

Original

Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad

José Romano^{a,*} y Álvaro Choi^b^a Institut Català de la Salut (ICS), CAP Just Oliveras, EAP Sant Josep, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España^b Institut d'Economia de Barcelona y Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de enero de 2016

Aceptado el 12 de abril de 2016

On-line el 11 de junio de 2016

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Eficiencia

Calidad asistencial

Estadística no paramétrica

RESUMEN

Objetivo: Demostrar el impacto que tiene la consideración de indicadores cualitativos en la evaluación de la eficiencia técnica de los equipos de atención primaria (EAP). La crisis económica que se inició en 2008 ha llevado a procesos de reasignación de recursos basados en indicadores cuantitativos, dejando los cualitativos en un segundo plano.

Métodos: El estudio aplica técnicas de análisis envolvente de datos (AED) a 58 EAP pertenecientes a tres servicios de atención primaria (SAP) de la provincia de Barcelona. Los datos combinan información pública de la Generalitat de Catalunya con los proporcionados (previa solicitud) por el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. El análisis compara los resultados de tres modelos, permitiendo esta aproximación identificar cambios en la eficiencia de los EAP en función de la (no) consideración de indicadores de calidad asistencial.

Resultados: Los modelos que emplean solamente indicadores de cantidad de *inputs* y *outputs* identifican como eficientes apenas un 16% de los EAP. La incorporación de variables que aproximan la calidad asistencial aumenta dicha proporción hasta un 58,6%. No se observan diferencias significativas en la eficiencia de los EAP en función del modelo de gestión (público o privado), el nivel territorial (SAP/modelo organizativo) ni el ámbito territorial (rural o urbano).

Conclusiones: Los resultados parecen indicar la conveniencia de incorporar la calidad asistencial como uno de los *outputs* relevantes a la hora de plantear criterios de racionalización de los servicios en asistencia primaria de salud. Su (no) incorporación se encuentra vinculada a diversas concepciones de la atención primaria de salud.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A measure of the efficiency of primary care in Barcelona (Spain) incorporating quality indicators

ABSTRACT

Keywords:

Primary healthcare

Efficiency

Quality healthcare

Nonparametric statistics

Objective: To demonstrate the impact of the incorporation of quality indicators in assessing the technical efficiency of primary healthcare teams. The processes through which primary healthcare resources have been allocated since the onset of the financial crisis in 2008 have focussed on quantitative rather than qualitative indicators.

Methods: This study applies data envelopment analysis (DEA) techniques to 58 primary healthcare teams from three different primary healthcare services from the province of Barcelona (Spain). We combine publicly available information from the regional government of Catalonia with data requested from the Catalan Health System Observatory. The analysis compares the results of three models, thereby allowing shifts in the efficiency of primary healthcare teams to be identified in terms of the (lack of) consideration for healthcare quality indicators.

Results: Only 16% of the primary healthcare teams were found to be efficient according to the baseline models, which only incorporated input and output quantity indicators. However, once proxies for healthcare quality are included in the analysis, this percentage increases to 58.6%. No meaningful differences in primary healthcare team efficiency were found between public and privately owned centres, between regional primary care services and organisational models, or between rural and urban teams.

Conclusions: The results suggest the need to incorporate healthcare quality indicators as outputs when considering criteria for the streamlining of primary healthcare services. Failure to incorporate quality indicators is associated with various primary healthcare concepts.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jromano@ambitcp.catsalut.net (J. Romano).<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.014>0213-9111/© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Una de las aproximaciones económicas a la sanidad consiste en el análisis de la producción y el consumo de bienes y servicios¹. La asignación eficiente de recursos dará lugar a una maximización de la cantidad y la calidad de la salud. Sin embargo, la medición de la eficiencia de las organizaciones sanitarias resulta compleja, dadas sus características de «multiproducto». Es este un tema de interés creciente en gestión sanitaria, especialmente en un contexto de recursos escasos en el que resulta esencial la identificación de buenas prácticas². El mayor de los retos con que se enfrenta el planificador sanitario es la posible existencia de una relación inversa entre la cantidad de recursos asignados y la calidad del servicio prestado. Durante la crisis económica que se inició en 2008 se han producido ajustes presupuestarios y organizativos que han afectado a diversas áreas del estado del bienestar^{3,4}, y la sanidad^{5,6} no ha sido una excepción. Los efectos sobre la salud de la población española de la crisis económica y de la reasignación de recursos sanitarios sólo podrá observarse a largo plazo^{7,8}.

En el caso de Cataluña, en el cual se centra este artículo, existen discrepancias acerca de la magnitud de dichos efectos. Así, mientras el *Conseller* de Sanidad defiende que «Cataluña no ha caído en cuanto a la calidad de sus servicios sanitarios. Niego la mayor»⁹, estudios recientes señalan que las políticas aplicadas tienen efectos negativos sobre la salud de los/las usuarios/as y trabajadores/as de los servicios sociosanitarios¹⁰.

La crisis económica parece haber agudizado los síntomas de agotamiento que presentaba la atención primaria, a pesar de esfuerzos como el Proyecto AP-21¹¹. La distancia cada vez mayor entre el profesional sanitario y el gestor, las reivindicaciones por una asistencia de calidad y el modelo de gestión sanitaria integrada que reduce el poder de influencia de la primaria en favor de la hospitalaria, han creado una situación de no retorno¹². Algunos autores hablan de un «techo de cristal» de la atención primaria¹³.

En Cataluña, la reasignación de los recursos en atención primaria se ha realizado empleando principalmente elementos cuantitativos, como el número de pacientes o el gasto farmacéutico⁸. Esta aproximación reduccionista de la actividad médica¹⁴ puede condicionar la consecución de asignaciones óptimas de recursos.

La gestión sanitaria acostumbra a evaluar los resultados empleando elementos cuantitativos, dejando en un segundo plano los cualitativos, cuya incorporación resulta compleja dada la inexistencia de indicadores únicos de calidad^{15,16}. Así, la mayor parte de los estudios revisados para España utiliza elementos cuantitativos para medir la eficiencia^{17–19}, si bien algunos estudios recientes²⁰ emplean variables que aproximan la calidad asistencial. Si se obvian estas últimas variables, las decisiones en política sanitaria se tomarán en función de unos resultados que solo miden parte de la actividad sanitaria. Piénsese, por ejemplo, en la posible relación negativa entre el número de consultas y la calidad asistencial. La consideración de la primera variable –número de consultas– como único *output* de interés puede llevar a reformas, con el objetivo de aumentar la eficiencia, muy distintas a las que se llevarían a cabo en caso de incorporar componentes cualitativos al análisis²¹.

La principal aportación de este artículo consiste en la medición del efecto que tiene la incorporación de medidas de calidad asistencial sobre los indicadores de eficiencia productiva^{17–19} en los equipos de atención primaria (EAP). La diversidad de resultados obtenidos tras la consideración de medidas de calidad asistencial cuestiona la validez de los sistemas de evaluación de la eficiencia de los EAP que obvian la dimensión cualitativa de su actividad.

Métodos

Se ha empleado el análisis envolvente de datos (AED)^{22,23}, que es un método no paramétrico, basado en programación lineal, para

medir la productividad y la eficiencia relativa de unidades de análisis (DMU, *Decision Making Units*)²⁴, como escuelas, hospitales, etc., las cuales utilizan múltiples recursos (*inputs*) para producir múltiples productos (*outputs*). Se ha utilizado extensamente en el ámbito sanitario²⁵.

El AED calcula una frontera de mejor práctica e identifica las unidades ineficientes, de manera que cada una de ellas es comparada con una unidad eficiente de referencia o con una combinación de unidades eficientes. La eficiencia se define como la suma de pesos de los *outputs* de las DMU dividida por la suma de pesos de los *inputs*. Cuando el índice de eficiencia es igual a 1, entonces la DMU se considera eficiente, y cuando es inferior se considera ineficiente²⁶. En este trabajo se ha utilizado el modelo propuesto por Charles, Cooper y Rhodes²⁷ (CCR) orientado a los *outputs*. Por tanto, se ha considerado que la actividad de la atención primaria presenta rendimientos constantes, y que aquellas DMU ineficientes deben aumentar los *output* hasta alcanzar la frontera eficiente. Cuantas más variables se incluyen, menos discriminantes son los resultados. El número de DMU debe, como mínimo, triplicar el número de *inputs* y *outputs*²⁸.

Datos

Los datos se obtuvieron a través de la consulta de datos públicos que la Generalitat ofrece en Open Data.gencat y corresponden al periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013.

Los 58 EAP analizados pertenecen a tres Servicios de Atención Primaria (SAP) correspondientes a la Gerencia Territorial Metropolitana Sud: SAP Baix Llobregat Centre (20 EAP), SAP Alt Penedès-Garraf-Nord (14 EAP) y SAP Delta del Llobregat (19 EAP). De los 58 EAP, tres tienen carácter rural y cinco no pertenecen al Institut Català de la Salut (ICS)²⁹. El análisis de esta área resulta especialmente interesante, al convivir centros públicos y privados, así como urbanos y rurales.

La mayoría de los EAP analizados pertenecen al ICS y se caracterizan por una gestión pública, mientras que los EAP que no pertenecen al ICS son de gestión privada. Cada EAP cuenta con un director y un adjunto de dirección, pero en el SAP Delta se introdujo un nuevo sistema organizativo, la Unidad de Gestión de la Atención Primaria (UGEAP)³⁰, consistente en la agrupación de EAP gestionados por un solo equipo directivo. Los tres EAP de carácter rural están constituidos por la agrupación de varias unidades menores, cuyos datos se presentan agregados en los tres EAP rurales citados. Las características demográficas del territorio donde se ubican los EAP se describen en la [tabla 1](#).

Selección de inputs y outputs

La selección de los *inputs* y *outputs* se ha basado en estudios previos^{17–19,21,31}. Los *inputs* utilizados han sido el personal de medicina y enfermería de cada EAP²⁰ y el gasto farmacéutico global por usuario²⁰. El *output* más habitual en la literatura es el número de visitas. Pese a que algún estudio^{17,21} desglosa las visitas realizadas en programada, domiciliaria y aguda, la información disponible no ha permitido efectuar esta descomposición. Sí se ha diferenciado entre visitas médicas y de enfermería³¹. La riqueza de la base de datos empleada³² ha permitido la introducción de los siguientes elementos cualitativos del *output*: índice de prescripción farmacéutica, tasa de resolución de las visitas (elemento esencial en atención primaria, al actuar como *gatekeeper* del sistema)³³ y prevalencia atendida de diabetes³⁴. Adicionalmente, se ha añadido el grado de cobertura de la vacuna de la gripe. Tal como exponen Pelone et al.³¹, el criterio recomendado para la selección de variables de *output* «para los centros de asistencia primaria consiste en seleccionar indicadores de calidad relevantes cuando haya evidencia de que dichas variables conllevan mejoras en la salud».

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1072965>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1072965>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)