas de conocimiento**

Comprador/financiador	Proveedor	Profesional
<b>Contrato</b>		
Cumplimiento de los objetivos del contrato comprador-financiador Características esenciales y/o priorizadas de los servicios Concordancia entre los objetivos contractuales y los servicios Grado de mejora de los proveedores Grado de cumplimiento de la cartera de servicios	Cumplimiento de los objetivos del contrato comprador-financiador Cumplimiento de los objetivos del contrato proveedor-profesionales Consecución de los objetivos de la empresa Concordancia entre los objetivos contractuales y las actividades cotidianas de los profesionales Grado de mejora de los profesionales/EAP	Cumplimiento de los objetivos del contrato comprador-financiador Cumplimiento de los objetivos del contrato proveedor-profesionales Cumplimiento de las condiciones del contrato proveedor-profesionales (relaciones laborales)
<b>Satisfacción/atención al cliente</b>		
Satisfacción de los clientes con los servicios prestados Expectativas de los clientes sobre la prestación de servicios Satisfacción de los profesionales con el sistema sanitario Accesibilidad de los clientes a los servicios	Satisfacción de los clientes con los servicios prestados Expectativas de los clientes sobre la prestación de servicios Satisfacción de los profesionales en relación con la empresa y con la carrera profesional	Satisfacción de los clientes con los servicios prestados
<b>Práctica clínica/actividad asistencial</b>		
Nivel de resolución EAP/proveedores (relación con la ubicación y las dotaciones)	Nivel de resolución EAP/profesionales Grado de adecuación de la actuación de los profesionales/EAP a los protocolos y guías de práctica clínica consensuadas Actividad asistencial (cargas de trabajo, distribución horaria, etc.)	Nivel de resolución EAP/profesional (individual) Grado de adecuación de la actuación de los profesionales/EAP a los protocolos y guías de práctica clínica consensuadas Actividad asistencial (cargas de trabajo, distribución horaria, etc.)
<b>Información económica</b>		
Costes de los servicios prestados por el EAP Coste de la actividad generada por el EAP	Coste (detalle, contabilidad analítica) de los servicios prestados por el EAP/profesionales Coste de la actividad generada por el EAP/profesionales Fórmulas de financiación adicional, gestión y organización de servicios	Coste de los servicios prestados por el EAP/profesional (individual) Coste de la actividad generada por el EAP/profesional (individual) Mecanismos de información respecto a la situación de la gestión de la empresa
<b>Plan de salud</b>		
Grado de consecución de los objetivos del plan de salud Indicadores de morbimortalidad		
<b>Otros</b>		
Acreditación de proveedores, centros y servicios Oferta complementaria proveedores Funcionamiento/nivel de calidad del sistema de identificación de clientes Flujos de utilización de los servicios Coordinación entre proveedores y niveles	Implantación de la carrera profesional Grado de concordancia o adecuación de la cartera de servicios a las necesidades de la población y el territorio	Implantación de la carrera profesional Funcionamiento de los mecanismos de <i>feedback</i> de la información empresa/profesionales respecto a sus actividades Proyectos de investigación Actividad docente

que son ampliamente usados en otros ámbitos. Así mismo, debe diferenciarse su utilización con finalidades de evaluación y de investigación.

### Estudio de la viabilidad y utilidad de los métodos cualitativos en la evaluación de la APS

Con la finalidad de avanzar en el proceso de diversificación metodológica, el grupo de trabajo MPAR-5 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 eva-

luación 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 la 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 (financiador/comprador, proveedor, profesional). El estudio se llevó a cabo en 10 áreas básicas de salud (ABS) del ICS, co-

rrespondientes a la Subdivisión de Atención Primaria Costa de Ponent-Tarragona-Tortosa (Alt Camp Est, Anoia rural, Camps Blancs, Deltebre, Falset, Garraf Rural, Martí Julià, Martorell, Santa Eulàlia Sud y Santa Margarida de Montbui), entre las que había ABS rurales, urbanas, docentes y no docentes.

### Selección de los objetivos de evaluación

Dado que la finalidad del estudio no era diseñar y contrastar un sistema global de evaluación de la APS, para su realización se seleccionó una serie

**TABLA 3. Aspectos evaluados por los usuarios estandarizados de presencia física**

<b>Caso de solicitud de visita en un centro de salud</b>
• Descripción de la atención recibida
• Información solicitada y recibida sobre el proceso de asignación de unidad asistencial básica*
• Información recibida sobre el centro
• Discriminación de la urgencia del caso
• Resolución de la demanda
• Valoración subjetiva de la forma en que ha sido atendido
<b>Caso de presentación de una reclamación en un centro de salud</b>
• Descripción de la atención recibida
• Disponibilidad de hojas de reclamación e información sobre cómo rellenarla
• Disponibilidad de espacios adecuados y respeto a la confidencialidad
• Información sobre el circuito y el tiempo de respuesta
• Facilidades y/o barreras
• Valoración subjetiva de la forma en que ha sido atendido
<b>Contenidos comunicativos (ambos casos)</b>
• Apariencia
• Escucha
• Cordialidad
• Respeto
• Tranquilidad
• Optimismo
• Interés
• Expresión inteligible
• Empatía

\*En la mitad de los casos, el usuario carecía de tarjeta sanitaria individual (TSI). En estos casos, también se evaluaba si se solicitaba la TSI, se comprobaban los datos administrativos y se le informaba sobre la generación de la tarjeta.

de objetivos concretos correspondientes a las tres primeras áreas de conocimiento citadas anteriormente. A continuación se citan los objetivos seleccionados, indicando entre paréntesis el método de evaluación evaluado:

1. *Contrato*: concordancia entre los objetivos del contrato y los de la APS (grupos focales y nominales).

2. *Satisfacción/atención al cliente*:

– Solución de demandas concretas de los usuarios: demanda de visita inmediata (usuario estandarizado de presencia física), solicitud de atención domiciliaria (usuario estandarizado telefónico), derivación al especialista (encuesta telefónica) y reclamación (usuario estandarizado de presencia física).

– Accesibilidad telefónica y cita previa (simulación telefónica).

3. *Práctica clínica/nivel de resolución*: problemas de salud agudo y crónico (entrevistas a profesionales y análisis de la adecuación de las derivaciones) y realización de técnicas (simulación telefónica).

## Métodos analizados

### Grupos nominales y focales

Se realizaron 2 grupos focales con profesionales sanitarios y no sanitarios con finalidades exploratorias, y posteriormente 4 grupos nominales formados por profesionales de las unidades de atención al usuario, médicos, de enfermería y de los equipos de coordinación/dirección, respectivamente.

Las conclusiones principales son que no hay concordancia entre los objetivos establecidos en el contrato y lo que los profesionales consideran como los componentes principales de su actividad habitual, que el sistema actual de evaluación no es visto como un proceso por el cual se obtiene información válida ni útil, y que el contrato es considerado como una herramienta de control burocrático.

Estas técnicas grupales se han mostrado útiles y han supuesto un foro adecuado en el que los profesionales han manifestado libremente sus opiniones, pero no sería oportuno consi-

derarlas como una herramienta de evaluación de los profesionales, ni a nivel individual ni de EAP, aunque podría serlo para los financiadores y proveedores en relación a la adecuación del contrato.

### Usuarios estandarizados de presencia física

Se diseñaron 2 casos: solicitud de visita en un centro de salud para un familiar y presentación de una reclamación. Los guiones de los casos planteaban situaciones sencillas y habituales, ya que no se pretendía evaluar actuaciones en situaciones extraordinarias. Los datos administrativos de los usuarios habían sido introducidos previamente en las bases de datos informáticas. Los actores recogieron información cualitativa sobre la atención recibida y los contenidos comunicativos (tabla 3).

En el caso de la solicitud de visita, no se realizó asignación directa de unidad asistencial básica en ningún centro de salud, aunque en 8 de los 10 casos el usuario recibió informa-

ción de los documentos necesarios para realizarla. En 6 centros se ofreció visita para el mismo día o para el siguiente, siendo remitidos en el resto de casos a urgencias si se consideraba necesario.

En el caso de presentación de una reclamación, se observó la existencia de una gran diversidad de hojas para ello. Solamente un centro ofreció un espacio adecuado que asegurara la confidencialidad. Por otro lado, la información sobre el circuito y el tiempo de respuesta fue en general muy ambigua.

La información obtenida con esta técnica es útil y relevante, permitiendo caracterizar el circuito de atención al usuario a pesar de los pocos casos evaluados.

### *Simulación telefónica*

La accesibilidad telefónica se evaluó realizando tantas llamadas como fue necesario para conseguir 40 comunicaciones con éxito en cada ABS, distribuidas entre los 5 días laborales de la semana y en 4 tramos horarios (9.00-10.30 h, 12.00-13.30 h, 14.30-16.00 h y 18.30-20.00 h). Las comunicaciones con éxito se aprovecharon para evaluar la accesibilidad para realizar consultas telefónicas con los profesionales médicos y de enfermería del EAP, y para solicitar una visita a domicilio. Previamente se habían elaborado guiones de los casos de estas simulaciones. También se aprovecharon para pedir cita previa para visita médica y para solicitar la posibilidad de realizar una sutura de una herida simple en el propio centro. Los datos administrativos de todos los usuarios ficticios habían sido introducidos previamente en las bases de datos informatizadas.

La accesibilidad telefónica se evaluó mediante un total de 476 llamadas a 9 ABS, resultando con éxito en un 62% de los casos. De éstos, la persona que respondía identificó el centro en un 86% de casos y realizó un saludo en un 35,5%, siendo la atención de las llamadas inmediata en un 95% de casos.

De las 84 solicitudes de consulta telefónica con los profesionales sanitarios, se preguntó quién solicitaba la consulta en un 40% de casos, y solamente en una ocasión se inquirió por el motivo de consulta. La resolución fue pasar directamente la llamada al profesional en el 61% de casos y ofre-

cer un horario alternativo para volver a llamar en un 13%.

La solicitud de visita domiciliaria se llevó a cabo en 7 ABS. En 3 casos la respuesta fue proponer una visita en el centro el mismo día, mientras que en los 4 casos restantes se pasó la llamada al profesional médico, momento en que se interrumpió la comunicación.

De las 52 llamadas en que se solicitó cita previa para un profesional médico, se dio ésta en un 89% de casos.

De las 13 llamadas en que se solicitó la realización de una sutura, solamente en 2 casos se preguntó por las características de la herida. En 10 casos se propuso acudir al centro para resolver el caso.

La evaluación de la accesibilidad telefónica es una técnica muy utilizada, cuya viabilidad y utilidad son ampliamente reconocidas. En este estudio, su empleo para evaluar diferentes demandas ha permitido comprobar su utilidad para conocer el comportamiento de las unidades de atención al usuario de los EAP en conjunto y para cada uno de ellos, aunque existen dificultades adicionales para su realización en el ámbito rural, debido a los horarios más reducidos de atención y el conocimiento que tienen los profesionales de su población.

### *Encuesta telefónica a usuarios*

Se diseñó una encuesta telefónica a personas que habían sido derivadas a un especialista, excluyendo las derivaciones para pruebas, exploraciones complementarias y urgencias. Se preguntaba sobre la información que había recibido acerca del especialista y centro al que se le derivaba y del motivo por el que se le enviaba, cómo se había realizado la tramitación y cómo valoraba la forma en que se le había atendido. Se realizaron 31 encuestas referidas a 3 ABS, para lo que fueron necesarias 86 llamadas. La información que tenía el usuario sobre la derivación podía considerarse buena en la mayoría de casos, y su mediana en la puntuación que valoraba su opinión sobre la forma en que habían sido atendidos, en una escala de 0-10, fue de 8 puntos. La tramitación de la derivación se hizo desde el ABS en 29 casos.

Teniendo en cuenta los recursos necesarios para realizar la encuesta y la información que se ha obtenido, no se considera que esta técnica sea idó-

nea para evaluar el proceso de derivación, aunque convenientemente modificada podría ser útil como complemento de otras técnicas que evalúen otros aspectos de dicho proceso.

### *Entrevistas a profesionales*

Se realizaron 57 entrevistas a médicos de cabecera, pediatras, profesionales de enfermería y especialistas de referencia. Se trataba de entrevistas semiestructuradas, cuyo guión incluía la existencia de criterios de derivación, el tipo de respuesta a la hoja de derivación, la identificación de los aspectos evaluables en atención primaria, la accesibilidad entre profesionales de los diferentes niveles y una valoración profesional. Las entrevistas fueron grabadas en la mayoría de ocasiones. Se seleccionó un problema de salud agudo en pediatría (otitis media aguda) y un problema crónico en adultos (diabetes mellitus tipo 2).

Se observó una buena coincidencia entre las opiniones expresadas por los diversos profesionales de un mismo EAP. En líneas generales, no existen criterios de derivación ni protocolos conjuntos establecidos entre niveles, y se observa una fuerte variabilidad en los mecanismos de coordinación, que a menudo dependen de relaciones personales. En el caso de la diabetes, los profesionales de los EAP coinciden en que es una patología asumible íntegramente por la APS. En el caso de la otitis, los pediatras reconocen derivar tan sólo los casos de repetición o cuando es necesario valorar el grado de audición o la indicación de cirugía. En general, los profesionales de los EAP manifiestan tener confianza en la calidad técnica de los especialistas, mientras que éstos detectan una gran variabilidad en la valoración de la adecuación de la derivación por parte de los profesionales de APS, siendo las diferencias más evidentes entre profesionales que entre EAP.

Las entrevistas han aportado una gran información sobre la percepción de la realidad por parte de los profesionales. Su valoración tendría mayor utilidad si una misma persona entrevista a los profesionales de un EAP y a sus especialistas de referencia. Los profesionales opinaron que existen otros problemas de salud que permitirían evaluar mejor el nivel de resolución de los EAP y la relación

entre niveles asistenciales. Por otro lado, deben adaptarse los guiones para las entrevistas de los profesionales de enfermería y definir normas para la síntesis de la información obtenida, dada la gran variabilidad observada. Finalmente, no se considera que la grabación aporte un valor añadido a la entrevista, salvo para aspectos de formación de los entrevistadores.

### *Análisis de las hojas de derivación*

Se recogieron prospectivamente las derivaciones realizadas al otorrinolaringólogo por otitis media aguda en edad pediátrica y las realizadas al endocrinólogo por diabetes mellitus tipo 2 en adultos. Se utilizaron los criterios de la sociedad catalana de pediatría y los del grupo GEDAPS de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria para evaluar la adecuación de la derivación por ambos problemas de salud, respectivamente.

Había un número reducido de derivaciones por las patologías seleccionadas. En líneas generales, las derivaciones cumplían los criterios de adecuación en el caso de la otitis media, pero no tanto en el caso de la diabetes.

Esta técnica se considera útil para evaluar el nivel de resolución e identificar puntos de mejora, aunque existe una limitación importante debido a la ausencia de criterios consensuados de adecuación para la mayoría de problemas de salud. Por otro lado, es necesario valorar más cuidadosamente la selección de los problemas de salud, con la finalidad de disponer tanto de un número suficiente de derivaciones como de criterios de definición y adecuación claramente establecidos.

### *Auditoría de historias clínicas*

Se realizó una auditoría de 580 historias clínicas en 6 ABS, correspondientes a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que tuvieran registradas 2 visitas de control en los 12 meses previos. Se emplearon los criterios de control definidos por el grupo GEDAPS de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria. La mediana del número de visitas de control de la enfermedad realizadas en el año previo era de 7. Un 58% de las historias tenía registrada la he-

moglobina glucada y/o la fructosamina, el 32% el fondo de ojo, un 69% el hábito tabáquico y el 89% las cifras de presión arterial. Un 52% de los pacientes estaba diagnosticado de hipertensión arterial, que constaba como controlada en un 15% de los casos. Un 29% de los pacientes tenía registrada la microalbuminuria, el 16% los pulsos pedios y un 18% el riesgo de pie diabético.

La información obtenida de la auditoría se consideró útil, especialmente si puede contrastarse con los datos obtenidos con otras técnicas, caso de las entrevistas a los profesionales.

### **Conclusiones**

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.

En general, las técnicas aplicadas se han mostrado factibles y han sido bien aceptadas por los profesionales participantes, aunque su desarrollo en el ámbito rural ha presentado algunas dificultades adicionales.

El coste de la realización del estudio ha sido relativamente elevado, en especial por lo que respecta al tiempo invertido, fundamentalmente en el diseño y preparación de casos y en la formación de las personas evaluadoras. Este coste puede verse reducido 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-5 (tabla 1), las técnicas aplicadas en este estudio han permitido una evaluación más participativa, horizontal y directa, dirigida también a los profesionales no médicos de los EAP. Aunque los resultados obtenidos se refieren a un corte en el tiempo, la repetición posterior permitiría una evaluación evolutiva. Además, dado que estas técnicas permiten detectar problemas concretos, esta evaluación evolutiva puede ser específica para cada ABS.

Sin embargo, hay que reconocer que, a pesar del esfuerzo, las técnicas estudiadas siguen realizando una evaluación de proceso o resultados intermedios y aplicada de forma grupal. Aunque las técnicas podrían aplicarse de forma que permitieran una evaluación individual, su repercusión sobre el coste debe ser cuidadosamente valorada.

### **Continuidad del proyecto**

Una de las líneas de análisis que se ha iniciado en el proyecto MPAR-5 es la identificación y definición de los intereses y necesidades de los diferentes «actores» del sistema implicados en el proceso de evaluación de la APS. En una primera fase, se concretaron los ámbitos comunes a todos ellos. En el momento actual, se plantea la continuidad de esta línea de trabajo con los objetivos de:

– Identificar los principales procesos de planificación de la APS y sus requisitos de evaluación, diferenciándolos claramente de las necesidades de información para el análisis de la situación y la toma de decisiones.

– Definir las características esenciales que debería tener un sistema de información para la APS que diera una respuesta conjunta, o como mínimo básica, a las principales necesidades detectadas en los diferentes niveles de la organización sanitaria.

– Definir líneas de avance en la mejora de la calidad y la eficiencia de las actividades de evaluación en APS.

– Identificar los elementos de consenso entre las instituciones sobre el conjunto de aspectos que conformarían una propuesta de abordaje global de la información y evaluación en APS.

Por otro lado, a la vista de los resultados obtenidos en el estudio de la viabilidad y utilidad de las técnicas cualitativas, se pretende establecer una propuesta de evaluación global de una ABS que incorpore la complementariedad de las técnicas cualitativas y cuantitativas, y que tenga en cuenta la situación específica de cada ABS respecto a la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en su funcionamiento habitual. Esta propuesta de evaluación global será sometida a un ensayo para valorar su grado de aplicabilidad.

### **Agradecimientos**

A Margarita Pla y Margarita Sánchez-Candamio por el diseño, conducción y análisis de los grupos focales y nominales; a Xavier Cleries y Carles Blay por su colaboración en el diseño de los guiones y entrenamiento de los usuarios estandarizados; a los profesionales de la Unidad de Planificación y del sector sanitario Delta Litoral-Alt Penedès-Garraf de la Región Sanitaria Costa de Ponent por su colaboración en el desarrollo de las simulaciones telefónicas; a todos los profesionales de las ABS Alt Camp Est, Anoia Rural, Camps

Blancs, Deltebre, Falset, Garraf Rural, Martí Julià, Martorell, Santa Eulàlia Sud y Santa Margarida de Montbui, y a los especialistas (endocrinólogos y otorrinolaringólogos) de referencia de estas ABS por su colaboración en el estudio.  
A la Región Sanitaria Costa de Ponent del Servei Català de la Salut, a la Fundació Jordi Gol i Gurina y al Institut d'Estudis de la Salut por su contribución económica y técnica que ha permitido llevar a cabo el estudio.

### **Bibliografía general**

- Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251-253.
- Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 270-271.
- Buzzaqui A, Uris Selles J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. *FMC* 1997; 4: 421-433.
- Fernández de Sanmamed Santos MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC* 1995; 2: 23-28.
- Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; 315: 740-743.
- Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311: 376-380.
- Keen J, Packwood T. Case study evaluation. *BMJ* 1995; 311: 444-446.
- Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311: 299-302.
- Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-112.
- Mays N, Pope C. Observational methods in health care settings. *BMJ* 1995; 311: 182-184.
- Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1996.
- Peris A et al. Cartera de serveis de la DAP Anoia. Document per a la resolució de problemes de salut. DAP Anoia (Institut Català de la Salut), octubre 1997.
- Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-45.
- Tamblyn RM. Use of standardized patients in the assessment of medical practice. *CMAJ* 1998; 158: 205-207.
- Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. «SERVQUAL y sus aplicaciones» en calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1993.