

PROPOSTES PER A L'AVALUACIÓ DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Grup assessor

Coordinació del document

Àlex Guarga. CSB

Aina Plaza. CSB

Josep Farrés. CSB

Membres del Grup assessor per a l'avaluació i comparació dels EAP

Lurdes Alonso	EAP Universitat
Xavier Altimiras	CSB
Ester Amado	SAP Sant Martí
Gemma Amorós	SAP Sant Martí
Rosa Aragonés	EAP Gòtic
Estrella Barceló	SAP Sant Andreu
Jaume Benavent	CAPSE
Ana Benavides	EAP Les Corts-Helios
Gladys Bendahan	SAP Eixample
Enriqueta Borràs	EAP Sanllehy
Manel Borrell	EAP Les Corts-Helios
Carles Brotons	EAP Sardènia
Glòria Brunet	EAP Via Roma
Ana Busqué	Regió Sanitària Centre
Josep Casajuana	SAP Ciutat Vella
Lluís Comalrena	EAP Carrer del Foc
Josep Costa	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
Josep Ma Cots	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
Esther Cucurull	SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-St. Gervasi
Toni Dedeu	EAP Roquetes
Ma. Lluïsa de la Puente	Regió Sanitària Centre
José Luís del Val	SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-St. Gervasi
Josep Farrés	CSB
Sòfia Ferré	CSB
Daniel Ferrer-Vidal	CAP Passeig de Maragall
Gonçal Foz	SAP Sant Martí
Francisco Godoy	EAP Poble Sec
Àlex Guarga	CSB
Pilar González	SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi
Antoni Hidalgo	SAP Sant Andreu
Begoña Iglesias	SAP Ciutat Vella
Agnès Llatas	SAP Sant Andreu
Marcel·la Miró	CSB
Àngels Ondiviela	SAP Ciutat Vella
Maribel Pasarin	Agència de Salut Pública de Barcelona
Anna Càrol Pérez	CSB
Josep M. Picas	PAMEM
Aina Plaza	CSB
Eriqueta Pujol	SAP Sant Martí
Soledad Romea	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat
Mercè Roura	SAP Gràcia, Horta-Guinardó
Ignasi Saenz	EAP Sardènia
Anna Salvadó	SAP Sant Martí
Susana Sanz	Programa Cronicat. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Laura Sampietro-Colom	Centre Corporatiu ICS
Josep Lluís Segú	EAP Barceloneta
Andreu Segura	EAP Barceloneta
Jaume Sellarès	EAP Sardènia
Pere Subirana	EAP Prosperitat, Ríu de Janeiro
Jordi Tost	EAP Pg. de Sant Joan
Dolors Vega	SAP Eixample
Carme Vidal	SAP Gràcia, Horta-Guinardó
Joan Ramón Villallbí	Agència de Salut Pública de Barcelona
Corinne Zara	CSB

Revisió edició i transcripció del text

Carolina Pijem

Ester Trincado

Marià Jiménez

Índex

1. JUSTIFICACIÓ.....	3
2. METODOLOGIA DE TREBALL	5
2.1. PRIMERA FASE: EL CONSENS	5
2.2. SEGONA FASE: LA PRIORITZACIÓ	5
3. EIXOS ESTRATÈGICS DE L' AVALUACIÓ.....	8
4. MARC CONCEPTUAL	10
4.1. PREMISSES DEL PROCÉS D' AVALUACIÓ	10
4.2. COMPONENTS I DIMENSIONS DE L' AVALUACIÓ DELS EAP	10
5. INDICADORS I DIMENSIONS.....	13
5.1. DIMENSIÓ: ACCESSIBILITAT	14
5.2. DIMENSIÓ: EFECTIVITAT I INTEGRALITAT	15
5.2.1 <i>Intervencions sobre factors de risc cardiovasculars.....</i>	<i>15</i>
5.2.2 <i>Prevenció de la grip i atenció a l'MPOC.....</i>	<i>16</i>
5.2.3 <i>Atenció als trastorns mentals, a la malaltia osteoarticular degenerativa, a la població infantil i atenció domiciliària</i>	<i>17</i>
5.3. DIMENSIÓ: CAPACITAT RESOLUTIVA.....	18
5.4. DIMENSIÓ: LONGITUDINALITAT I CONTINUITAT DE L' ATENCIÓ	19
5.5. DIMENSIÓ: COSTOS I EFICIÈNCIA	20
5.6. DIMENSIÓ: RESULTATS.....	21
5.6.1 <i>Satisfacció de l'usuari.....</i>	<i>21</i>
5.6.2 <i>Mortalitat.....</i>	<i>22</i>
5.6.3 <i>Processos relacionats amb la prevenció.....</i>	<i>23</i>
5.7. ALTRES INDICADORS.....	24
6. METODOLOGIA PER A L' AVALUACIÓ	26
7. ANNEX 1. RELACIÓ DE GRUPS DE TREBALL	28
8. ANNEX 2. BIBLIOGRAFIA.....	32

1. JUSTIFICACIÓ

La Regió Sanitària Barcelona Ciutat va iniciar el procés d'avaluació i seguiment dels equips d'atenció primària (EAP) l'any 1993 en 17 equips.

Durant aquest període de 10 anys d'avaluació dins l'àmbit de l'atenció primària de salut, s'han establert uns paràmetres de seguiment homogenis, s'han impulsat línies d'actuació, d'intervencions i millorat els processos (taula 1).

Taula 1 Continguts generals de l'avaluació de l'atenció primària de salut. Període 93-2003

- Objectius anuals de la part variable del contracte amb els EAP
- Objectius acordats amb l'Institut Català de la Salut (ICS)
- Indicadors de procés i de cobertura: infoABS
- Indicadors de necessitat per àrees petites: prioritització de la reforma de l'atenció primària
- Guies de pràctica clínica: HTA, MPOC, asma, diabetis, etc.
- Despesa farmacèutica: DMA

Paral·lelament a la nostra ciutat s'ha produït la consolidació de la reforma de l'atenció primària (RAP), que ha fet que cada vegada siguin més els equips avaluats, i que l'interès de l'avaluació es vagi orientant a l'anàlisi dels processos, la qualitat de la provisió de serveis així com, als resultats de la RAP.

L'evolució del propi procés d'avaluació, conjuntament amb els canvis en l'atenció primària durant aquest anys, la diversificació de les fórmules de gestió, la coexistència d'EAP mixtos, l'evolució dels proveïdors i d'altres dispositius sanitaris, juntament amb l'aparició d'altres línies i instruments d'avaluació fan que sigui necessari plantejar un nou escenari d'avaluació.

Aquest nou escenari ha de potenciar i consolidar determinats components de l'avaluació i, sobretot, afavorir un **canvi qualitatiu** incorporant els aspectes clau que es relacionen a la taula 2.

Taula 2 Aspectes clau del nou escenari de l'avaluació dels equips d'atenció primària

- Reforçar encara més el rol de l'avaluació com a mitjà que propicia la interacció CSB-proveïdors-EAP-ciudadans
- Facilitar la implementació dels objectius / finalitats del pla de salut: millora del nivell de salut i qualitat de vida, equitat, eficiència i qualitat dels serveis sanitaris
- Permetre conèixer i impulsar estratègies per reduir les variacions lligades a la pràctica clínica i organitzativa; per tant, ha de ser sensible a les variacions entre els equips d'atenció primària
- Promoure la transparència dels resultats de la prestació dels serveis sanitaris públics
- Fomentar la referència externa com a estratègia de canvi i instrument de millora (*benchmarking*)

Amb l'objectiu de proposar i consensuar un marc de treball que ha d'impulsar i consolidar la cultura de la referència externa com a estratègia de canvi en el si dels EAP de la ciutat, el CSB promou una dinàmica de treball conjunta basada en la comunicació, el consens, el compromís clar d'impulsar i vetllar pels continguts de l'avaluació, la transparència dels serveis sanitaris públics i la gestió del resultats que se'n desprenguin.

Aquests fets promouen la constitució d'un grup assessor per a l'avaluació dels EAP de la ciutat de Barcelona que té com a finalitat el següent:

- Disposar d'un nivell d'expertesa, pluralitat i visió multidisciplinària
- Discrepar i no ser unilaterals
- Aconseguir la complicitat i la implicació dels proveïdors i dels professionals
- Crear opinió i facilitar el canvi
- Millorar la transparència dels processos
- Disposar d'un marc establert d'opinió que perduri en el temps.

Els diferents apartats que componen el present document són fruit del treball desenvolupat pel grup assessor.

2. METODOLOGIA DE TREBALL

En el desenvolupament del projecte es distingeixen dues fases. La primera fase és de **consens** i es fonamenta en el treball del grup assessor. La segona fase és de **priorització**, basada en a una enquesta que recull les propostes del grup assessor.

2.1. Primera fase: El consens

Amb l'objectiu de desenvolupar una proposta d'avaluació consensuada i participativa es constitueix un grup assessor format per 54 professionals de l'àmbit de la planificació, la gestió i l'assistència de l'atenció primària de salut.

El grup assessor s'organitza en quatre subgrups de treball:

1. L'estratègic
2. Els d'àmbits de comparació
3. El d'indicadors
4. El de metodologia

El treball d'aquests subgrups (veure annex 1) es concreta en reunions orientades a partir de:

- La revisió de la bibliografia
- L'anàlisi de les propostes d'avaluació del CSB i d'altres grups de treball (Millora del procés d'avaluació de resultats (MPAR), CatSalut, Regió Sanitària Centre, grup de treball sobre l'avaluació en l'atenció primària de salut impulsat per l'Agència de Salut pública de Barcelona...)
- L'experiència i el coneixement dels propis membres dels grups
- Els continguts específics per cada grup de treball

En total es van organitzar 12 reunions en les quals es va definir l'estratègia, determinar els àmbits de comparació, proposar els indicadors i la metodologia per a l'avaluació.

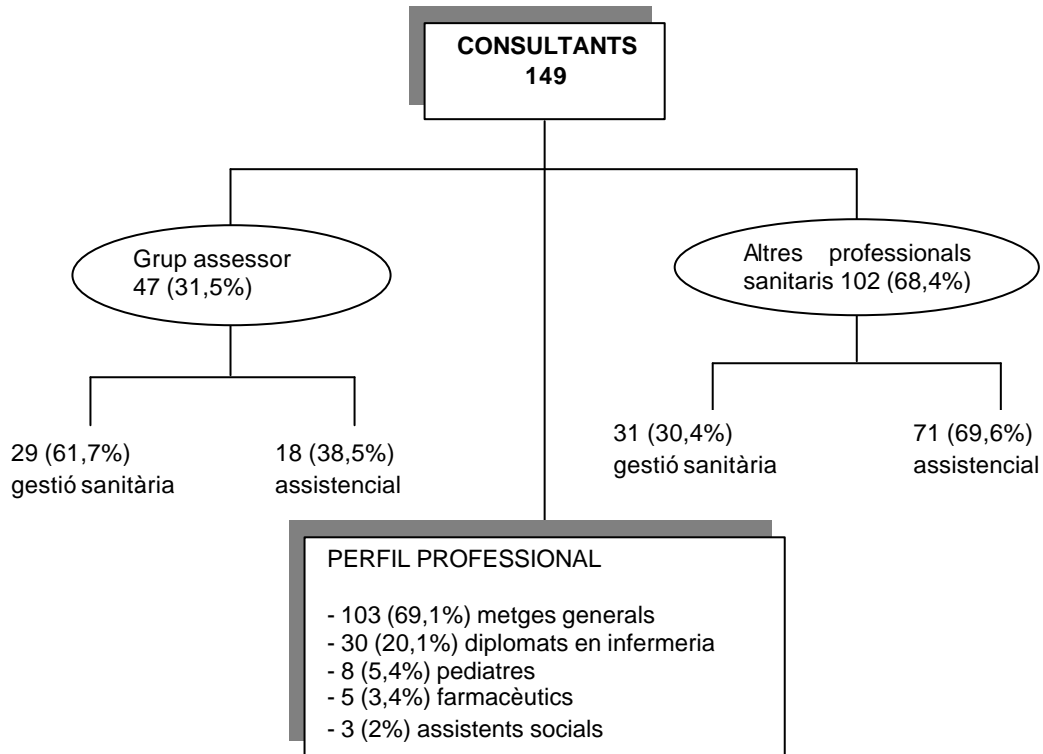
Totes les aportacions es comunicaven entre els grups per incorporar les diversitats i pluralitat d'opinions, i s'acabaven de consensuar els acords mitjançant el correu electrònic.

2.2. Segona fase: La priorització

A partir dels àmbits de comparació i dels indicadors proposats pels membres del grup assessor es procedeix a un procés priorització i de consulta a líders d'opinió que incorpora la participació d'altres professionals de l'àmbit sanitari.

Els professionals seleccionats per formar part d'aquesta consulta van ser proposats pels membres del grup assessor que també van participar en la priorització. En total es van seleccionar 149 professionals, 47 dels quals (31,5%) formen part del grup assessor. Les característiques i perfil professional dels consultats s'exposa a la figura 1.

Figura 1 Professionals consultats al procés de prioritització



Per tal de recollir l'opinió i prioritització dels professionals es va elaborar una enquesta de valoració dels indicadors. Per cadascun dels indicadors els professionals havien de valorar:

- L'**acord o desacord** en què l'indicador formi part del procés de comparació dels equips d'atenció primària.
Escala de valoració: Acord: sí / no
- L'**adequació** de l'indicador en l'àmbit de comparació, és a dir, si l'indicador valora l'àmbit concret en el que se l'ha ubicat.
Escala de valoració: Adequació: sí / no
- La **rellevança** de l'indicador dins del context de l'atenció primària, ja sigui per la freqüència, la magnitud, la conseqüència de la no intervenció...
Escala de valoració segons una ordenació de menys a més intensitat (1-gens / 2-poc / 3-regular / 4-bastant / 5-molt)
- La **capacitat per modificar el resultat** de l'indicador des de l'atenció primària de salut, ja sigui per l'efectivitat de les intervencions, la factibilitat, l'eficàcia...
Escala de valoració segons una ordenació de menys a més intensitat (1-gens / 2-poc / 3-regular / 4-bastant / 5-molt)

- La **factibilitat de disposar de la informació** necessària en aquests moments i en l'obtenció de la informació en un temps raonable

*Escala de valoració segons una ordenació de menys a més intensitat
(1-gens / 2-poc / 3-regular / 4-bastant / 5-molt)*

Finalment l'enquesta dóna la possibilitat que es pugui reformular els indicadors, proposar altres indicadors i àmbits de comparació que no estiguin previstes.

3. EIXOS ESTRATÈGICS DE L'AVALUACIÓ

En aquest apartat s'aborden els aspectes relacionats amb el producte de l'avaluació, la comunicació i la difusió dels resultats, la implicació dels professionals i la gestió dels resultats.

El gran repte de l'avaluació: la implicació dels professionals i dels gestors

L'avaluació com a instrument de millora ha de comptar amb la implicació dels professionals i dels gestors, ja que aquests són els agents que han de promoure i implementar les estratègies de canvi.

Aquesta implicació s'ha de produir tant en el desenvolupament del projecte com en el propi procés d'avaluació.

Per propiciar la implicació dels professionals i dels gestors l'avaluació s'ha d'orientar cap a:

- La incorporació de criteris acceptats de bona pràctica, recomanacions amb evidència contrastada i indicacions de societats científiques fomentades en mètodes empírics explícits, grups líders...
- La utilització responsable dels recursos
- L'èmfasi en la qualitat tècnica
- El reconeixement institucional de la bona praxi
- L'orientació a la satisfacció dels usuaris
- La incentivació i la coherència organitzativa
- Les indicacions de la política sanitària
- La col·laboració, la confiança i les expectatives dels professionals

En el desenvolupament l'element clau és la participació activa i vinculant de professionals de prestigi, líders d'opinions, responsables assistencials i gestors, perfils multidisciplinars, societats i institucions amb pes a la ciutat.

Per aconseguir aquesta participació es requereix treballar amb metodologies consensuades, amb plantejaments possibilistes i aportant valor afegit al procés.

El producte de l'avaluació

El producte de l'avaluació ha d'orientar als EAP cap a la millora dels resultats en àmbits o dimensions d'intervenció concrets (accessibilitat, efectivitat...), ha de permetre valorar-ne l'evolució de l'equip, i comparar-ne els EAP entre sí.

La comparació entre EAP ha d'**afavorir el benchmarking**, la referència externa com a eina de millora sustentada en un intercanvi i coneixement dels resultats.

La identificació dels referents externs de qualitat requereix incorporar dimensions i indicadors que donin una visió global de l'EAP, fet que comporta incloure indicadors relacionats amb la coordinació, integralitat, longitudinalitat, satisfacció de l'usuari; dimensions més novedoses dins l'àmbit de l'avaluació.

Els EAP s'han de valorar i comparar entre ells en cadascuna de les dimensions d'avaluació, ordenant-los d'acord amb els resultats obtinguts. Aquests resultats han de complementant-se amb un valor o puntuació sintètica que donarà loc a una relació d'equips que es configuraran com a referents externs de qualitat de l'atenció primària. En tot moment s'emfatitzaran els millors resultats.

La disseminació de l'avaluació

L'avaluació ha de ser un instrument de suport **a la política de viabilitat del sistema sanitari i de transparència dels serveis sanitaris**, per tant, són fonamentals la comunicació i la transmissió de la informació que se'n desprèn. En aquest sentit és important difondre tant el procés com els resultats de l'avaluació.

La informació sobre l'avaluació s'ha d'orientar cap a grups diana d'audiència, definint estratègies de disseminació de la informació dirigides i adaptades als diferents grups identificats.

Els grups diana d'audiència identificats són els professionals i gestors, les institucions sanitàries, els organismes i les societats científiques, els mitjans de comunicació, els agents socials i comunitaris, ciutadans...

4. MARC CONCEPTUAL

4.1. Premisses del procés d'avaluació

Entenem que l'avaluació és un instrument clau per a la millora continua de la qualitat de l'atenció i per possibilitar que la presa de decisions sobre els serveis sanitaris es basi en l'evidència.

En aquest sentit el marc conceptual de referència que ha de guiar el procés d'avaluació dels EAP partirà de les següents premisses:

- Ha de tenir en compte com a element d'anàlisi clau **la raó de ser de l'atenció primària** i, per tant, ha de reforçar el lloc d'aquest nivell assistencial dins del nostre model sanitari.
- Ha d'incorporar dimensions i indicadors que donin una **visió global de l'EAP**.
- Ha d'identificar **àrees de millora**, àmbits de treball entre clínics i gestors i, monitoritzar l'evolució dels serveis sanitaris d'atenció primària.
- Ha d'aportar **àrees d'excel·lència** per potenciar-les
- Ha d'implementar **les finalitats i els objectius del pla de salut**: millora del nivell de salut i qualitat de vida, equitat, eficiència i qualitat dels serveis sanitaris

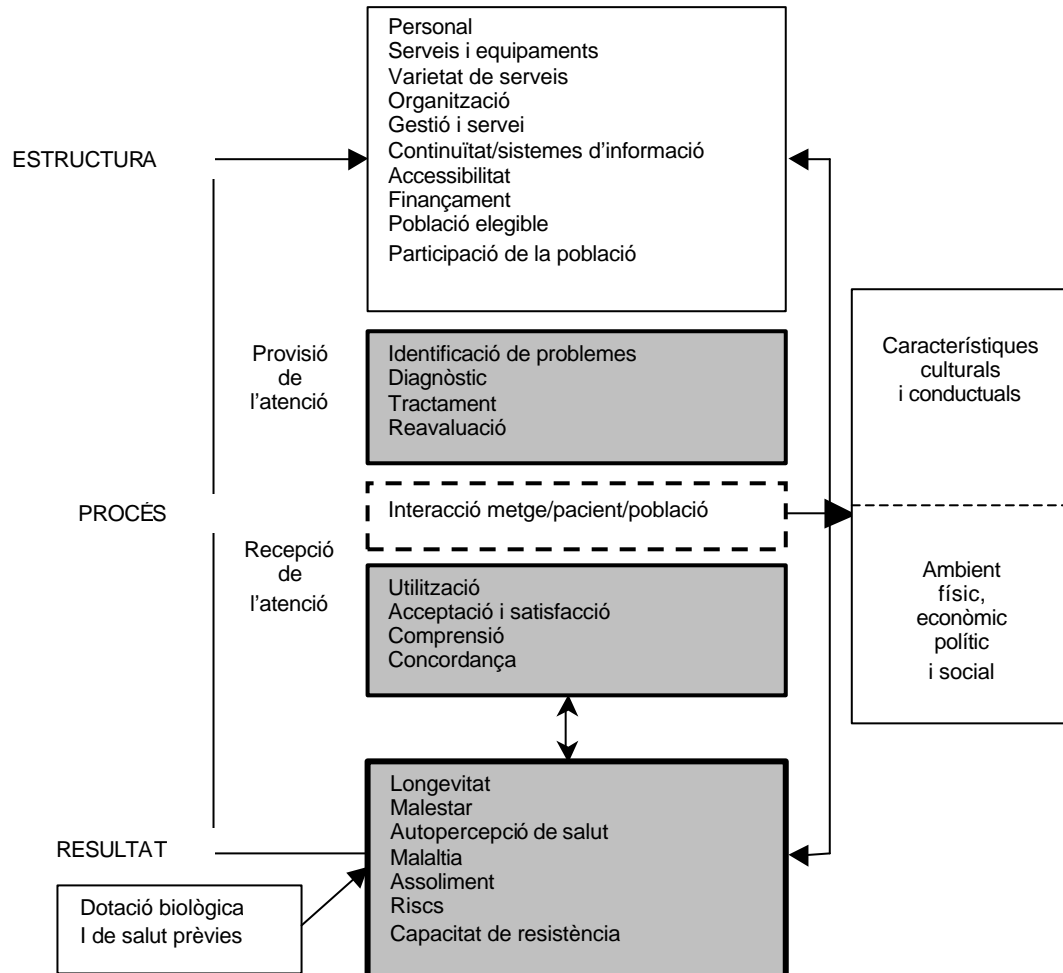
4.2. Components i dimensions de l'avaluació dels EAP

Per desenvolupar els components i les dimensions de l'avaluació es parteix de les propostes desenvolupades per *Donabedian*, *Barbara Starfield*, *el National Health Service* i diferents experiències del nostre entorn: CSB, Regió Sanitària Centre, Agència de Salut Pública, ICS, MPAR-5....

Així l'avaluació ha de tenir en compte els diferents **components de l'atenció sanitària** plantejats per *Donabedian* i recollits i adaptats a l'atenció primària per *Barbara Starfield* (veure figura 2):

- **Estructura**: és el que permet oferir els serveis de salut; comprèn els recursos humans i materials
- **Procés**: és el conjunt d'activitats dels professionals sanitaris i no sanitaris que comporten la provisió i la recepció dels serveis
- **Resultats**: és el producte o efecte del procés

Figura 2 Components de l'atenció sanitària

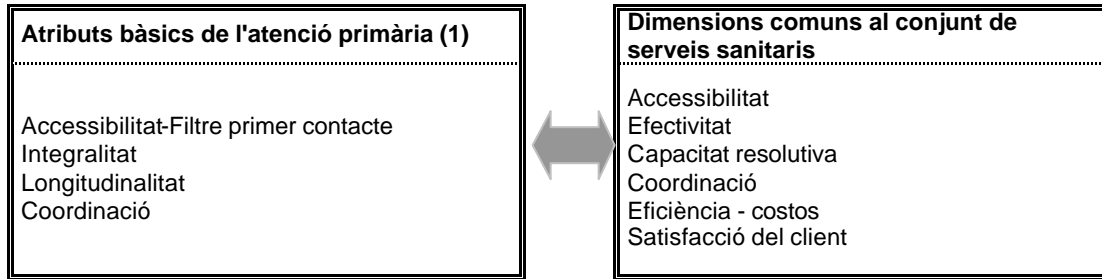


Font: Barbara Starfield, 1992.

L'atenció primària al nostre context sanitari és la porta d'entrada de la població al sistema sanitari d'atenció pública. Constitueix el primer graó de l'assistència sanitària i el nucli central del sistema sanitari que permet assolir dos objectius bàsics: d'una banda, millorar la salut de la població; d'altra, reduir les diferències entre els subgrups de població a fi d'assegurar equitat en l'accés i en la possibilitat d'arribar a un mateix nivell de salut.

L'atenció primària té una sèrie d'atributs que li permeten assolir aquests objectius. L'avaluació ha de permetre valorar els atributs bàsics de l'atenció primària i alhora els comuns al conjunt de serveis sanitaris del sistema de salut (veure taula 3).

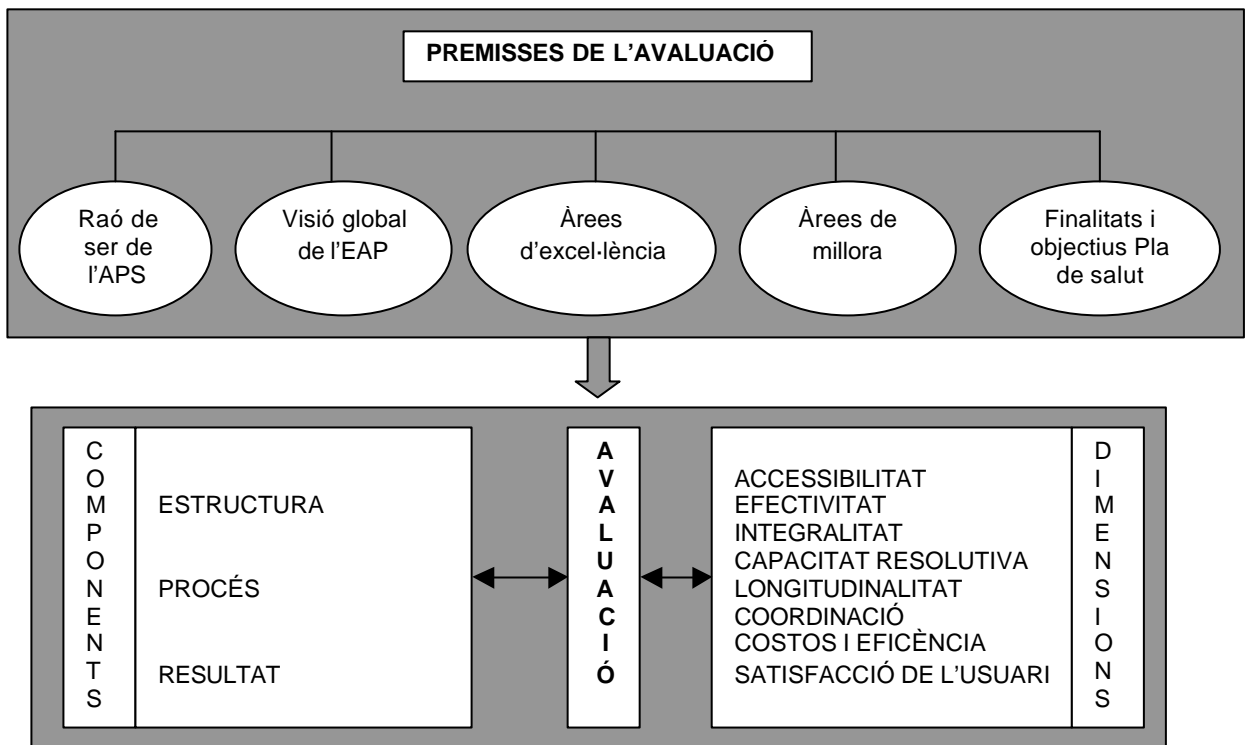
Taula 3 Dimensions d'avaluació



(1) Adaptat de Barbara Starfield, 2001

A la figura 3 es recullen les premisses, els components i les dimensions que integra la proposta d'avaluació dels EAP.

Figura 3 Premisses, components i dimensions que integra l'avaluació dels EAP



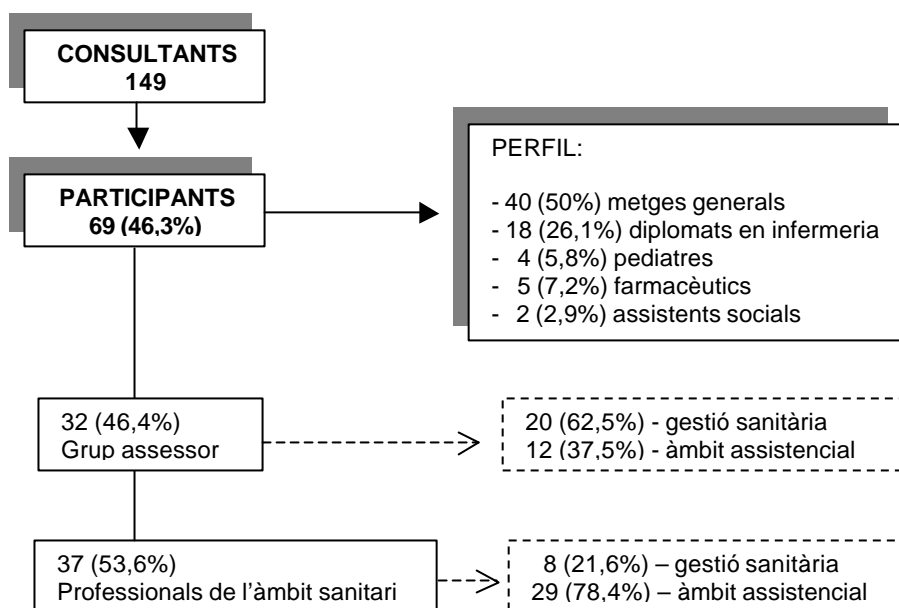
5. INDICADORS I DIMENSIONS

Aquest apartat recull els indicadors plantejats en les diferents reunions de treball del grup assessor i el resultat del procés de prioritització d'aquests dels membres consultats.

El grup assessor va proposar un total de 57 indicadors per les diferents dimensions que configuren el procés d'avaluació; sobre aquests indicadors es va elaborar una enquesta de prioritització.

Del total de professionals seleccionats per formar part del procés de prioritització, 149, van respondre l'enquesta 69 (el 46%), dels quals, 32 eren membres del grup assessor (el 68% dels membres de grup assessor que es van consultar van contestar l'enquesta de prioritització). A la figura 4 s'exposen les característiques i el perfil dels professionals que van participar-hi.

Figura 4 Professionals que han participat en la prioritització



A continuació, pels diferents indicadors que configuren cadascuna de les dimensions, es presenta:

- El **grau d'acord** entre els membres consultats, valorat com el percentatge de membres que estan d'acord amb què l'indicador formi part del procés de comparació dels EAP.
- La mitjana de puntuació en la valoració de **rellevança**.
- La mitjana de puntuació en la valoració de la **capacitat de l'APS per modificar els resultats**.

5.1. Dimensió: accessibilitat

Indicador 1 Accessibilitat telefònica

Mitjana de trucades realitzades per l'usuari per obtenir cita al CAP
 Font: enquesta telefònica d'accessibilitat

Indicador 2 Temps d'espera per accedir al metge assignat

Percentatge d'usuaris que tenen una visita amb el seu metge en un temps igual o inferior a 48 h.
 Font: enquesta telefònica d'accessibilitat

Indicador 3 Temps d'espera per accedir al centre, amb un altre metge

Temps d'espera dels usuaris que no poden ser atesos pel seu metge en un període igual o inferior a 48 h.
 Font: enquesta telefònica d'accessibilitat

Indicador 4 Temps d'espera per ser visitat

Mitjana de temps d'espera des que el pacient arriba a la consulta fins que és visitat
 Font: Enquesta de salut de Barcelona. Periodicitat: quadriennal.

Indicador 5 Habitants per metge de família

Nombre d'habitants > 14 anys per lloc de treball de metge de família. (Un lloc de treball té una dedicació de 36h, dedicacions superiors/inferiors es comptabilitzen amb fraccions)

Indicador 6 Habitants per diplomad d'infermeria

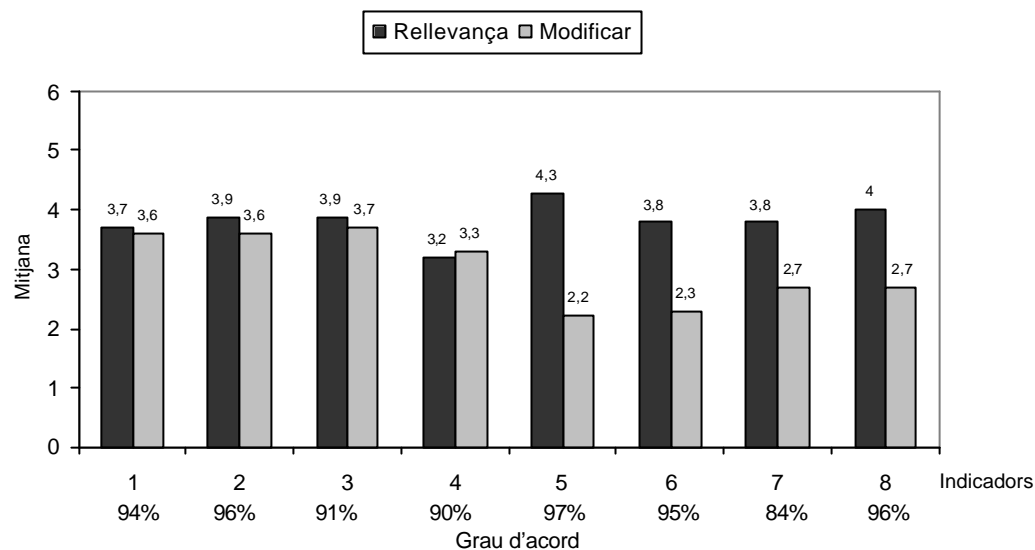
Nombre d'habitants per lloc de treball d'infermeria. (Un lloc de treball té una dedicació de 36h, dedicacions superiors/inferiors es comptabilitzen en fraccions)

Indicador 7 Temps de dedicació de l'EAP per visita assistencial

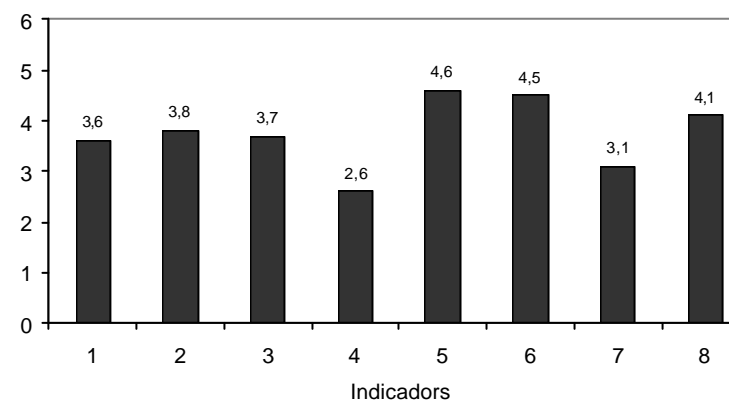
Nombre de minuts de dedicació/any del conjunt de metges de família, pediatres i infermeria per visita assistencial, s'inclouen les visites assistencials dels dissabtes

Indicador 8 Població atesa

Percentatge de població atesa en relació amb el total de població assignada segons Padró o assegurada segons registre central d'assegurats (RCA), ajustat per edat



Factibilitat de la informació



5.2. Dimensió: efectivitat i integralitat

5.2.1 Intervencions sobre factors de risc cardiovasculars

Indicador 9 Control de la hipertensió arterial

Nombre de pacients hipertensos amb la darrera TA <140/90 mmHg respecte del total de pacients amb hipertensió atesos i nombre de diabètics amb la darrera TA <140/90 mmHg respecte del total de pacients amb diabetis atesos

Indicador 10 Control de la diabetis *mellitus*

Nombre de pacients diabètics amb la darrera HbA1 <8,0 / HbA1c <6,5 mg/dl respecte al total de pacients amb diabetis atesos

Indicador 11 Tractament amb antiagregants en població amb cardiopatia isquèmica

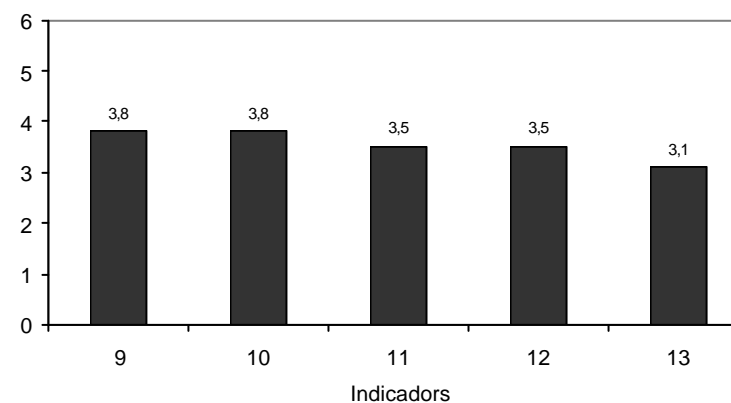
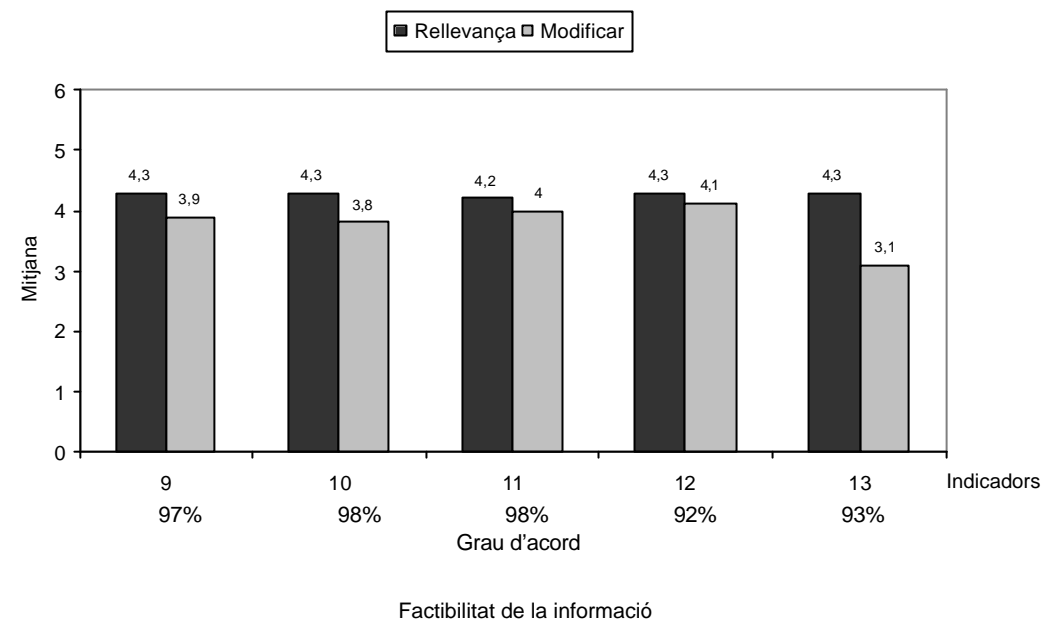
Nombre de pacients amb cardiopatia isquèmica amb tractament antiagregant registrat o actualitzat en l'últim any respecte al total de pacients amb cardiopatia isquèmica atesos

Indicador 12 Risc cardiovascular/risc coronari

Nombre de població atesa amb factor de risc cardiovascular (tabac, HTA, hipercolesterolèmia, diabetis *mellitus*) amb valoració del risc cardiovascular/coronari en l'últim any, que presentin un risc moderat o alt en els pròxims 10 anys, respecte al total de població atesa amb factor de risc cardiovascular

Indicador 13 Fumadors en població amb risc cardiovascular

Nombre de població fumadora atesa amb HTA, o amb diabetis, o amb hipercolesterolèmia respecte al total de població amb HTA o diabetis o hipercolesterolèmia



5.2.2 Prevenció de la grip i atenció a l'MPOC

Indicador 14 Vacunació antigripal

Nombre de població atesa >64 anys amb vacuna antigripal respecte a la població adscrita >64 anys segons padró/ > 64 assegurada RCA

Indicador 15 Confirmació del diagnòstic d'MPOC amb espirometria

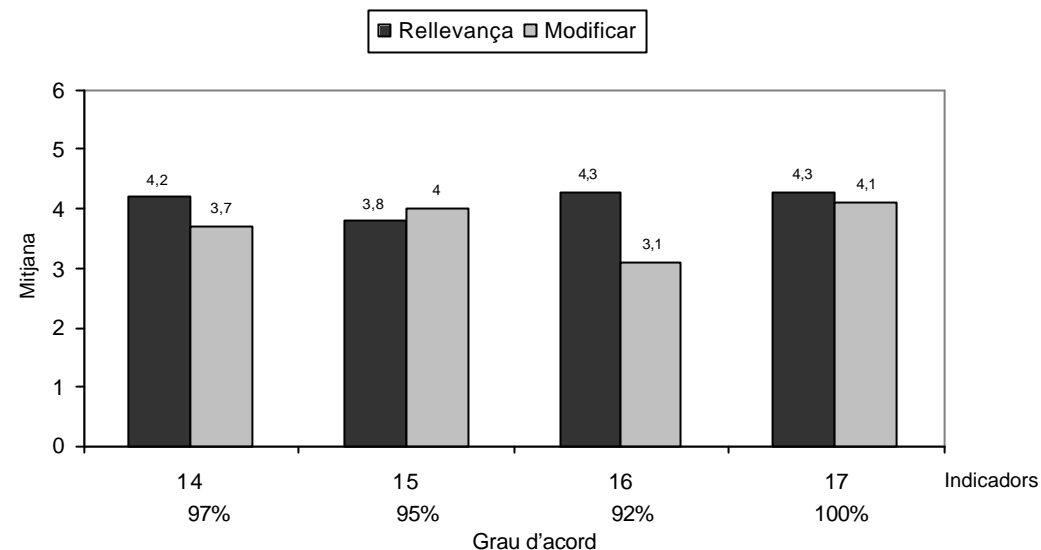
Nombre de pacients amb diagnòstic d'MPOC confirmat amb una espirometria efectuada en els últims 2 anys respecte al total de pacients atesos amb MPOC

Indicador 16 MPOC fumadors

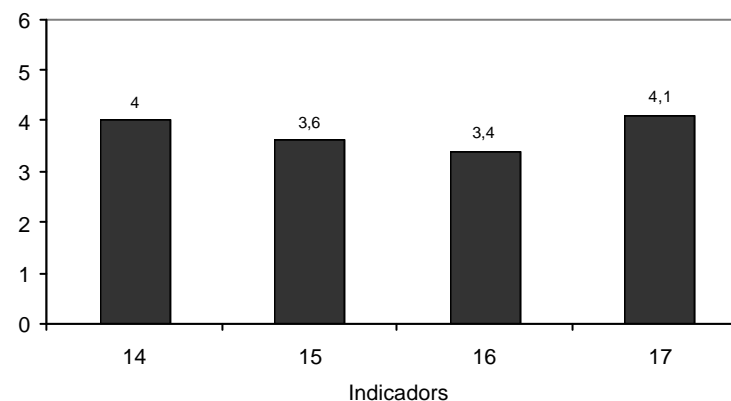
Nombre de població atesa fumadora amb MPOC respecte al total de població amb MPOC

Indicador 17 Vacunació antigripal en pacients amb MPOC

Nombre de pacients atesos amb MPOC amb vacunació antigripal respecte al total de pacients atesos amb MPOC



Factibilitat de la informació



5.2.3 Atenció als trastorns mentals, a la malaltia osteoarticular degenerativa, a la població infantil i atenció domiciliària

Indicador 18 Prescripció de benzodiazepines de vida mitja llarga en gent gran

Nombre de receptes de benzodiazepines de vida mitja llarga prescrites en població >64 anys respecte al total de població atesa >64 anys

Indicador 19 Prescripció d'AINES

Nombre de receptes d'AINES prescrites en població >64 anys respecte al total de població atesa >64 anys

Indicador 20 Classificació de l'asma infantil

Nombre de població atesa <15 anys amb diagnòstic d'asma i valoració del grau de severitat (lleu, moderat, greu) en l'últim any, (es valorarà conjuntament amb les diferències entre la proporció d'afectats i l'esperada per tal d'estimar els casos no detectats)

Indicador 21 Prescripció d'antibiòtics en població infantil

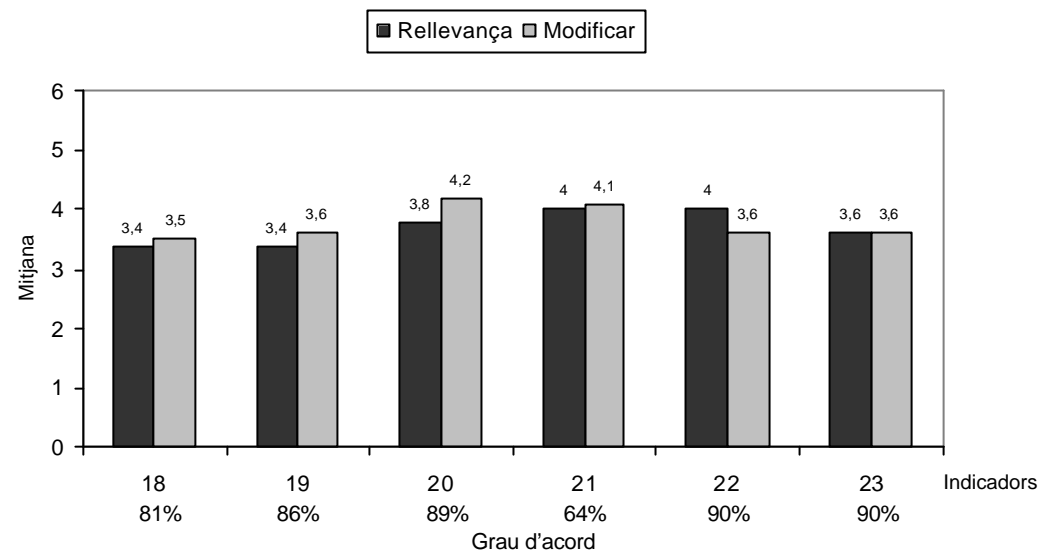
Nombre de receptes d'antibiòtics prescrites en població <15 anys respecte al total de població atesa < 15 anys

Indicador 22 Nafres per pressió

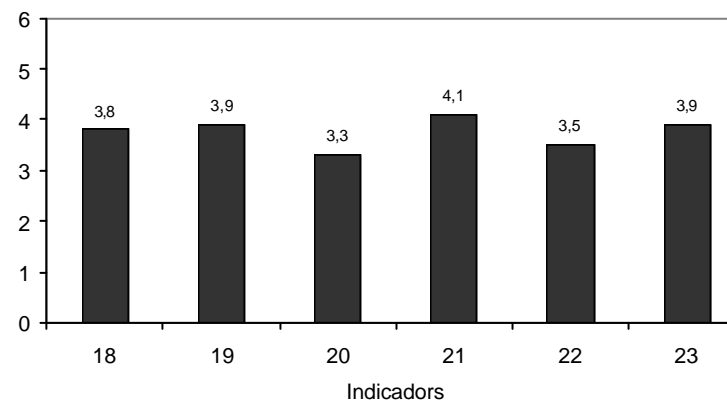
Nombre de pacients >64 anys amb nafres per pressió atesos en el Programa d'atenció domiciliària respecte al total de pacients >64 anys en atenció domiciliària amb risc de nafres per pressió

Indicador 23 Atenció als pacients amb cures pal·liatives

Nombre de pacients amb cures pal·liatives atesos en el Programa d'atenció domiciliària respecte al total de pacients atesos en atenció domiciliària



Factibilitat de la informació



5.3. Dimensió: capacitat resolutiva

Indicador 24 Derivacions a l'atenció especialitzada extrahospitalària

Derivacions de l'equip a l'atenció especialitzada extrahospitalària per població atesa

Indicador 25 Derivacions a l'atenció especialitzada hospitalària

Derivacions de l'equip a l'atenció especialitzada hospitalària per població atesa

Indicador 26 Utilització dels serveis d'urgències hospitalaris

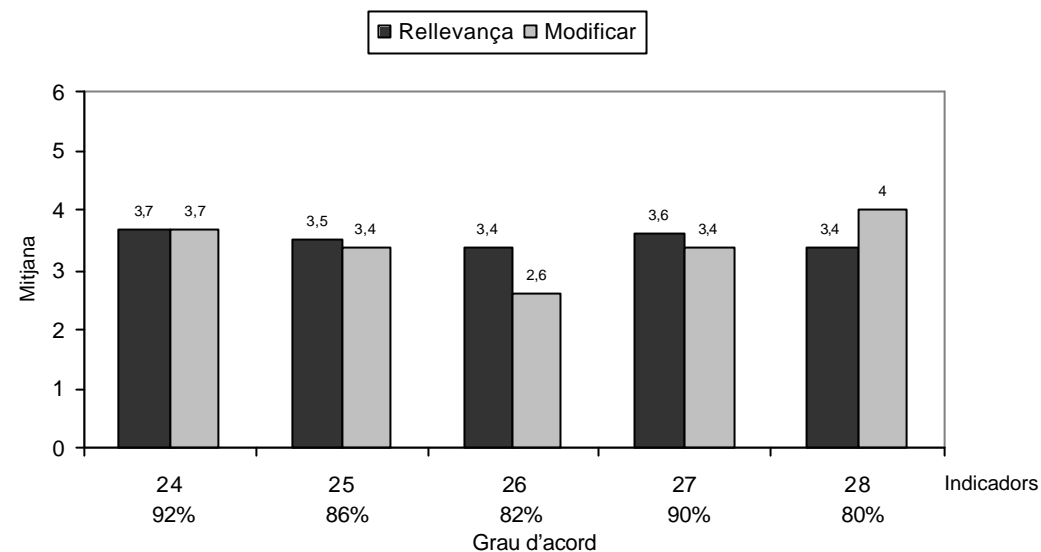
Taxa poblacional d'utilització del serveis d'urgències hospitalaris per població adscrita segons Padró o assegurats segons RCA, ajustat per edat i sexe

Indicador 27 Derivacions als serveis d'urgències hospitalaris

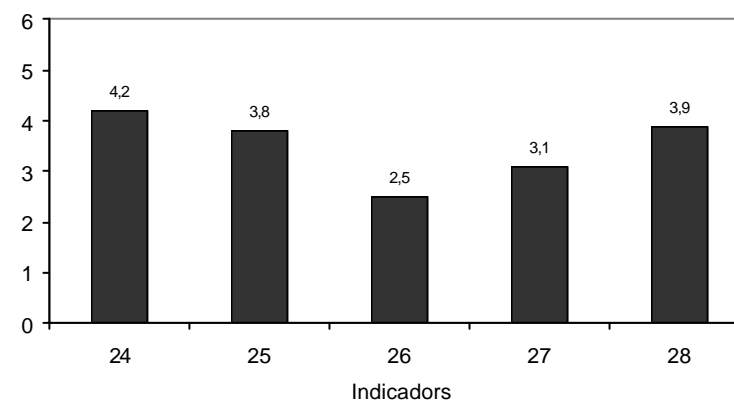
Percentatge de visites dels serveis d'urgències hospitalaris derivades per l'EAP en relació al total de visites dels serveis d'urgències

Indicador 28 Atenció domiciliària als equips PADES

Derivacions dels EAP als equips PADES per població atesa en atenció domiciliària (Programa ATDOM), ajustat per edat i sexe



Factibilitat de la informació



5.4. Dimensió: longitudinalitat i continuïtat de l'atenció

Indicador 29 Font assistencial habitual dels pacients

Percentatge de població enquestada que declara tenir el mateix metge de capçalera des de fa 3 anys.

Font: Enquesta de salut de Barcelona. Periodicitat: quadriennal

Indicador 30 Canvi de metge de capçalera

Percentatge de població atesa que en l'últim any ha canviat voluntàriament de metge de capçalera; no inclou els canvis per motius administratius

Indicador 31 Visites d'atenció domiciliària (Programa ATDOM) en gent gran

Visites d'atenció domiciliària en població >74 per població >74 anys assignada segons Padró o assegurada RCA

Indicador 32 Valoració dels ingressos socio-sanitaris

Percentatge d'ingressos en centres socio-sanitaris derivats per l'EAP en els que consta la valoració prèvia de l'EAP

Indicador 33 Atenció a les altes segons protocol PREALT

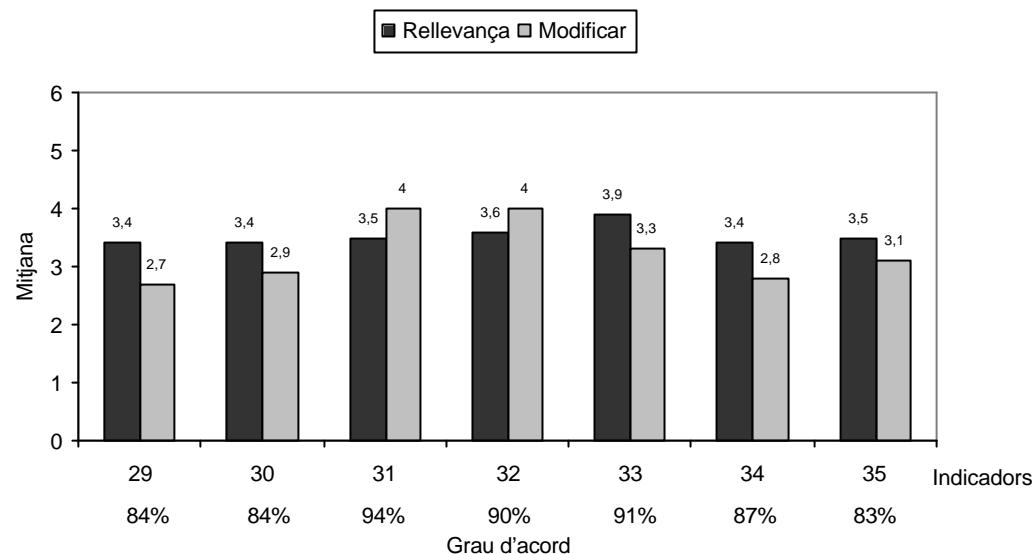
Percentatge d'altes d'hospitals d'aguts i centres socio-sanitaris incloses al PREALT que han tingut un contacte amb l'atenció primària en un termini igual o inferior a 48h. després de la data d'alta

Indicador 34 Valoració dels reingressos del PREALT d'hospitals d'aguts

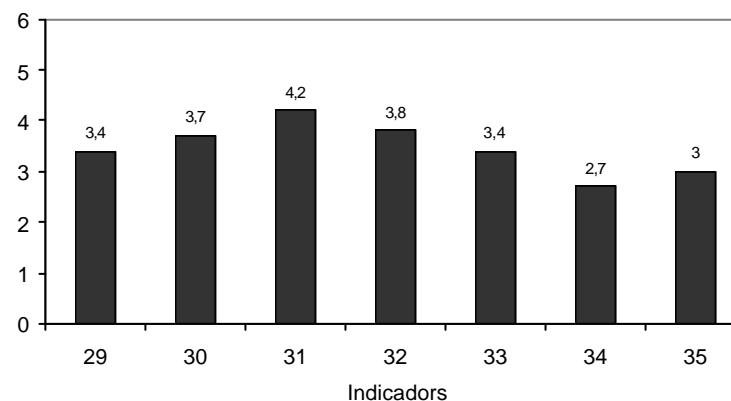
Percentatge de reingressos del PREALT a l'hospital d'aguts amb valoració prèvia de l'EAP

Indicador 35 Atenció i seguiment dels pacients amb trastorns mentals severos

Percentatge de pacients amb trastorns mentals severos en els quals consta valoració del cas en l'últim any



Factibilitat de la informació



5.5. Dimensió: costos i eficiència

Indicador 36 Cost de l'equip en recursos humans

Cost de l'equip en recursos humans per població atesa

Indicador 37 Cost de l'equip en proves complementàries

Cost de l'equip en proves complementàries per població atesa ajustat per edat

Indicador 38 Despesa farmacèutica

Cost de l'equip en farmàcia per població atesa, ajustat per edat

Indicador 39 Prescripció de novetats que no aporten benefici

Percentatge d'envasos de novetats que no aporten benefici respecte al total d'envasos prescrits

Indicador 40 Cost DDD d'antidepressius

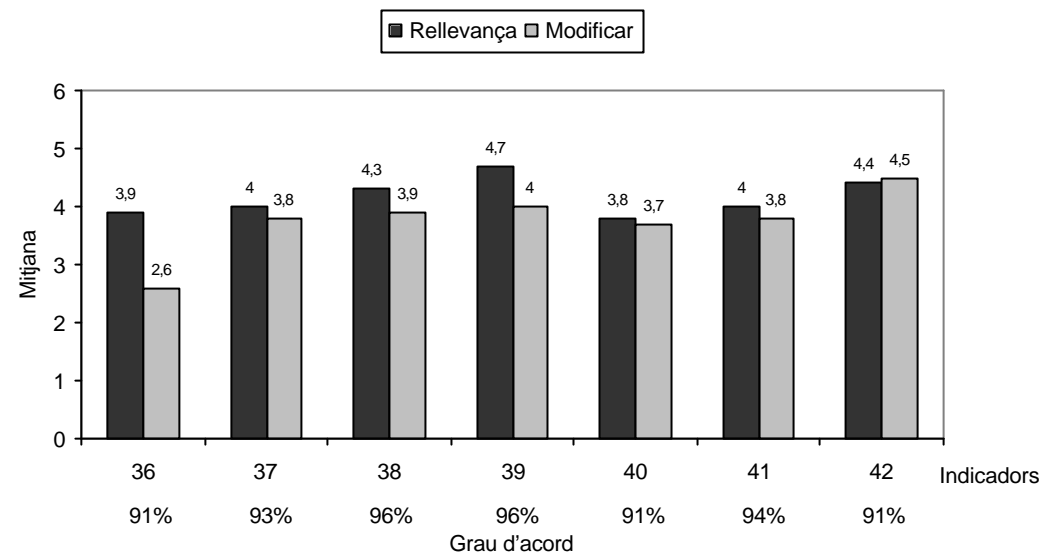
Cost d'una dosi diària definida (DDD) d'antidepressius

Indicador 41 Cost DDD d'antihipertensius

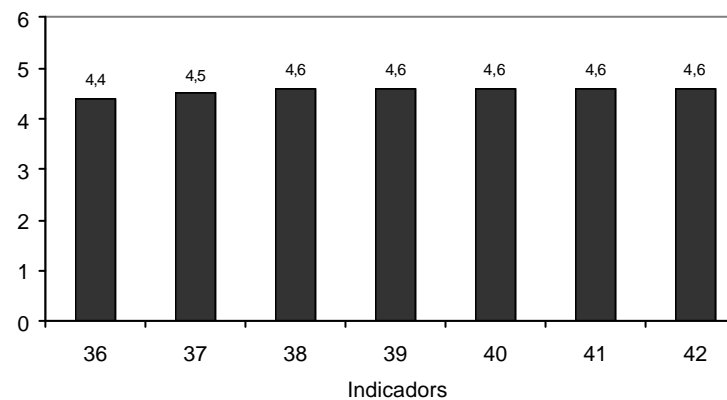
Cost d'una dosi diària definida d'antihipertensius

Indicador 42 Cost DDD d'antiasmàtics

Cost d'una dosi diària definida d'antiasmàtics



Factibilitat de la informació



5.6. Dimensió: resultats

5.6.1 Satisfacció de l'usuari

Indicador 43 Satisfacció de la qualitat personal

Índex de satisfacció en relació amb les qualitats personals del metge
 Font: Enquesta de Salut de Barcelona. Periodicitat: quadriennal

Indicador 44 Satisfacció de la competència professional

Índex de satisfacció en relació a la competència professional
 Font: Enquesta de Salut de Barcelona. Periodicitat: quadriennal

Indicador 45 Satisfacció amb l'atenció mèdica

Grau de satisfacció dels usuaris en relació amb l'assistència, explicacions i informació i tracte personal de l'atenció mèdica
 Font: Enquesta de satisfacció dels proveïdors.

Indicador 46 Satisfacció amb l'atenció d'infermeria

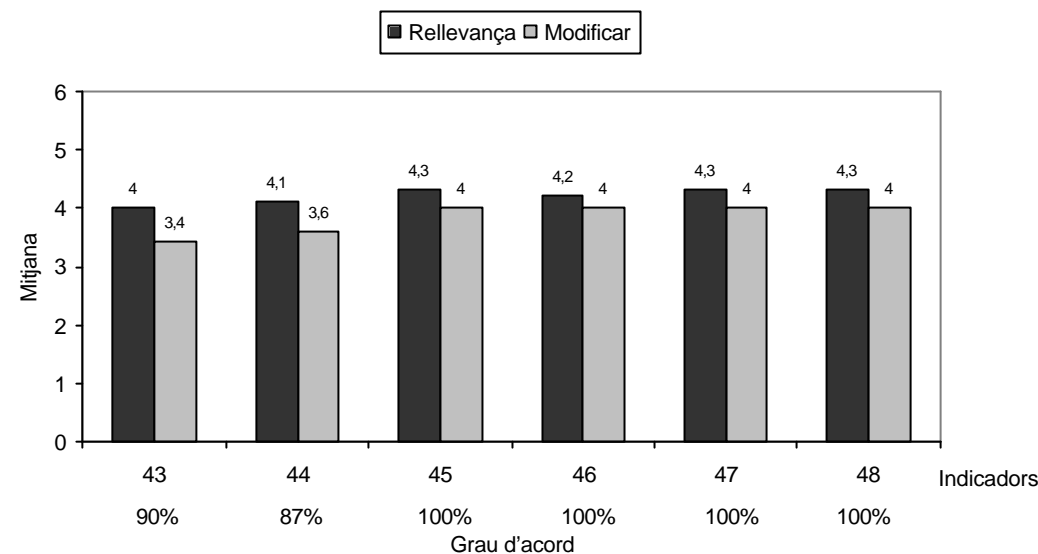
Grau de satisfacció dels usuaris en relació amb l'assistència, explicacions i informació i tracte personal de l'atenció d'infermeria
 Font: Enquesta de satisfacció dels proveïdors.

Indicador 47 Satisfacció amb l'atenció a l'usuari

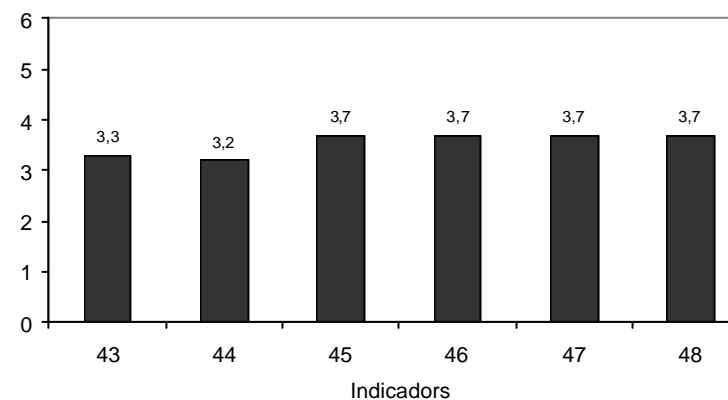
Grau de satisfacció dels usuaris en relació amb l'assistència, explicacions i informació i tracte personal de l'atenció a l'usuari
 Font: Enquesta de satisfacció dels proveïdors.

Indicador 48 Satisfacció amb l'organització

Grau de satisfacció dels usuaris en relació amb l'organització general dels serveis, horaris de visita, informació general del centre i atenció telefònica
 Font: Enquesta de satisfacció dels proveïdors.



Factibilitat de la informació



5.6.2 Mortalitat

Indicador 49 Mortalitat per hipertensió i malaltia cerebrovascular

Taxa de mortalitat agregada per hipertensió i malaltia cerebrovascular ajustada per edat i sexe

Font: Registre de mortalitat de Barcelona. Periodicitat: quadriennal

Indicador 50 Mortalitat perinatal

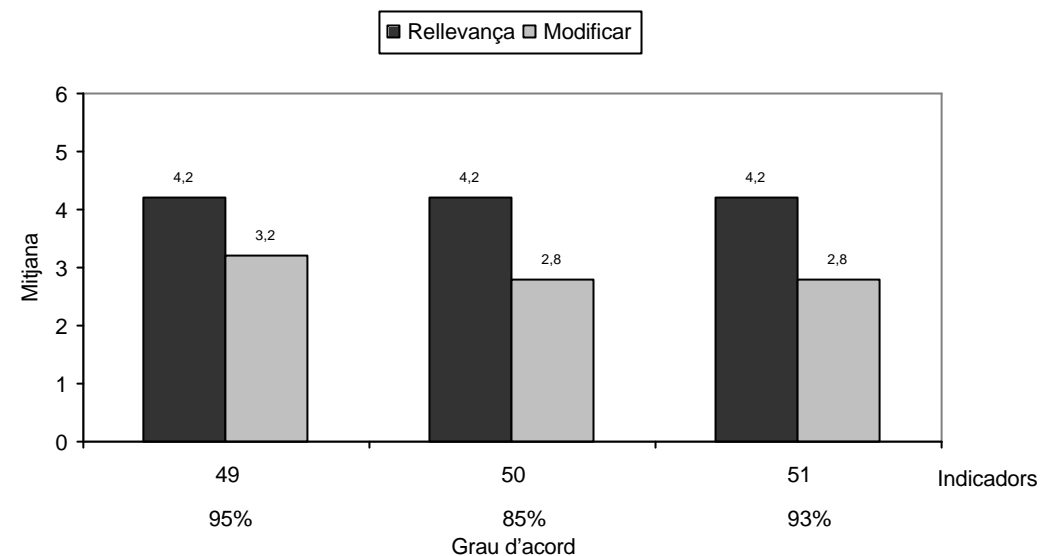
Taxa de mortalitat perinatal agregada

Font: Registre de mortalitat de Barcelona. Periodicitat: quadriennal

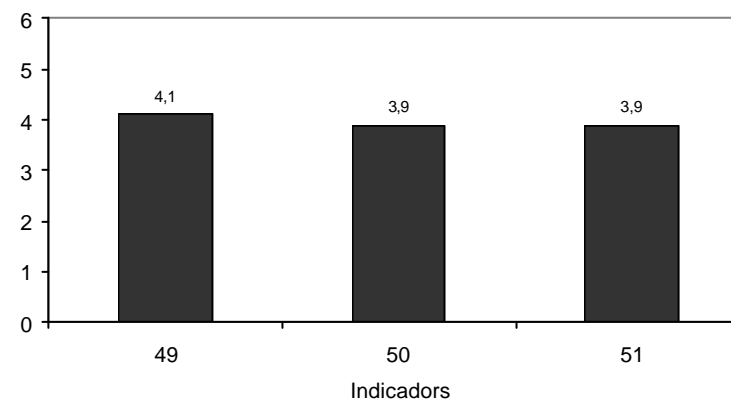
Indicador 51 Mortalitat per càncer de pulmó

Taxa de mortalitat agregada per càncer de pulmó ajustada per edat i sexe

Font: Registre de mortalitat de Barcelona. Periodicitat: quadriennal



Factibilitat de la informació



5.6.3 Processos relacionats amb la prevenció

Indicador 52 Altes per accident vascular cerebral (AVC)

Taxa d'altres hospitalàries d'aguts per cerebrovascular ajustada per edat i sexe

Font: CMBDAH

Indicador 53 Altes per cardiopatia isquèmica (CI)

Taxa d'altres per cardiopatia isquèmica ajustada per edat i sexe

Font: CMBDAH

Indicador 54 Altes per càncer de pulmó

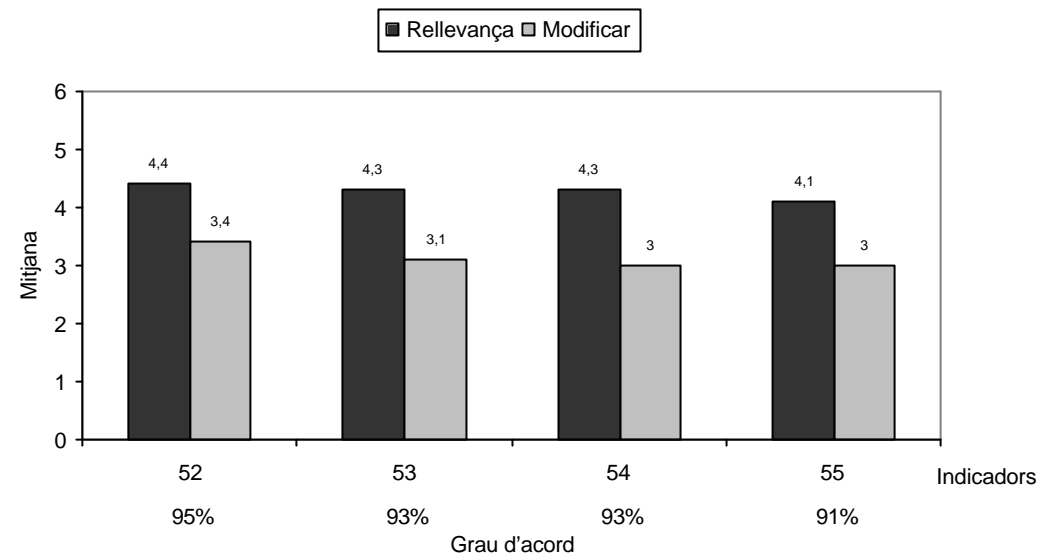
Taxa d'altres per càncer de pulmó ajustada per edat i sexe

Font: CMBDAH

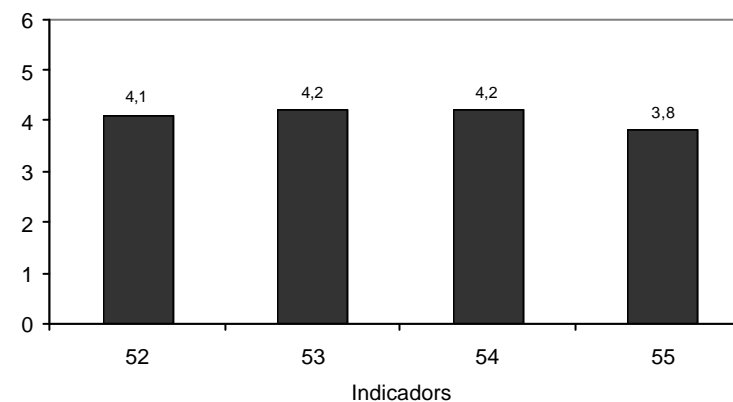
Indicador 55 Embarassos en dones < 20 anys

Taxa d'embarassos en dones < 20 anys

Font: Registre de naixements de Barcelona. Períodicitat: quadriennal



Factibilitat de la informació



5.7. Altres indicadors

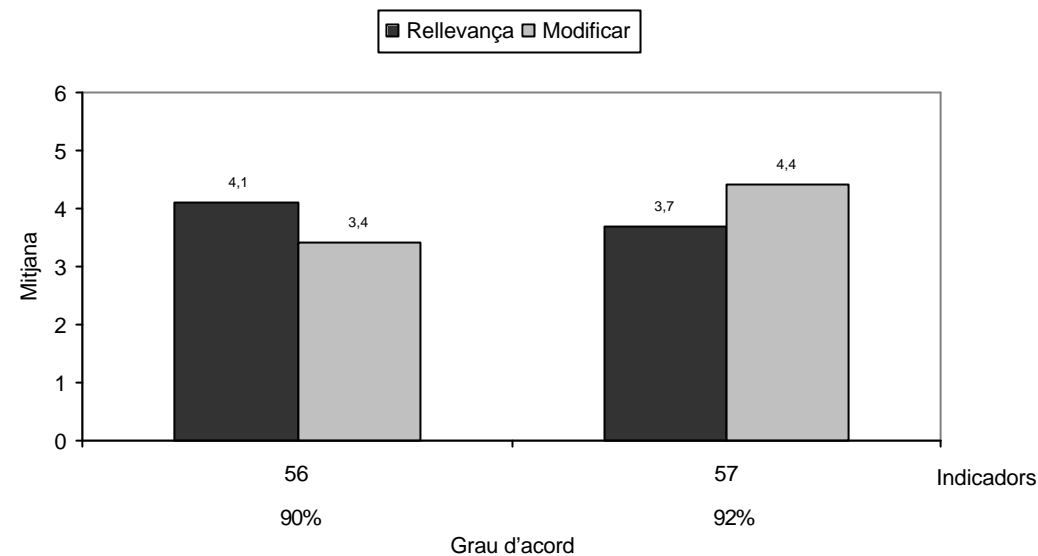
Indicador 56 Hospitalitzacions evitables

Taxa d'hospitalitzacions evitables ajustades per edat i sexe, per les següents categories: malaltia cerebrovascular i hipertensió, insuficiència cardíaca, pneumònia, pielonefritis aguda, asma infantil...

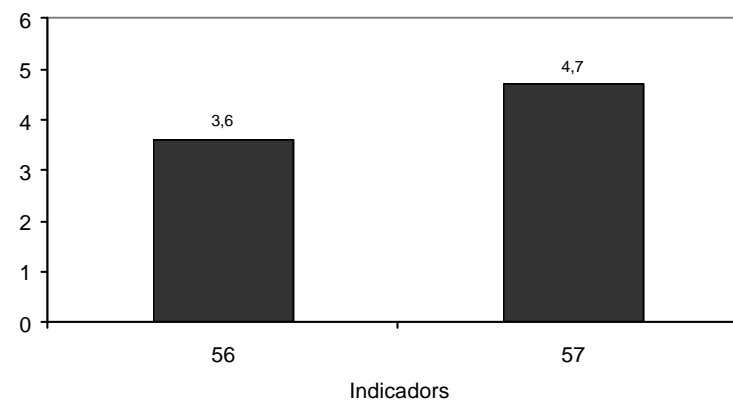
Font: CMBDAH

Indicador 57 Prescripció de genèrics

Nombre d'envasos d'especialitats farmacèutiques genèriques prescrits respecte al total d'envasos d'especialitats farmacèutiques



Factibilitat de la informació



Dimensions prioritzades

D'acord amb la prioritització dels membres del grup assessor en la rellevança i en la capacitat de l'EAP per modificar els resultats, en els quadres següents es relacionen les dimensions més valorades tenint en compte les puntuacions assignades (de més a menys) als diferents indicadors.

Rellevança:

- Efectivitat i integralitat
- Mortalitat
- Processos relacionats amb la prevenció
- Satisfacció de l'usuari
- Accessibilitat
- Costos i eficiència
- Longitudinalitat i continuïtat
- Capacitat resolutiva

Capacitat de l'AP per modificar els resultats:

- Efectivitat i integralitat
- Satisfacció de l'usuari
- Capacitat resolutiva
- Costos -eficiència
- Accessibilitat
- Longitudinalitat i continuïtat
- Processos relacionats amb la prevenció
- Mortalitat

6. METODOLOGIA PER A L'AVALUACIÓ

El procés d'avaluació ha d'incorporar uns continguts mínims metodològics que permetin la comparació dels EAP i que a continuació es relacionen:

– Unitat d'anàlisi:

La unitat d'anàlisi i de comparació és l'equip; no es proposa una aproximació a la pràctica de col·lectius de professionals.

– Operativització dels indicadors:

Per cada indicador s'elaborarà una fitxa tècnica on es defineixi de manera clara el numerador i el denominador que el configuren.

– Denominadors dels indicadors:

Com a denominador es proposa utilitzar la població atesa per l'EAP.

Quan l'indicador requereixi utilitzar un denominador poblacional s'utilitzarà el Registre Central d'Assegurants (RCA). Pel que fa a l'RCA com a font de dades poblacional, encara que es troba en una fase prova, a l'àmbit territorial de Barcelona tant el CSB, el CatSalut, com els proveïdors estan invertint molts esforços de cara a millorar i a depurar les dades. Si no es factible utilitzar l'RCA s'utilitzarà el padró.

– Recollida d'informació al voltant dels indicadors d'efectivitat i integralitat:

Actualment coexisteixen dues maneres diferents de recollir informació en relació amb indicadors d'efectivitat: els equips informatitzats que faciliten la informació sobre tota la població seleccionada (ex: hipertensos, MPOC, etc.) i els EAP que ho fan sobre una mostra d'històries clíniques (actualment són la majoria d'EAP de la ciutat).

Alguns dels equips informatitzats identifiquen problemes de registre sistemàtic en algunes variables que podrien subestimar els resultats de les intervencions. Pel que fa als equips no informatitzats, el nombre petit d'HC que s'han valorat fins ara limita considerablement la comparació entre equips.

En el primer cas es proposa que els equips intensifiquin les estratègies de concienciació de registre als professionals i sistemàticament realitzin una validació del sistema. En el segon cas es planteja realitzar un mostreig amb el suficient número de subjectes que permeti fer la comparació entre equips.

Com a estratègia global es proposa:

- * *en els equips no informatitzats avaluar cada any 1 o 2 dels factors de risc o condicions que requereixen d'un mostreig d'HC, utilitzant 200 o 300 HC*
- * *valorar els resultats dels indicadors conjuntament amb les diferències existents entre les prevalences observades i les esperades.*

– Ajusts dels resultats:

Part de la variabilitat dels resultats entre EAP es pot explicar per l'envelliment, les necessitats econòmiques, nivell de salut de la població.

Com que l'actual sistema d'informació de l'APS no permet ajustar els resultats per totes les variables que estan influïent, es proposa com a mínim ajustar els resultats mitjançant mètode indirecte per les següents variables:

- * *envelliment*
- * *capacitat econòmica de la població (ICEF)*

– Comparació dels equips:

Els equips es compararan tenint en compte l'any de funcionament. D'una banda es compararan els equips que tenen dos anys o menys de funcionament i, d'altra banda, els de més de dos anys.

– Puntuació per dimensions:

Els resultats dels indicadors es presentaran de manera ordenada pel conjunt d'EAP. Per cada indicador se segmenten els resultats en cinc zones distribuïdes segons el percentil que ocupa l'equip i a cada zona se li assigna una puntuació que va d'1 a 5.

Per la segmentació de les zones s'utilitzarà la següent referència:

Percentil	Puntuació assignada
1 - 20	1
21 - 40	2
41 - 60	3
61 - 80	4
81 - 100	5

El resultat de l'EAP en la dimensió avaluada serà la suma de puntuacions obtingudes en el conjunt d'indicadors que la componen.

– Puntuació sintètica i ponderació de les dimensions:

La puntuació sintètica s'elabora a partir dels resultats que l'EAP obté en les dimensions avaluades.

Les dimensions tenen pesos diferents en la puntuació sintètica. En la ponderació de les dimensions s'atribueix un major pes a aquelles que comporten una major rellevança, les que estan més vinculades amb els resultats en el nivell de salut de la població i són identificades com a importants per la població (consulta a associacions i grups comunitaris organitzats). La ponderació de les dimensions es consensuarà cada any.

– Tractament del no acompliment de la informació (missings):

Cas que l'equip no adjunti la informació/documentació necessària per valorar un indicador se li assignarà el valor 0.

Annexos

7. ANNEX 1. RELACIÓ DE GRUPS DE TREBALL

Grup de treball: àmbit estratègic

Continguts:

- Compartir experiències: els referents com a models de millora i el diàleg entre els proveïdors.
- Implicació dels resultats de l'avaluació en la pràctica clínica i en la millora de la qualitat assistencial.
- Paper dels gestors i clínics
- Presentació de la informació i dels resultats dels equips
- Difusió de la informació: continguts, "auditori".
- Limitacions

Metodologia de treball:

- Es proposa treballar via correu electrònic per avançar en el desplegament teòric dels diferents continguts i realitzar reunions de consens i de presentació de les conclusions

Integrants del grup:

- Jaume Benavent	CAPSE
- Josep Costa	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària
- Toni Dedeu	EAP Roquetes
- M. Lluïsa de la Puente	Regió Sanitària Centre
- Gonçal Foz	SAP Sant Martí
- Agnès Llatas	SAP Sant Andreu
- Josep M. Picas	PAMEM
- Soledad Romea	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària
- Ignasi Sáenz	EAP Sardenya
- Susana Sanz	Programa Cronicat. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Laura Sampietro-Colom	Centre Corporatiu de l'ICS
- Joan Ramon Villalbí	Agència de Salut Pública de Barcelona

Coordinació:

- Josep Farrés	Consorci Sanitari de Barcelona
- Àlex Guarga	Consorci Sanitari de Barcelona
- Aïna Plaza	Consorci Sanitari de Barcelona

Grup de treball: àmbits de comparació**Continguts:**

- Identificar i seleccionar els àmbits clau de comparació dels EAP.
- Criteris per a la ponderació dels àmbits de comparació.
- Distribució de la ponderació dels àmbits
- Limitacions

Metodologia de treball:

- Es proposa treballar via correu electrònic per avançar en el desplegament teòric dels diferents continguts i realitzar reunions de consens i de presentació de les conclusions

Integrants del grup:

- Xavier Altimiras	Consorci Sanitari de Barcelona
- Gemma Amoros	SAP Sant Martí
- Lluís Comalrena	EAP Carrer del Foc
- Esther Cucurull	SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi
- José Luís del Val	SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi
- Antoni Hidalgo	SAP Sant Andreu
- Anna Salvadó	SAP Sant Martí
- Andreu Segura	EAP Barceloneta
- Jaume Sellarés	EAP Sardenya
- Dolors Vega	SAP Eixample

Coordinació:

- Alex Guarga	Consorci Sanitari de Barcelona
- Aïna Plaza	Consorci Sanitari de Barcelona

Grup de treball: indicadors

Continguts:

- Revisió dels indicadors emprats.
- Selecció i adequació dels indicadors als àmbits de comparació
- Formulació dels indicadors
- Proposta d'indicadors per a futures incorporacions i exploracions
- Hospitalitzacions evitables i sentinelles, urgències, temps d'espera, satisfacció, costos, adequació de la prescripció farmacèutica, etc.

Metodologia de treball:

- Es proposa treballar via correu electrònic per avançar en el desplegament teòric dels diferents continguts i realitzar reunions de consens i de presentació de les conclusions. El treball d'aquest grup està condicionat a les propostes realitzades pel grup d'àmbits de comparació.

Per fer més operatiu aquest àmbit d'avaluació es proposa organitzar 2 subgrups de treball

Integrants del subgrup 1 - Àmbits d'efectivitat, d'eficiència i de capacitat resolutiva

- Lurdes Alonso	EAP Universitat
- Ester Amado	SAP Sant Martí
- Estrella Barceló	SAP Sant Andreu
- Ana Busqué	Regió Sanitària Centre
- Josep Casajuana	SAP Ciutat Vella
- Josep M. Cots	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària
- Sofia Ferré	Consorci Sanitari de Barcelona
- Soledad Romea	Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària
- Josep Lluís Segú	EAP Barceloneta
- Ignasi Sáenz	EAP Sardenya
- Jordi Tost	EAP Pg. Sant Joan

Coordinació:

- Àlex Guarga	Consorci Sanitari de Barcelona
- Aïna Plaza	Consorci Sanitari de Barcelona
- Corinne Zara	Consorci Sanitari de Barcelona

Integrants del subgrup 2 - Àmbits d'accessibilitat, d'atenció a l'usuari, de gestió i d'atenció compartida

- Rosa Aragonés	EAP Gòtic
- Manel Borrell	EAP Les Corts-Helios
- Glòria Brunet	EAP Via Roma
- Daniel Ferrer-Vidal	CAP Maragall
- Pilar González	SAP Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi
- Àngels Ondiviela	SAP Ciutat Vella
- Ana Càrol Pérez	Consorci Sanitari de Barcelona
- Eriqueta Pujol	SAP Sant Martí
- Mercè Roura	SAP Gràcia, Horta-Guinardó
- Pere Subirana	EAP Prosperitat, Rio de Janeiro

Coordinació:

Alex Guarga	Consorci Sanitari de Barcelona
Marcel·la Miró	Consorci Sanitari de Barcelona
Aïna Plaza	Consorci Sanitari de Barcelona

Grup de treball: metodologia**Continguts:**

- Criteris per a la comparació d'equips / grups d'equips.
- Ajust dels resultats.
- Tractament dels *missings*
- Indicador sintètic de valoració
- Ponderació d'indicadors per àmbits
- Fonts d'informació

Metodologia de treball:

- Es proposa treballar via correu electrònic per avançar en el desplegament teòric dels diferents continguts i realitzar reunions de consens i de presentació de les conclusions

Integrants del grup:

- Ana Benavides	EAP Les Corts-Helios
- Gladis Bendahan	SAP Eixample
- Enriqueta Borràs	EAP Sanllehy
- Carles Brotons	EAP Sardènia
- Francisco Godoy	EAP Poble Sec
- Antoni Hidalgo	SAP Sant Andreu
- Begoña Iglesias	SAP Ciutat Vella
- Maribel Masarín	Agència de Salut Pública de Barcelona
- Andreu Segura	EAP Barceloneta
- Carme Vidal	SAP Gràcia, Horta-Guinardó

Coordinació:

- Josep Farrés	Consorci Sanitari de Barcelona
- Àlex Guarga	Consorci Sanitari de Barcelona
- Aïna Plaza	Consorci Sanitari de Barcelona

8. ANNEX 2. BIBLIOGRAFIA

1. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003; 326:258-60.
2. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación en los indicadores "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de Atención primaria". *Rev. Esp Salud Pública* 2002; 76:189-196.
3. Campbell S, Cantrill J, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* 2000; 321:1-5
4. Canals J, Montera JC, Buxadé I, Bolívar I. El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II): opiniones y satisfacción de los médicos de familia. *Aten Primaria* 2002; 30(9):561-66.
5. Cantrill J, Sibbald B, Buetow S. Indicators of the appropriateness of long term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility, and reliability. *Quality in Health Care* 1998; 7:130-135.
6. Colomer J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del presente. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002; 14: 111-113.
7. Documentos semFYC. Indicadores de evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2002.
8. Evidencia clínica. La fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. *BMJ*. 2002
9. Forrest C, Majeed A, Winer J, Carroll K, Bindman A. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 2002; 325:370-1.
10. Frankel S, Sterne J, Smith D. Mortality variations as a measure of general practitioner performance: implications of the Shipman case. *BMJ* 2000; 320: 489
11. Fustero MV, García-Mata JR, Junod B, Bárcena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un Área de Salud. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:247-252.
12. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:107-116
13. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319:94-98.
14. Gorraotxatgi P, Lazkanotegi MV, Goikoetxea P, Rubio V. Valoración del horario vespertino en una consulta de pediatría en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19(8): 423-25.
15. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999; 16(1):4-11
16. Grupo de trabajo del proyecto de Dirección Clínica de la División de Atención primaria del Institut Català de la Salut. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Català de la Salut. *Cuadernos de Gestión* 2001;7(2):65-72
17. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R y Sintés J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria* 2000; 26: 600-606.
18. <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html>
19. Indicadors Bàsics d'Atenció Primària. MPAR. Fundació Gol i Gurina. 2002.
20. Jiménez J, Cutillas S, Martín A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR-5. *Aten Primaria* 2000; 25 (9): 653-662
21. Little P, Everit H, Willizamson I, Warner G, Moore M et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323:908-11.
22. López L.A., Jiménez JM, Luna J, Solas O, Martínez JI, Manuel E. Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica. Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales. *Gac Sanit* 2002; 16(5): 417-24.
23. Maiz E. La difusión de los resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad asistencial* 2001; 16:86-89.
24. Mancera J, Muñoz F, Paniagua F, Fernández C, Fernández ML, Blanca FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria* 2001; 27(9):658-662.

25. Martín A. Nuevas perspectivas en la evaluación de la atención primaria: las metodologías cualitativas. *Aten Primaria* 2000; 25 (9): 605
26. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354-1360.
27. McColl A, Roland M. Knowledge and information for clinical governance. *BMJ* 2000; 321: 871874.
28. Meneu R. Top be or not Top be. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16: 83-85
29. Mulley AG. Learning from differences within the NHS. Clinical indicators should be used to learn, not do judge. *BMJ* 1999; 319:528-30
30. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:199-130
31. Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones? *Gestión Clínica* 2002; 4, 2: 35-37.
32. Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit* 1998;11:55-58.
33. Reid F, Cook D, Maeed A. Explaining variation in hospital admissions rates between general practice: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319: 98-103.
34. Reyes JF, González-Casanova S, Marrero B, de Leon JM, Joyanes A, de Armas JM. Monitorización de la percepción del usuario en la accesibilidad a los servicios sanitarios. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7 (1):30-5.
35. Rogers S, Humphrey C, Nazareth I, Liser S, Tomlin Z, Haines A. Desinging trials of interventions to change professional partice in primary care: lessons from an exploratory study of two change strategies. *BMJ* 2000; 320: 1580-1583.
36. Starfield B. Prioridades y futuro de la investigación en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3(4): 201-210.
37. Starfield B. Atenció primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. Masson. 2001. Capítol 7. Accessibilitat i primer contacte: el filtre.
38. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 303-309. (veure comentari en *Gestión Clínica y sanitaria*, 2002 vol 4. 121)
39. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:232-233
40. Vila A y Ferré X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de gestión* 2001; 7 (3): 134-141.
41. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín M, Gil M, Borrell C, Ferran M y Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *et. Alt. Aten Primaria* 1999; 24(8): 468-474.
42. Villarreal E, González J, Salinas AM, Garza ME, Núñez G, Uribe MG. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Aten Primaria* 2000; 26 (7):59-62.