

**UNIVERSITAT DE BARCELONA  
FACULTAT DE MEDICINA**

**LES DIMENSIONS DEL RESULTAT ASSISTENCIAL  
DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

**Tesi doctoral dirigida per  
Dr. Joan Gené i Badia  
Departament de Salut Pública. Universitat de Barcelona**

**i presentada per adquirir el grau de Doctora en Medicina i Cirurgia  
per Mireia Sans i Corrales**

**Barcelona, 2008**



## **ÍNDEX:**

<b>Agraïments</b> .....	5
<b>Glossari de sigles</b> .....	7
<b>Glossari de taules i figures</b> .....	9
<b>Justificació</b> .....	11
Entorn assistencial .....	14
Atenció Primària de Salut .....	14
Medicina familiar i comunitària .....	16
Metge de família .....	21
Institut Català de Salut .....	21
Resultats assistencials .....	23
<b>Hipòtesis</b> .....	27
<b>Objectius</b> .....	31
<b>Metodologia</b> .....	35
Revisió bibliogràfica .....	39
Fase qualitativa .....	40
Fase quantitativa .....	60
<b>Resultats</b> .....	97
Revisió bibliogràfica .....	99
Fase qualitativa .....	115
Fase quantitativa .....	130
<b>Discussió general</b> .....	133
Limitacions del treball .....	137
Comparació dels resultats amb altres treballs .....	139
Aplicacions pràctiques i futures línies d'investigació .....	146
<b>Conclusions</b> .....	149
<b>Bibliografia</b> .....	153
<b>Annexos</b> .....	165
1: Full registre revisió bibliogràfica .....	167
2: Carta als informants clau .....	168
3: Articles publicats .....	177



## **Agraïments**

Són moltes les persones que han contribuït de diverses maneres en l'elaboració d'aquesta tesi. En gran mesura, les millors contribucions han vingut dels membres del grup investigador de la Beca FIS (expedient PI021762) que té com a títol:

“ Evaluación de la Dirección Clínica como nuevo modelo de gestión de los equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud”, Françoise Aguado, Begoña Iglesias, Josep Casajuana, Enriqueta Pujol, Maribel Pasarin, Margarita Pla, Laura Samprieto, Georgia escaramis i, dels professionals i usuaris que van participar en els grups focals i/o nominals; les dades de la qual van tenir l'origen en aquesta tesi, essent utilitzades per a l'estudi de l'avaluació de la direcció clínica.

Una menció especial la mereix el Dr. Joan Gené Badia, investigador principal de la Beca FIS esmentada, director de la Divisió d'Atenció Primària de l'ICS en l'època d'elaboració d'aquesta tesi i tutor de la mateixa, per la seva paciència, per les seves aportacions, per compartir informació i idees i, sobretot per la seva inestimable ajuda i interès a aconseguir posar un punt i final a aquest treball. Al Dr. Carlos Ascaso, per la seva desinteressada ajuda en l'anàlisi de dades i l'aplicació de fórmules estadístiques. I, a la Dra. Eva Peguero, per facilitar-me i animar-me a formar part d'aquest grup investigador i a escriure aquesta tesis.

Finalment, vagi la meva especial gratitud als meus familiars i amics, pel seu recolzament moral, l'amistat i l'estímul constant, sense els quals aquest treball no hauria estat possible.



## **Glossari de sigles**

**AB:** antibiòtics

**ABS:** area bàsica de salut

**ADEPRE:** antidepressius

**ADIAB:** antidiabètics

**AGFI :** índex de bondat d'ajust corregit

**AHT:** antihipertensius

**AINE:** antiinflamatoris no esteroïdals

**ANSH:** ansiolítics i hipnòtics

**APS:** atenció primària de salut

**ARA II:** antagonistes dels receptors d'angiotensina II

**ASMA:** antiasmàtics

**ATDOM:** Atenció Domiciliària

**AULC:** antiulcerosos

**CANM:** Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments

**CAP/s:** centres atenció primària de salut

**CF:** consum farmacèutic

**DC:** direcció clínica

**DDD:** dosi diària definida

**DHD:** El nombre de DDD consumides en un centre determinat s'expressa per 1.000 habitants i per dia).

**DHD<sub>65</sub>:** càlcul de les dosis diàries definides per 1.000 habitants i dia, ponderades pel grau d'envelliment de la població

**DPO:** direcció per objectius

**DS:** desviació estàndard

**EAP:** equip d'atenció primària

**EBA:** entitat de base associativa

**EFG:** especialitat farmacèutica genèrica

**EQPF:** estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica

**HIPO:** hipolipemians

**HTA:** hipertensió arterial

**IBP:** inhibidors de la bomba de protons

**ICS:** Institut Català de Salut

**IECA:** inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina

**IMAO:** inhibidors de la monoaminoxidasa

**ISRS:** inhibidors selectius de la recaptació de serotonina

**MF:** metge de família (amb l'especialitat de medicina familiar i comunitària)

**MFic:** medicina familiar i comunitària

**MG:** metge general (llicenciat en medicina i cirurgia)  
**MIR:** metge interí resident  
**NNT:** nombre necessari de pacients a tractar per salvar una vida  
**OMS:** Organització Mundial de la Salut  
**PADES:** unitat de medicina pal·liativa  
**PR:** preus de referència  
**SAP/s:** serveis d'atenció primària de salut  
**semFYC:** Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitaria  
**SIDA:** síndrome immunodeficiència adquirida  
**SNS:** Sistema Nacional de Salut  
**SPR:** sistema de preus de referència  
**UAAU:** unitat d'atenció a l'usuari  
**VIF:** valor intrínsec farmacològic  
**WONCA:** Organització europea de metges de família

#### **Qüestionaris:**

**CSQ:** instrument d'avaluació de les estratègies d'afrontament del dolor crònic i qüestionari de satisfacció.

**EVA-PAT:** qüestionari per avaluar la satisfacció dels pacients després de la consulta sanitària.

**GPAS:** subescales corresponents a accessibilitat i continuïtat d'un qüestionari més ampli. Disponible a [www.gpas.co.uk](http://www.gpas.co.uk)

**MAAS:** escala d'anamnesi i assessorament de Maastrich, per avaluar la qualitat de la comunicació

**PCAS:** enquesta d'avaluació de l'atenció primària

**PEI:** qüestionari d'experiència personal, d'habilitat

**QVP:** qualitat de vida professional

**QVRS:** qüestionari de qualitat de vida relacionada amb la salut

**SF-36:** qüestionari de salut

**SU:** satisfacció de l'usuari



## **Glossari de taules i figures**

### **1. Taules metodològiques:**

#### **Fase qualitativa:**

**TAULA I:** Criteris per a la selecció de participants

**TAULA II:** Perfils del grup A; metges de família i pediatres

**TAULA III:** Perfil grup B; infermers/eres

**TAULA IV:** Perfil grup B; treballadors/ores socials

**TAULA V:** Perfil grup C; personal UAAU

**TAULA VI:** Configuració del grups nominals i focals

**TAULA VII:** Fases de desenvolupament de la sessió

#### **Fase quantitativa:**

**TAULA VIII:** Base de dades estructural dels equips d'APS

**TAULA IX:** Enquesta de satisfacció a la població catalana.

**TAULA X:** Qüestionari de qualitat de vida professional (qvp-35)

**TAULA XI:** Part global EQPF

**TAULA XII:** Antihipertensius recomanats

**TAULA XIII:** Monitoratge Antihipertensius recomanats

**TAULA IV:** Antiulcerosos recomanats

**TAULA IV:** Monitoratge antiulcerosos recomanats

**TAULA XV:** AINE recomanats

**TAULA XVI:** Monitoratge AINE recomanats

**TAULA XVII:** Antibiótics recomanats

**TAULA XVIII:** Monitoratge antibiòtics recomanats

**TAULA XIX:** Hipolipemiantes recomanats

**TAULA XX:** Monitoratge hipolipemiantes

**TAULA XXI:** Antiasmàtics recomanats

**TAULA XXIII:** Antidepressius recomanats

**TAULA XIX:** Monitoratge antidepressius recomanats

**TAULA XX:** Ansiolítics i hipnòtics recomanats

**TAULA XXI:** Monitoratge Ansiolítics i hipnòtics recomanats

**TAULA XXII:** Antidiabètics recomanats

**TAULA XXIII:** Monitoratge antidiabètics recomanats

**TAULA XXIV:** Estàndard de Qualitat de Prescripció Farmacèutica per MFiC

**TAULA XXV:** Estàndard de Qualitat de Prescripció Farmacèutica per a MFiC

**TAULA XXVI:** Bandes de consecució i grau d'assoliment per a Medicina de Família i Comunitària

**TAULA XXVII :** Principis actius afectats pels preus de referència

**TAULA XXVIII:** Criteris per l'assoliment dels objectius dels principis actius afectats pels preus de referència

**TAULA XXIX:** Variables seleccionades per cada dimensió del resultat de l'atenció primària i la font d'informació de l'Institut Català de la Salut de la qual provenen.

## **2. Taules resultats:**

### **Fase cerca bibliogràfica**

**TAULA XXX:** Metodologia de recollida de dades dels articles seleccionats

**TAULA XXXI:** Atributs de l'APS relacionats amb la satisfacció

**TAULA XXXII:** Atributs de l'APS relacionats amb la salut

**TAULA XXXIII:** Atributs de l'APS relacionats amb els costos

### **Fase qualitativa**

**TAULA XXXIV:** Aspectes de l'accessibilitat identificats pels diferents grups

**TAULA XXXV:** Continuitat i coordinació dintre del Centre d'Atenció Primària, amb altres nivells assistencials i amb els recursos externs

**TAULA XXXVI:** Relació entre professionals i usuaris

**TAULA XXXVII:** Qualitat científicotècnica dels serveis d'Atenció Primària i capacitat resolutiva

### **Fase quantitativa:**

**TAULA XXXVIII:** Comparació dels equips d'atenció primària que han participat i no han participat en l'estudi.

**TAULA XXXIX:** Mesures d'ajustament i proves d'hipòtesis relacionades amb l'elecció del model Factorial Confirmatori que millor ajusta l'estructura a les dades

## **3. Figures:**

**FIGURA 1:** Procediment de selecció dels articles de la cerca bibliogràfica

**FIGURA 2:** Estimacions dels principals paràmetres del model

# **JUSTIFICACIÓ**



## JUSTIFICACIÓ

En un entorn sanitari i de professionals on habitualment s'utilitza el mètode científic, hauria de ser un axioma la necessitat d'avaluar de forma continua la pràctica assistencial.

Ja sabem que la medicina és una ciència en constant evolució, on els coneixements i les habilitats per a la bona pràctica són canviants, apareixen noves tecnologies, noves evidències, nous fàrmacs i noves malalties.

Els sistemes sanitaris, públics i universals, són cada vegada més complexos i inclouen més prestacions que consumeixen un important percentatge dels impostos dels ciutadans, els quals tenen el mateix dret d'accés a aquestes prestacions. És obvi que la sanitat pública s'enfronta a importants reptes, intentant fer compatibles la satisfacció de les necessitats de salut de la majoria dels ciutadans mitjançant atencions de qualitat, amb altres principis normatius, com l'ètica que reconeix la importància de la participació ciutadana en l'establiment de prioritats moralment acceptables, l'equitat per a la reducció de diferències injustes i evitables i, el més racional i eficient ús dels recursos disponibles (Beltran, 2007). Per tant, l'administració ha d'exigir el més alt nivell de qualitat i eficiència a qui té la responsabilitat, en últim terme, de garantir-ho: els professionals sanitaris.

Els ciutadans dels països desenvolupats són cada vegada més exigents en relació a la garantia de qualitat dels professionals que donen els serveis, estan més informats i, fins i tot s'organitzen en associacions o grups de pacients adquirint plena autoritat en la presa de decisions.

I, en aquest entorn, tots els agents esmentats, especialment els professionals sanitaris, estem implicats, d'una manera o d'una altra, en el fet de mantenir i millorar l'estat de salut, la satisfacció i la qualitat de vida dels nostres ciutadans al més baix cost possible. I això ho hem de fer perseguint un nivell de competència adequat en les nostres actuacions, ja que tenim l'obligació de rendir comptes de la nostra actuació, és a dir, som els que hem de donar resposta de la nostra actuació als ciutadans i a l'administració.

Per tant, tot això fa que ens veiem en la necessitat d'avaluar l'actuació sanitària. Només es progressa quan tenim la possibilitat d'examinar què fem, aprendre d'això que hem analitzat i aplicar els canvis que siguin necessaris.

En aquest context, és interessant començar definint l'entorn en el qual treballarem i que volem avaluar: **l'Atenció Primària de Salut, la Medicina familiar i comunitària, el metge de família** i l'empresa proveïdora de salut més important a Catalunya: **l'Institut Català de Salut**. I això ho farem en base a diverses definicions:

## **ENTORN ASSISTENCIAL**

### **Atenció Primària de salut:**

Per definir l'entorn en el qual treballarem, que és l'atenció primària de salut, ho farem a partir de tres definicions donades per tres entitats de renom: l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'Organització europea de metges de família (WONCA europa) i l'Institut americà de medicina.

### **"Declaració d'Alma-Ata". OMS (Alma-Ata 1978)**

La definició donada en la "Declaració d'Alma-Ata", aprovada per la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut d'Alma-Ata de 1978 convocada per l'Organització Mundial de la Salut, on es van reunir 134 governs i representants de 67 organitzacions governamentals i no governamentals, va donar lloc a un document amb 10 grans principis i 38 objectius. Es va definir i es va donar un reconeixement internacional al concepte "Atenció Primària de Salut" com una estratègia per aconseguir la Salut per a tots a l'any 2000. D'aquesta manera, queda definida l'Atenció Primària com:

... és l'assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fundats i socialment acceptables, posats a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat mitjançant la seva plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar, en totes i cada una de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació. L'Atenció Primària forma part integrant tant del sistema nacional de salut, del qual constitueix la funció central i el nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema nacional de salut, portant al més a prop possible l'atenció de salut al lloc on viuen i treballen les persones, i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària (Alma-Ata 1978).

Aquesta definició emmarca una sèrie d'accions de salut pública, siguin de diagnòstic, prevenció, curació i rehabilitació que s'ha de realitzar des d'un nivell primari i local, en benefici de la comunitat. A més a més, és el nivell bàsic i integrant de qualsevol sistema de salut.

I, el cert és que, 25 anys després d'aquesta conferència en la qual es va definir i es va reconèixer a nivell internacional el concepte d'atenció primària de salut, no es va aconseguir l'objectiu principal: Salut per a tots al 2000 i, que la pròpia definició té algunes mancances com que tot i el pes atorgat a l'atenció comunitària, aquesta en la pràctica diària està poc implantada als països desenvolupats i, que no es contempla l'actor principal d'aquesta atenció: el metge de família.

### **Wonca Europa (2002)**

D'altra banda i, en la mateixa línia, la Wonca Europa, defineix l'Atenció primària de salut com:

... "la provisió d'atenció de salut integrada, accessible, equitativa, eficient i de qualitat, per part dels professionals responsables d'atendre la majoria de necessitats personals de salut, que desenvolupen una relació mantinguda amb els ciutadans i, treballen en el marc familiar i comunitari".

### **l'Institut Americà de medicina**

I, finalment la definició donada per l'Institut de Medicina (Vanselow NA 1995, Donaldson 1996) que defineix l'APS com l'atenció proporcionada per alguns metges (metges de família, metges generals, pediatres generals, ginecòlegs, internistes) i infermeres en relació a:

- un conjunt d'activitats, les funcions de les quals defineixen els límits entre atenció primària- com a curació o alleujament de malalties comuns i discapacitats
- un nivell d'atenció o porta d'entrada a un sistema que inclou l'atenció primària i la secundària (hospitalària)
- un conjunt d'atributs: accessible, global, coordinada, continua i responsable- o segons la definició d'Starfield, 1992- l'atenció que es caracteritza pel primer contacte, l'accessibilitat, la longitudinalitat i l'exhaustivitat.
- una estratègia d'atenció de conjunt- orientació a la comunitat i menys pes als hospitals (ús intensiu de la tecnologia i medicina de l'atenció aguda).

Aquestes tres definicions, acceptades per molts professionals i sistemes de salut, contenen nombrosos conceptes, característiques i dimensions de l'atenció primària i, això s'ha traduït, en una falta de claredat i consens sobre el significat del terme, que expliquen en part, les dificultats de la definició (reafirma la importància de seguir per definir l'atenció primària com a multidimensional), de la seva gestió i, sobretot de la seva avaluació; és a dir, d'avaluar el seu "producte", entès com a resultats assistencials. Tot i que entenem que el terme "producte" de l'atenció primària de salut, és un terme molt del món empresarial, en aquesta tesi l'utilitzarem indistintament juntament amb el terme resultats assistencials, terme que s'entén millor en el camp dels professionals sanitaris.

### **Medicina familiar i comunitària:**

**Wonca Europa (2002), Euract (2005) i SemFYC (2007)**

La medicina familiar i comunitària és una disciplina acadèmica i científica, amb el seu propi contingut educatiu, d'investigació/recerca, base d'evidència i activitat clínica, i una especialitat clínica orientada a l'atenció primària.

Les característiques de la disciplina de medicina familiar general són:

- normalment és el primer punt de contacte amb el sistema d'atenció sanitària, ja que proporciona accés obert i il·limitat als seus usuaris i s'ocupa de tots els problemes de salut, independentment de l'edat, sexe o una altra característica de la persona en qüestió.
- fa un ús eficient dels recursos d'atenció sanitària mitjançant la coordinació de l'atenció, treballant amb altres professionals en l'àmbit de l'Atenció Primària i gestionant la interrelació amb altres especialistes que assumeixen la defensa del pacient quan és necessari.
- desenvolupa una enfocament centrat en les persones, orientada a l'individu, la seva família, i la seva comunitat.
- té un procés de consulta únic, que estableix una relació gradual, a través d'una comunicació eficaç entre el metge i el pacient.
- és responsable de proveir una continuïtat longitudinal de l'atenció, d'acord amb el que determinin les necessitats del pacient.
- compta amb un procés de presa de decisions específic, determinat per la prevalença i incidència de la malaltia en la comunitat.



- aconsegueix atendre simultàniament problemes de salut, tant aguts com crònics, dels pacients individuals.
- aconsegueix detectar malalties que es presenten d'una manera indiferenciada en un primer estadi del seu desenvolupament, que poden exigir intervenció urgent.
- promou la salut amb intervencions apropiades i eficaces.
- té una responsabilitat específica per a la salut de la comunitat.
- tracta amb problemes de salut en les seves dimensions físiques, psicològiques, socials, culturals i existencials.

L'especialitat de Medicina Familiar i comunitària fa referència a:

Els metges de família són metges especialistes formats en els principis de la disciplina esmentada. Són metges personals, responsables en primer lloc de fer una atenció a tots els individus que ho sol·liciten, de forma integral i permanent, independentment de la seva edat, sexe o malaltia. Atenen els individus en el context de la seva família, la seva comunitat i la seva cultura, respectant sempre l'autonomia dels pacients. Reconeixen que tindran també una responsabilitat professional amb la seva comunitat. En negociar plans de gestió amb els seus pacients, integren factors físics, psicològics, socials, culturals i existencials, i utilitzen els coneixements i la confiança generats per contactes repetits. Els metges de família exerceixen la seva funció professional promovent la salut, prevenint la malaltia i proporcionant cures, atenció o cures paliatives. Això es fa o bé directament o a través dels serveis de tercers, segons les necessitats sanitàries i els recursos disponibles en la comunitat en la qual exerceixen, ajudant els pacients, quan és necessari, a accedir als esmentats serveis. Han d'assumir la responsabilitat de desenvolupar i actualitzar les seves capacitats, i mantenir el seu equilibri personal i els seus valors, com a base per a una atenció als pacients efectiva i segura.

Les competències bàsiques del metge de família estan establertes a:

La definició de la disciplina de medicina de família i del metge especialitzat en ella, ens ha de conduir directament a les competències centrals del metge de família. "Centrals" significa essencials per a la disciplina, independentment del sistema d'atenció sanitària en el qual s'exerceixin.

Les onze característiques de la disciplina estan relacionades amb onze capacitats que tot metge especialista en medicina de família hauria de dominar. A causa de la

seva interrelació, se les agrupa en sis categories independents de competències centrals. A continuació es descriuen els principals aspectes de cada grup.

- Direcció/Gestió d'atenció primària
- Cura centrada en les persones
- Habilitats de solució de problema específiques
- Aproximació/Enfocament complet
- Orientació de comunitat
- Modelatge holístic

La gestió de l'Atenció Primària inclou l'habilitat de:

- gestionar el contacte inicial amb els pacients, ocupant-se de problemes no seleccionats;
- cobrir tot el ventall d'estats de salut;
- coordinar l'atenció amb altres professionals de l'Atenció Primària i amb altres especialistes;
- dominar efectivament i apropiadament l'assistència mèdica i la utilització del servei sanitari;
- posar a disposició del pacient els serveis apropiats dins del sistema d'atenció sanitària;
- actuar com a defensor del pacient.

L'atenció centrada en la persona inclou l'habilitat de:

- adoptar un enfocament centrat en la persona en ocupar-se de pacients i problemes en el context de les circumstàncies del pacient;
- desenvolupar i aplicar la consulta de la medicina general, a fi de provocar una relació doctor-pacient efectiva, amb respecte per a l'autonomia del pacient;
- comunicar, establir prioritats i actuar en col·laboració;
- proporcionar la continuïtat longitudinal de l'atenció, segons allò determinat per les necessitats del pacient i remetent-se a una gestió permanent i coordinada de l'atenció mèdica.

Les capacitats específiques per a la solució de problemes, inclouen l'habilitat de:

- relacionar els processos específics de presa de decisions amb el predomini i la incidència de la malaltia en la comunitat;
- reunir selectivament i interpretar la informació dels exàmens físics que consten en els historials mèdics i en les investigacions, i aplicar-los a un pla de gestió apropiat, en col·laboració amb el pacient;

- adoptar principis de treball apropiats (per exemple, la investigació acumulativa, utilitzant el temps com a eina, i tolerar la incertesa);
- intervenir amb urgència quan sigui necessari;
- gestionar condicions que es poden presentar de forma primerenca i no clara;
- fer un ús efectiu i eficient dels diagnòstics i les intervencions terapèutiques.

L'enfocament integral inclou l'habilitat de:

- gestionar simultàniament múltiples problemes i patologies, i problemes de salut del individu tant aguts com crònics;
- promoure la salut i el benestar aplicant apropiadament estratègies de foment de la salut i de prevenció de malalties;
- gestionar i coordinar la promoció de la salut, la prevenció, les cures, l'atenció i els cures pal·liatives, i la rehabilitació.

L'orientació comunitària inclou l'habilitat de:

- reconciliar les necessitats sanitàries dels pacients individuals i les necessitats sanitàries de la comunitat en la qual viuen, en equilibri amb els recursos disponibles.

L'enfocament global inclou l'habilitat de:

- utilitzar un model biopsicosocial tenint en compte les dimensions cultural i existencial.

#### Característiques essencials d'aplicació:

En l'aplicació de competències a l'ensenyament, l'aprenentatge i l'exercici de la medicina de família cal considerar tres característiques addicionals essencials: contextuals, d'actitud i científiques. Es refereixen a les característiques dels metges i determinen la seva capacitat d'aplicar les competències centrals en el lloc de treball en un context real. En la medicina general, poden tenir un impacte major a causa de l'estreta relació entre el metge de família i les persones amb les quals treballa, però afecten tots els metges i no són específics de la medicina general.

Aspectes contextuals (Entendre el context dels metges mateixos i l'entorn en el qual treballen, incloses les seves condicions de treball, la seva comunitat, la seva cultura, i els seus marcs financers i normatius).

- Comprendre l'impacte de la comunitat local, factors inclosos socioeconòmics, geografia i cultura, en el lloc de treball i en l'atenció als pacients;

- ser conscient de l'impacte de tota la càrrega de treball en l'atenció prestada en pacient individual i de la disponibilitat de serveis (personal, equips) per a prestar l'esmentada atenció;
- comprendre els marcs financer i jurídic en els quals es presta l'atenció sanitària en nivell de la consulta;
- comprendre l'impacte dels entorns personals domèstic i laboral del metge en l'atenció que proporciona.

Aspectes d'actitud (Basats en les capacitats professionals, valors, sentiments i ètica del metge).

- Ser conscient de les pròpies capacitats i valors, identificant els aspectes ètics de la pràctica clínica (prevenció / diagnòstic / teràpia / factors que influeixen en els estils de vida);
- ser conscient d'un mateix; comprendre que les pròpies actituds i sentiments són determinants importants de com s'exerceix;
- justificar i aclarir l'ètica personal;
- ser conscient de la interacció mútua de vida laboral i privada, i esforçar-se per establir un bon equilibri entre ambdues.

Aspectes científics (Adoptar a la pràctica mèdica un enfocament crític i basat en la investigació, i mantenir-lo a través de l'aprenentatge permanent i la millora de la qualitat).

- Estar familiaritzat amb els principis generals, mètodes, conceptes de la investigació científica, i amb els aspectes estadístics fonamentals (incidència, predomini, valor estimat, etc.);
- tenir un coneixement en profunditat de fonaments científics de patologia, símptomes i diagnòstics, teràpia i prognosi, epidemiologia, teories de la decisió, teories de la formulació d'hipòtesi i solució de problemes, atenció sanitària preventiva;
- ser capaç d'accedir a literatura mèdica i de llegir-la i jutjar-la críticament;
- desenvolupar i mantenir l'aprenentatge permanent i la millora de la qualitat.

La interrelació de competències centrals i l'aplicació de característiques essencials caracteritza la disciplina i posa en relleu la complexitat de l'especialitat. Aquesta complexa interrelació hauria de guiar el desenvolupament (i veure-s'hi reflectida) de les agendes relacionades amb l'ensenyament, la investigació i la millora de la qualitat.

**Metge de família:****Sociedad española de medicina familiar y comunitaria (semFYC 2007):**

Un metge de família és un metge que després de finalitzar els seus estudis universitaris ha escollit, de forma voluntària, realitzar una formació específica que li capacitarà com "un professional per al qual la persona és un tot integrat per aspectes físics, psíquics i socials vinculats a un context familiar i social concret, la qual cosa li permet dur a terme una atenció continuada al col·lectiu de persones que atén per elevar el nivell de salut de les que estan sanes, curar a les que estan malaltes i cuidar-se, aconsellar i pal·liar els efectes de la malaltia, quan no és possible la recuperació de la salut".

El seu àmbit d'actuació és fonamentalment l'Atenció Primària de Salut encara que en els últims anys i gràcies a l'ampli perfil competencial de l'especialitat, els metges de família desenvolupen igualment la seva tasca en Serveis d'Urgències, mútues laborals, sanitat penitenciària, com a tècnics de salut, llocs de gestió sanitària etc.

**L'Institut Català de Salut (ICS 2007):**

L'Institut Català de la Salut és el proveïdor públic de serveis sanitaris més gran de Catalunya, amb 8 hospitals que suposen el 30 % dels llits hospitalaris de Catalunya, més de 450 unitats de serveis d'atenció primària que suposen el 83% dels serveis d'atenció primària i més de 32.000 professionals. Està present en tot el territori català oferint serveis integrals, des de la prevenció i la promoció de la salut, fins al diagnòstic i tractament de les malalties més complexes. Els usuaris són la seva raó de ser. Com a organització sanitària pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya són un referent en la provisió de serveis de salut.

Els serveis centrals corporatius de l'ICS tenen com a missió fonamental donar suport al conjunt d'activitats i centres de l'organització. Així mateix, són la seu de la Direcció Gerència de l'ICS, des d'on s'impulsen i es lideren, de manera coordinada i participada, els objectius i les diferents línies estratègiques de l'organització.

L'any 1999, l'ICS va generalitzar per tots els equips d'atenció primària que gestionava un projecte de Direcció Per Objectius (DPO) que aglutinava diferents experiències que havien sorgit en el territori. El projecte marcava uns indicadors agrupats en els diferents eixos dels processos assistencials que s'ofereixen en

atenció primària. Les diferents direccions van pactar uns objectius assistencials per cada un dels equips d'atenció primària que havien d'aconseguir-se en el període 1998-2000. Es va realitzar una avaluació inicial, una altra de seguiment al finalitzar el primer any i finalment es va mesurar el resultat final.

L'esquema conceptual és simple, la direcció estableix quins són els reptes a aconseguir i dóna a les unitats perifèriques la decisió sobre la millor metodologia per aconseguir-los. Els equips no assumien plenament la responsabilitat de la gestió del pressupost, ja que en molts casos, les decisions sobre el personal o els consums restaven en mans de la Direcció de l'Atenció Primària del territori que cobria entre 5 i 10 equips. En el mateix període es van començar a introduir en alguns equips incentius econòmics als professionals per promoure el compliment d'indicadors de qualitat de la prescripció. La DPO suposava un important avenç sobre el mètode tradicional, al clarificar els aspectes que l'empresa considerava prioritaris, però seguia mantenint una visió autoritària i paternalista de la direcció sobre les unitats assistencials.

A finals de l'any 2000, coincidint amb un canvi en l'estructura directiva del Grup ICS, es comença a desenvolupar una política de direcció clínica per als seus hospitals i serveis d'atenció primària. Es perseguia a més a més de responsabilitzar a cada una de les unitats de la gestió del seu pressupost, promoure la millora continua dels seus principals processos assistencials i l'aplicació de les evidències científiques en la pràctica diària. L'objectiu és situar els processos clau, que són bàsicament els assistencials, en el centre de l'organització, afavorint que els sistemes d'informació i d'autoavaluació contribueixin a una millora continua de l'assistència. Pretén que les actuacions dels professionals d'atenció primària estiguin cada vegada menys influïts per la tradició o l'opinió dels experts i, en canvi, vinguin més marcades per les evidències científiques.

La Direcció Clínica (DC) aporta un marc organitzatiu que facilita iniciar un procés de modernització dintre de les organitzacions: serveis orientats al client, participació dels professionals, descentralització de les decisions, cerca de l'excel·lència i atenció compartida entre els diferents proveïdors.

El projecte de DC, que es va anar implementant al llarg de l'any 2001, es materialitza en un contracte que firma el director i l'adjunta d'infermeria de l'equip d'atenció primària, juntament amb el director del Servei d'atenció primària i la resta de l'estructura directiva. En aquest contracte els implicats assumeixen el compromís de gestionar un pressupost per aconseguir uns objectius i anomenar

uns responsables de procés i de direcció que elabora un pla de millora. Es passa d'un model jeràrquic on la direcció premiava amb incentius econòmics als que aconseguien els objectius marcats, a un esquema igualitari en el qual professionals i gestors es comprometen a treballar junts per millorar el servei. En definitiva, es pretén que el resultat econòmic no sigui un fi en si mateix, sinó que sorgeixi com una conseqüència que l'organització dóna una major atenció al lideratge professional, es preocupa de les persones que atén i de les que hi treballen, tinguin una major implicació amb la societat, busqui sinèrgies amb altres institucions i intenti millorar els processos. La DC suposa una estratègia d'avengç positivista per a una administració pública que cada dia ha de ser més competitiva.

La cultura de la qualitat, l'evidència i l'avaluació haurien d'estendre's a les noves propostes de gestió. Hauríem de constatar si els nous models de gestió es tradueixen en millores objectivables en la salut de la població; en més satisfacció dels professionals amb l'organització a la qual pertanyen; en millors nivells de satisfacció dels ciutadans amb els serveis, en una millor gestió dels recursos econòmics i, per últim en una millor coordinació entre nivells assistencials.

## **EL RESULTAT ASSISTENCIAL DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Un cop definit l'entorn en el que treballem, l'Atenció primària de salut, l'especialitat de medicina familiar i comunitària, el metge de família i l'Institut català de salut, i d'entendre que el principal objectiu és el de mantenir i millorar l'estat de salut, la satisfacció i la qualitat de vida dels nostres ciutadans, al menor cost possible, ens hem de plantejar simultàniament si les activitats que estem realitzant, realment van orientades i assoleixen aquests objectiu.

És obvi que hem de rendir comptes de la nostra activitat a la nostra societat, ja que la fita final de la nostra empresa, una sanitat pública, no lucrativa, és la rendibilitat davant la societat, i, per tant, és una rendibilitat social. El ciutadà, quan ve al nostre sistema desitja tornar a casa amb el seu problema resolt, o, el que és el mateix, que les seves expectatives coincideixin amb la nostra oferta; només en aquest moment ens percebrà com a rendibles. La rendibilitat operativament es tradueix en la resolució de problemes sanitaris amb equitat, perquè l'empresa és de tots, i amb eficiència, perquè així es maximitza el seu abast (Alonso, 2007) .

Per altra banda, el coneixement de l'impacte de les diferents intervencions sanitàries és una font d'informació molt valuosa en la presa de decisions respecte a

la selecció d'aquelles intervencions que contribueixen de manera positiva en la salut de la població, tenint en compte altres factors com els costos i la satisfacció. Per això ens plantejem la necessitat d'avaluar-nos, ja que a més de respondre de la nostra actuació davant la societat, cal que millorem en els resultats obtinguts mitjançant una gestió eficient i eficaç, i perquè actualment no tenim un mètode universal d'avaluació (Plaza Tesías, A et al, 2005).

Per entrar en aquest camp de l'avaluació, partirem del significat del terme "**producte assistencial de l'atenció primària de salut**", terme encara imprecís, poc definit i subjecte també a discussió (Planes et al, 1999).

Com ja hem esmentat anteriorment, utilitzarem el terme producte indistintament amb el de resultat assistencial, ja que en el món sanitari s'entén millor aquest segon terme, que el primer, més utilitzat en el món empresarial.

El debat sobre quin és el producte del resultat assistencial de l'atenció primària de salut es deu en part als diferents significats de la paraula "producte".

A partir de la definició del terme en el diccionari (Institut d'Estudis Catalans i Fundació Enciclopèdia Catalana. Diccionari de llengua catalana) i traslladant i adaptant el seu significat al context de l'atenció primària, es poden obtenir les diverses dimensions que conformen el producte de forma que, alguns elements de l'estructura, diversos processos produïts per l'atenció primària i tots els resultats o beneficis sobre els ciutadans, atribuïbles a l'activitat realitzada en l'atenció primària de salut, formarien part del seu producte. En quant el terme anteriorment esmentat, "dimensió que conformen el producte de l'APS", ens referim a aquells trets característics del resultat assistencial i que agrupen diferents atributs de l'APS i, tanmateix, es pot entendre dimensió, com a variable latent.

Feldstein (economista de la salut) proposa dos definicions de "producte". Segons la primera, els serveis sanitaris són el producte de mesures estructurals, organitzatives, culturals i de gestió dels serveis sanitaris. En aquesta definició es mira l'eficiència en la provisió dels serveis. En la segona, allò rellevant és la utilitat que els serveis ofereixen des del punt de vista del pacient, en el sentit d'augmentar el seu benestar. Aquí el producte considerat és la salut, i l'important dels sistemes sanitaris és la seva eficiència en la consecució de la salut (Feldstein, 1988).

Barbara Starfield (Starfield, 2001), a partir dels components del sistema sanitari proposats per Donabedian, defineix l'Atenció Primària com una part fonamental del sistema sanitari que té components estructurals que permeten oferir els serveis de salut, de procés o activitats que comporten la provisió i recepció dels serveis i de



resultats que es tradueixen en l'estat de salut de la població. Aquests components interactuen entre si i estan condicionats pel context social, polític, econòmic i físic i per les característiques culturals i conductuals. Segons aquesta autora, el producte de l'Atenció Primària seria l'assoliment de les seves característiques fonamentals: accessibilitat (primer contacte), longitudinalitat, continuïtat, integralitat i coordinació.

Està clar que la definició del producte de l'atenció primària de salut és un tema complex, atesa la diversitat de les seves dimensions i la dificultat per establir la separació entre la atenció primària i els altres nivells assistencials. No tenim una definició clara i universalment acceptada de quins haurien de ser els resultats finals de l'assistència donada en aquest àmbit, si bé aquesta definició és un pas essencial i imprescindible per la gestió i avaluació de l'atenció primària.

Tenint en compte les anteriors consideracions, veurem que actualment els serveis d'atenció primària s'estan gestionant i avaluant a partir d'un gran nombre d'**indicadors** que intenten mesurar de forma més o menys exhaustiva les diferents dimensions relacionades amb aquest producte del resultat assistencial de l'atenció primària de salut.

Generalment, aquests indicadors contempnen apartats tan amplis i heterogenis com: acreditació d'estructura, utilització de registres, informació quantitativa d'activitat assistencial, grau de registre i control de malalties cròniques, atenció a l'usuari, desenvolupament de programes i intervencions específiques (atenció domiciliària, salut bucodental, salut i escola,...), prescripció farmacèutica, coordinació entre nivells, formació continuada i investigació, però malgrat aquest gran nombre d'indicadors, cap d'ells contempla el resultat final o la qualitat del producte sanitari generat en els centres de salut (A Vila, 1996 i 2001; McColl 1998).

Per tant, actualment existeixen una gran varietat d'instruments d'avaluació que dificulten la comparació entre diferents organitzacions o amb altres tipus de serveis. S'acostumen a utilitzar indicadors que mesuren aspectes parcials de l'Atenció primària, com per exemple la longitudinalitat, l'accessibilitat o la relació metge-pacient. En molts casos, desconeixem en quina mesura aquests indicadors ens informen sobre el resultat final de l'atenció o únicament suposen una descripció de com s'ha produït el procés assistencial.

Com hem pogut observar, tenim clara la definició de l'Atenció primària de salut, però en canvi no queda gens clara la definició del producte o resultat assistencial de

l'atenció primària de salut, de les seves dimensions i molt menys els indicadors que ens serviran per mesurar-lo.

Així que el fet d'elaborar aquesta tesi respon a la necessitat de definir les dimensions del resultat assistencial de l'atenció primària de salut que incideixen directament sobre els seus resultats finals en les dimensions de satisfacció, salut i/o costos i copsar-los en uns indicadors globals que mesurin aquests resultats en equips en entorns diferents.

# HIPÒTESIS



## HIPÒTESIS

Els serveis d'atenció primària s'estan gestionant i avaluant a partir d'un gran nombre d'indicadors que intenten mesurar de forma més o menys exhaustiva el resultat assistencial de l'atenció primària de salut, sobretot el seu procés.

Dins d'aquesta perspectiva, les hipòtesis d'aquest treball són:

- els professionals implicats en la salut, tant sanitaris com no sanitaris, i els usuaris que utilitzen el sistema de salut són els que millor poden definir les dimensions del resultat assistencial ("producte") de l'Atenció primària de salut.
- els equips d'atenció primària de salut recullen informació rutinària que permet mesurar les dimensions del resultat assistencial ("producte") de l'Atenció primària de salut, determinades anteriorment.
- En base a aquest "indicador", les dimensions del resultat assistencial de l'APS, podrem classificar els equips d'atenció primària de salut segons els seus resultats.



# OBJECTIUS





## **OBJECTIUS**

Els objectius d'aquesta tesi són els següents:

### **OBJECTIU GENERAL:**

- Identificar, definir, confirmar les dimensions, variables latents, del resultat assistencial dels equips d'Atenció primària de Salut de Catalunya.

### **OBJECTIUS ESPECÍFICS:**

- Identificar a partir de la revisió de la bibliografia, els atributs de l'atenció primària de salut que incideixen directament sobre els seus resultats finals en les dimensions de satisfacció, salut, i/o costos.
- Definir les dimensions del resultat assistencial de l'Atenció primària de salut (APS) a partir de les opinions de professionals i usuaris, per establir indicadors d'avaluació.
- Confirmar quina és l'agrupació de les dimensions del resultat assistencial de l'Atenció primària de salut que defineixen millor el resultat dels equips d'atenció primària, utilitzant les fonts d'informació rutinàries en gestió sanitària.



# **METODOLOGIA**



## METODOLOGIA

Aquest treball s'ha dividit en tres fases:

- Fase de cerca bibliogràfica
- Fase qualitativa
- Fase quantitativa

En la **fase de cerca bibliogràfica** revisaré l'evidència disponible en la bibliografia internacional sobre la relació que existeix entre els diferents atributs de l'atenció primària de salut i el resultat final de l'atenció sanitària considerada en tres dimensions, ja que l'avaluació del resultat final de l'atenció sanitària ha de considerar tres dimensions: **l'impacte sobre la salut**, valorat amb indicadors com mortalitat o morbiditat i/o altres indicadors de salut percebuda; **la satisfacció** amb el servei, entesa com el grau en què han quedat satisfetes les expectatives de l'usuari que demana una atenció; i finalment la dimensió econòmica, entesa com **el cost** dels serveis prestats. Cal tenir en compte, però, que tot i que hi ha evidències que quan els sistemes sanitaris s'orienten a l'atenció primària, s'obtenen millors resultats de salut (Starfield, 1994), m'interessa conèixer quins d'aquests atributs de l'atenció primària de salut s'associen amb els resultats. La identificació d'aquests atributs pot ser de gran utilitat perquè posteriorment es puguin definir les dimensions de l'APS i, a partir d'aquestes, un conjunt d'indicadors que efectivament informin sobre els beneficis que aquest àmbit d'atenció aporta a la població.

En la **fase qualitativa** definiré el resultat assistencial de l'atenció primària salut a partir de la perspectiva dels diferents actors involucrats (usuaris i professionals: metges, infermeres, farmacòlegs, odontòlegs, ginecòlegs, pediatres, altres especialistes, gestors i administratius), ja que el resultat assistencial de l'APS és tant el contingut del servei que desitgen donar els professionals de l'atenció primària com el que esperen obtenir els usuaris. Fins fa només uns anys, les dimensions del resultat assistencial d'atenció primària de salut s'havien definit de forma unívoca, per part de les institucions. Coincidint amb el canvi de valors en el disseny de les polítiques públiques, es reconeix que la definició substantiva del resultat assistencial d'APS o "producte" i la seva acceptació, requereixen un consens entre els diferents actors implicats. S'ha passat de models eficientistes basats en plantejaments exclusivament tècnics, a altres que aporten una visió més holística i plural (Escudero, 1999; Mercado-Martínez 2000 i 2003) i, per tant, a la ineludible incorporació de professionals, gestors i per suposat ciutadans, en la

conceptualització del que anomenaré el resultat assistencial de l'APS o producte de l'Atenció primària.

Per poder dur a terme aquest objectiu, utilitzo la metodologia qualitativa ja que ens permet estudiar el fenomen salut, i més concretament el que s'entén per resultat assistencial de l'APS d'atenció primària, en el seu context, a partir de les expectatives que tenen tots els agents implicats, donant sentit o interpretant el significat que aquests li concedeixin.

I a partir d'aquesta definició i de les dades que obtingui de la bibliografia es tractaria, a posteriori, de definir les dimensions que tenen impacte en l'APS per, a partir d'aquestes, definir un conjunt d'indicadors d'avaluació basats en aquestes característiques que siguin mesurables i que efectivament informin sobre els beneficis que aporta a la població aquest àmbit d'atenció.

Cal mencionar en aquest apartat que aquesta fase qualitativa s'incorpora en aquesta tesi que té un enfocament quantitatiu, en base a un model de relació entre la investigació qualitativa i quantitativa que Popay (Popay, 2003) denomina d'intensificació o complementària. Aquest model assumeix que els mètodes qualitatius tenen una contribució pròpia i específica als quantitius, i poden "sumar-se" i construir en la mateixa direcció. La definició del producte de l'atenció primària obtinguda en aquesta fase enriqueix l'aportació de la revisió bibliogràfica sobre aquest tema i seran de gran utilitat per fixar indicadors d'avaluació.

En la **fase quantitativa** es tracta de confirmar quina és l'agrupació de les dimensions del resultat assistencial de l'atenció primària de salut que serveixen millor per definir el resultat d'aquesta atenció, utilitzant les fonts d'informació rutinàries en gestió sanitària (Lakhani, 2005). És a dir, en aquesta fase no es tracta d'inventar nous indicadors sinó d'utilitzar els indicadors que ofereixen els sistemes que tenim i que estan alineats amb les conclusions que hem tret de les dues primeres fases.

I aquestes tres fases es desenvoluparan per separat quant a metodologia i resultats ja que són molt específics de cada una d'elles i, en canvi la discussió i conclusions s'abordaran des d'un punt de vista global, tal i com s'ha fet amb la justificació.

## MÈTODE DE REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Es va realitzar una cerca bibliogràfica en la base de dades Medline i en la biblioteca Cochrane (The Cochrane Controlled Trial Register). Aquesta cerca es va completar amb la cerca manual a partir de las referències bibliogràfiques dels articles seleccionats.

Es van utilitzar com a paraules clau els descriptors o termes MeSH del Tesauro ("Primary health" o "family practice" o "family physician") i ("Outcome assessment" o "process assessment") i es van aplicar límits de cerca quant a excloure les cartes, els editorials i les guies de pràctica clínica i, en canvi no es va limitar l'any ni la llengua en què estaven escrits.

Es van incloure els estudis publicats fins el juny de l'any 2005, els que valoressin l'atenció primària i els que estaven realitzats amb metodologia qualitativa o quantitativa (observacionals i experimentals, revisions sistemàtiques i metanàlisis).

Els articles exclosos ho van ser en base als següents criteris:

- 1) articles sense una recerca basada en dades principals
- 2) articles que no avaluaven com a mínim un atribut de la medicina de família
- 3) articles on els indicadors d'avaluació no estiguessin relacionats amb la salut, la satisfacció i/o cost.

La selecció dels estudis i l'extracció de les dades es va realitzar per 3 investigadors del grup investigador de la beca FIS (MSC, EPR, JGB) i, tots els desacords van ser resolts mitjançant el diàleg i el consens final entre 6 investigadors del grup investigador de la beca FIS.

De cada un dels articles seleccionats es van recollir les següents variables: identificació de l'estudi, nombre i tipus de participants, metodologia (disseny de l'estudi, escena de l'estudi, participants, indicadors d'avaluació de servei i fonts de la informació) i els resultats més rellevants (vegeu Annex 1, full registre revisió bibliogràfica)

## MÈTODE FASE QUALITATIVA

Per tal de definir les dimensions del resultat assistencial de l'atenció primària de salut (APS) a partir de l'opinió de professionals i usuaris, es va realitzar una investigació qualitativa (Iñiguez, 1999).

L'objectiu d'aquesta investigació metodològica va ser la de compartir els significats del resultat assistencial de l'APS entre els diferents actors en aquest nivell d'atenció: metges de família, pediatres, infermeres, farmacòlegs, odontòlegs, ginecòlegs, altres metges especialistes, gestors, administratius i usuaris.

La informació dels professionals es va obtenir utilitzant el grup nominal (Peiró, 1994 i 2001; Pla, 2004). La informació dels usuaris es va generar utilitzant els grups focals (Prieto, 2002; García, 2000; Twohig, 2002; Kitzinger 1995; Delgado, 1994; Krueger, 1991), que van ser considerats més pertinents en aquest cas a causa de la variabilitat de perfils dels usuaris. Per generar la informació dels usuaris es va considerar més idoni utilitzar els grups focals.

Un grup focal és una entrevista o discussió de grup per conèixer i analitzar experiències i opinions en relació a determinats temes. S'anomena grup focal perquè se centra en persones que tenen aspectes comuns. L'explicació d'aquesta decisió s'ha de situar en les dificultats que els grup de recerca va anticipar sobre l'ús de la tècnica de grup nominal en els grups d'usuaris que suposava, com hem dit anteriorment, en el desplegament d'un llistat sobre el producte i la discussió i prioritització posterior. La variabilitat de perfils dels grups dels usuaris, i per tant les perspectives diferents respecte a l'ús dels serveis, ens va fer pensar en les dificultats d'aconseguir un consens d'acords. Un altre motiu va ser la manca de familiarització dels usuaris amb tècniques grupals, la qual cosa ens va fer considerar també que el nivell de resolució dels grups focals (contextos de conversa més informals) podrien ser més pertinents per aconseguir els nostres objectius.

La idoneïtat de l'ús d'aquestes dues tècniques (ambdues grupals) s'ha considerat a partir de experiències prèvies que ressalten la seva potencia en aquests tipus d'estudis. Delgado planteja que l'ús explícit de la interacció és fonamental per fer emergir experiències, sentiments i creences sobre temes complexos dels que es disposa d'escassa informació (Delgado, 2001). Altres autors assenyalen que a més l'intercanvi també fa que els mateixos individus descobreixin, descriguin i a la vegada analitzin aquestes experiències (Ruiz Olabuénaga, 1989).



L'ús i aplicació d'aquestes tècniques en l'àmbit de la salut es fa patent en el recull d'estudis que s'han anat desenvolupant en els últims anys. Aquests són diversos, però a la vegada tenen un interès comú que és apropar-se als punts de vista que tenen els individus i col·lectius per construir instruments més adaptats culturalment i socialment als contextos reals de l'atenció a la salut i a la malaltia.

Aquests estudis, per destacar-ne alguns més propers al subestudi qualitatiu que ens ocupa, van des de voler obtenir informació sobre les perspectives dels usuaris de serveis preventius de l'APS (Cogswell, 1993), conèixer les necessitats percebudes de les cuidadores de persones dependents (Ward, 1997), desenvolupar instruments de mesura adequats a poblacions amb problemes específics com la identificació dels criteris de qualitat utilitzats pels usuaris de l'AP (Haddad, 1998) o la construcció de qüestionaris sobre comportaments preventius (O'Brien, 1993).

Es va utilitzar un mostreig teòric considerant que els participants havien d'aportar la màxima varietat i riquesa de punts de vista sobre el resultat assistencial de l'APS (Miles, 1994).

L'esquema metodològic que vam seguir en aquesta investigació qualitativa el podríem dividir en les següents fases:

- Fase de disseny
  - Criteris per la selecció d'informants i composició dels grups
  - Formació dels grups
  - La pregunta
  - Convocatòria
- Fase de desenvolupament
- Pla d'acció
  - Presentació dels investigadors
  - Presentació del tema
  - Presentació de la tècnica: nominal / focal
  - Execució de la tècnica
  - Acomiadament
  - Gestió d'impressions
- Sistematització dels registres i codificació
- Marc d'anàlisi de les dades

## Fase de disseny

En la fase de disseny, els membres del grup investigador de la beca FIS esmentada anteriorment vam definir els objectius explícits i implícits a partir de documents "contextualitzadors" (Sans, 2006), vam definir els criteris de selecció dels participants, el nombre de grups i el nombre de persones per grup, vam elaborar la pregunta que els faríem i vam preparar la convocatòria, tenint en compte la forma de citació dels participants, el lloc, dia i horari més adequat pel desenvolupament dels grups i el material necessari pel mateix desenvolupament de la sessió.

A continuació ofereixo en més detall els punts abordats en aquesta fase:

### Criteris per a la selecció d'informants i composició dels grups

Els informants dels diferents grups van ser seleccionats per l'equip investigador de la beca FIS, seguint els criteris generals que s'adjunten en la següent taula:

**TAULA I:** criteris per a la selecció de participants

<b>Criteris per a la selecció dels participants</b>	
<b>Criteris per a la selecció dels professionals</b>	<b>Criteris per a la selecció dels usuaris</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambdós sexes</li> <li>- Diferent temps d'exercici professional</li> <li>- Diferent trajectòria professional: persones que sempre han ocupat el mateix lloc de treball i persones amb canvis en el lloc de treball.</li> <li>- Àmbit geogràfic de residència o de pràctica assistencial rural i urbana (municipis de més de 45.000 habitants).</li> <li>- Professionals amb pràctica assistencial en APS: metges, pediatres, infermeres, treballadors socials, professionals d'atenció a l'usuari, farmacòlegs clínics /farmacèutics, gestors, tècnics de salut i altres especialistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambdós sexes</li> <li>- Àmbit geogràfic de residència o de pràctica assistencial rural i urbana (municipis de més de 45.000 habitants)</li> <li>- Diferents edats</li> <li>- Ús de diferents serveis</li> <li>- Lloc de procedència (autòcton, immigrant)</li> <li>- Situació laboral: pensionista, treballador manual, etc.</li> <li>- Diferents nivells d'estudis</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pràctica assistencial en l'Institut Català de la Salut i en equips gestionats per altres entitats.</li> <li>- Professionals que treballen a l'APS amb o sense contracte de direcció clínica (direcció per objectius).</li> </ul>	
---	--

També es va comptar amb l'ajuda dels responsables dels diferents àmbits de gestió de l'Institut Català de la Salut, pel seu coneixement i contacte amb la població de l'estudi.

La principal variable de segmentació per la formació dels grups va ser en el cas dels professionals el perfil homogeni quant a activitat en APS. Es va considerar la participació de 2 persones de la resta de variables previstes. Per als usuaris, la principal variable de segmentació per la formació dels grups va ser el nivell d'estudis.

Es van realitzar 5 grups nominals:

- grup A: metges de família i pediatres;
- grup B: infermeres i treballadors socials;
- grup C: personal de la Unitat d'admissió i Atenció a l'usuari (UAAU);
- grup D: altres metges especialistes;
- grup F: gestors, farmacèutics i farmacòlegs i tècnics de salut).

I dos grups focals:

- Grup E1: Usuaris sense estudis o estudis primaris
- Grup E2: Usuaris estudis grau mitjà o universitat

Partint d'aquests criteris es proposa realitzar un mostreig teòric on s'adjudiquen a les persones escollides "diferents rols" (parlen des de diferents posicions), a partir de considerar aquelles qüestions que influeixen en definir el producte d'AP d'una determinada manera. Dins del mostreig també es proposa aconseguir una màxima variació a partir dels patrons definits i una màxima intensitat en la informació (riquesa):

**PERFELS GRUP A (METGES DE FAMÍLIA I PEDIATRES)****TAULA II:** perfils del grup A (metges de família i pediatres)

<b>Edat</b>	<b>Lloc</b>	<b>Especialitat</b>	<b>Trajectòria professional<sup>1</sup></b>	<b>Gestió</b>	<b>Temps exercici</b>
> de 40	rural	pediatre	canvi lloc	pública	+ 15 anys
> de 50	urbà	pediatre	canvi lloc	Privat o EBA	+ 20 anys
> de 30	urbà	MFIC	mateix lloc	públic	+ 5 anys
> de 50	urbà	MG	canvi lloc	públic	+20 anys
> de 40	urbà	MG	canvi lloc	Privat o EBA	+15 anys
> de 30	rural	MFIC	mateix lloc	públic	+ 5 anys

<sup>1</sup> La trajectòria professional tindrà en compte el "perspectivisme", és a dir, s'han escollit persones que només han ocupat un lloc de treball (mateix lloc) i persones que han tingut un recorregut professional variat (canvi lloc). Amb això volem incorporar diferents mentalitats a l'hora de definir el producte.

S'han de buscar 6 professionals dones i 6 professionals homes que tinguin els trets descrits en el quadre. Per facilitar la cerca no s'han tancat la resta de trets, així doncs entre aquestes persones també s'han de donar les següents característiques:

- que pertanyin a diferents províncies
- que les seves ABS tinguin diferents mides de contingent, és a dir, que tinguin diferent nombre de pacients assignats a un professional.
- en el cas de la ciutat, buscar persones l'ABS de les quals estigui en barris amb situació socioeconòmica diferent. Per exemple a Barcelona, es podria pensar en barris amb més problemàtica social com el Raval, Carmel, Nou Barris, etc, i d'altres amb una situació més "normalitzada" (St. Gervasi, Eixample, etc).
- que en la seva ABS s'apliqui la "Direcció Clínica" com a model de gestió, tinguin o no tinguin contracte firmat (millor que la direcció clínica no sigui recent).
- que entre aquestes persones n'hi hagi alguna que hagi ocupat càrrecs de responsabilitat
- afegir un/a MIR de família d'últim curs i també algun/a professional amb un interinatge.

**PERFILS GRUP B (INFERMERS/ERES I TREBALLADORS/ORES SOCIALS)****TAULA III:** perfil grup B, **Infermers/eres**

<b>Edat</b>	<b>Lloc</b>	<b>Especialit.</b>	<b>Traj. Prof.</b>	<b>Gestió</b>	<b>Temps exercici</b>
> de 40	rural	Hospital*	canvi lloc	Públic	+ 15 anys
> de 50	urbà	Hospital*	canvi lloc	Privat o EBA	+ 20 anys
> de 30	urbà	Primària	mateix lloc	Públic	+ 5 anys
> de 50	urbà	Primària	canvi lloc	Públic	+20 anys
> de 40	urbà	Primària	canvi lloc	Privat o EBA	+15 anys
> de 30	rural		mateix lloc	Públic	+ 5 anys
> 25	rural	Primària			
> 25	urbà	Primària			

\* entenen que són especialistes que visiten a pacients de la primària, però que estan ubicats a l'hospital, és a dir, no estan en despatxos de les ABS.

S'han de buscar 8/9 professionals que tinguin els trets descrits en el quadre. Per facilitar la cerca no s'han tancat la resta de trets, així doncs **entre aquestes persones** també s'han de donar les següents característiques:

- que pertanyin a diferents províncies
- que les seves ABS tinguin diferents mides de contingent, és a dir, que tinguin diferent nombre de pacients assignats a un professional.
- En el cas de la ciutat buscar persones l'ABS dels quals estigui en barris amb situació socioeconòmica diferent. Per exemple a Barcelona, es podria pensar en barris amb més problemàtica social com el Raval, Carmel, Nou barris, etc, i d'altres amb una situació més "normalitzada" (St. Gervasi, Eixample, etc).
- que en la seva ABS s'apliqui la "Direcció Clínica" com a model de gestió, tinguin o no tinguin contracte firmat (millor que la direcció clínica no sigui recent).
- que entre aquestes persones hi hagi alguna que hagi ocupat càrrecs de responsabilitat
- afegir un/a professional amb un interinatge

**TAULA IV:** perfil grup B, **Treballadors/ores socials**

Edat	Lloc	Traj. Prof. <sup>2</sup>	Gestió	Temps exercici
> de 40	rural	canvi lloc	públic	+ 15 anys
> de 50	urbà	canvi lloc	privada o EBA	+ 20 anys
> de 30	urbà	mateix lloc	públic	+ 5 anys
> de 50	urbà	canvi lloc	públic	+20 anys
> de 40	urbà	canvi lloc	privada o EBA	+15 anys
> de 30	rural	mateix lloc	públic	+ 5 anys

<sup>2</sup> En aquest cas la trajectòria professional vindrà donada pel fet d'haver ocupat altres llocs de treball abans d'estar a l'AP

S'han de buscar 6/7 professionals (suposo que la majoria són dones però val la pena buscar també homes) que tinguin els trets descrits en el quadre. Per facilitar la cerca no s'han tancat la resta de trets, així doncs **entre aquestes persones** també s'han de donar les següents característiques:

- que pertanyin a diferents províncies
- que les seves ABS tinguin diferents mides de contingent, és a dir, que tinguin diferent nombre de pacients assignats a un professional.
- En el cas de la ciutat buscar persones l'ABS dels quals estigui en barris amb situació socioeconòmica diferent. Per exemple a Barcelona, es podria pensar en barris amb més problemàtica social com el Raval, Carmel, Nou Barris, etc, i d'altres amb una situació més "normalitzada" (St. Gervasi, Eixample, etc).
- que en la seva ABS s'apliqui la "Direcció Clínica" com a model de gestió, tinguin o no tinguin contracte firmat (millor que la direcció clínica no sigui recent).

**PERFILS GRUP C (PERSONAL UAAU)****TAULA V:** perfil grup C; personal UAAU

<b>Edat</b>	<b>Lloc</b>	<b>Traj. Prof. 3</b>	<b>Gestió</b>	<b>Temps exercici</b>
> de 40	rural	canvi lloc	públic	+ 15 anys
> de 50	urbà	canvi lloc	privada o EBA	+ 20 anys
> de 30	urbà	mateix lloc	públic	+ 5 anys
> de 50	urbà	canvi lloc	públic	+20 anys
> de 40	urbà	canvi lloc	privada o EBA	+15 anys
> de 30	rural	mateix lloc	públic	+ 5 anys

<sup>3</sup> En aquest cas la trajectòria professional vindrà donada pel fet d'haver ocupat altres llocs de treball abans d'estar a l'AP.

S'han de buscar 6 professionals dones i "x" homes (desconec si hi ha homes ocupant aquest lloc de treball) que tinguin els trets descrits en el quadre. Per facilitar la cerca no s'han tancat la resta de trets, així doncs **entre aquestes persones** també s'han de donar les següents característiques:

- que pertanyin a diferents províncies
- que les seves ABS tinguin diferents mides de contingent, és a dir, que tinguin diferent nombre de pacients assignats a un professional.
- en el cas de la ciutat buscar persones l'ABS dels quals estigui en barris amb situació socioeconòmica diferent. Per exemple a Barcelona, es podria pensar en barris amb més problemàtica social com el Raval, Carmel, Nou barris, etc, i d'altres amb una situació més "normalitzada" (St. Gervasi, Eixample, etc).
- que en la seva ABS s'apliqui la "Direcció Clínica" com a model de gestió, tinguin o no tinguin contracte firmat (millor que la direcció clínica no sigui recent).
- s'han d'incloure persones amb estudis superiors
- s'han d'incloure suplents
- s'han d'incloure persones que desenvolupin la seva feina en CAP amb especialitats.

**PERFILS GRUP D (METGES ESPECIALISTES)**

S'han de buscar 6 professionals dones i 6 professionals homes que pertanyin a les diferents especialitats:

- Traumatologia
- Cardiologia, Digestiu, Pneumologia
- Oftalmologia, ORL i Dermatologia
- Ginecologia
- Odontologia
- Programa Sanitari d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
- Salut Mental
- PADES
- Personal de Centres Sociosanitaris

De l'1 al 5 un/a professional i del 6 al 9 buscar dos professionals de cada.

I que a més:

- Siguin de diferent sexe i edat (>40, >50)
- Pertanyin a diferents províncies
- Especialistes que passin consulta a l'hospital i que estiguin vinculats a la Primària (sessions clíniques conjuntes, seguiment dels casos, etc.)
- Especialistes que passin consulta a l'hospital sense vincles amb la Primària
- Especialistes que passin consulta a la ABS

(En el cas d'especialistes vinculats a la Primària – passen visita o fan sessions- buscar ABS que s'apliqui la "Direcció Clínica" com a model de gestió)

**PERFILS GRUP E (USUARIS)****Grup E1: Nivell estudis (sense estudis/estudis primaris)**

Característiques dels homes:

- Home > de 80 anys, pensionista, crònic, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris (viu amb algú de la seva família). En aquest cas potser millor que vingui la cuidadora.
- Home, > 65 anys, pensionista, crònic, viu nucli rural (lluny ABS).
- Home, > 50 anys, en atur, crònic (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.), viu nucli urbà.



- Home > 40 anys, treballador industrial (p. ex SEAT a L'Hospitalet) o també serveis. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. digestiu, trauma, pneumologia, etc.)
- Home > 40 anys, treballa com autònom. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (p. ex. Salut mental, digestiu, pneumologia, etc.)
- Home jove (18 i 30 anys), treball temporal, Consulta al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
- Home immigrant (regularitzat).

#### Característiques de les dones:

- Dona > de 80 anys, crònica, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris. En aquest cas potser millor que vingui la cuidadora.
- Dona > 65 anys, pensionista, crònica, viu nucli rural (Iluny ABS).
- Dona > 50 anys, crònica (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.), viu nucli urbà.
- Dona > 40 anys, treballadora industrial o serveis. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. digestiu, trauma, pneumologia, etc.)
- Dona > 30 anys, treball eventual (indústria, serveis). Consulta ginecologia, obstetrícia i pediatria.
- Dona jove (18 i 30 anys), treball temporal o estudiant. Consulta al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.
- Dona immigrant (regularitzada).

#### **Grup E2: Nivell estudis (estudis mitjans/universitaris)**

#### Característiques dels homes:

- Home > de 80 anys, pensionista, crònic, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris (viu amb algú de la seva família). En aquest cas potser millor que vingui la cuidadora.
- Home > 65 anys, pensionista, crònic, viu nucli rural (Iluny ABS).
- Home > 50 anys, en atur, crònic (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.), viu nucli urbà.

- Home > 40 anys, treballador industrial, administració, professions diverses, i també serveis. Diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. Digestiu, trauma, pneumologia, etc.)
- Home > 40 anys, treballa com a autònom. Diferents consultes per problemes aguts o crònics (p. ex. salut mental, digestiu, pneumologia, etc.)
- Home jove (18 i 30 anys), estudiant i/o treball eventual. Consulta per diferents problemes aguts (constipats, trauma, etc.) i també al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.
- Home jove (immigrant regularitzat).

#### Característiques de les dones:

- Dona > de 80 anys, crònica, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris. En aquest cas potser millor que vingui la cuidadora.
- Dona > 65 anys, pensionista, crònica, viu nucli rural (lluny ABS).
- Dona > 50 anys, crònica (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.), viu nucli urbà.
- Dona > 40 anys, treballa empreses serveis, administració, professions d'ajuda, etc. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. digestiu, trauma, pneumologia, etc.)
- Dona > 30 anys, estudiant i/o treball eventual (indústria, serveis). Consulta ginecologia, obstetrícia i pediatria.
- Dona jove (18 i 30 anys), treball temporal o estudiant. Consulta al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.
- Dona immigrant (regularitzada).

#### **GRUP F (gestors i farmacòlegs/farmacèutics)**

- Escollir homes/dones
- Edats diferents
- Diferents trajectòries professionals (en el cas dels gestors amb experiència amb diferents àmbits públic/privat) i també que hagin exercit en l'àmbit de les diferents províncies.
- Podria ser interessant que les persones que vinguin "assumeixin" diferents "models teòrics" de reforma del sistema sanitari: model biomèdic, gerencial, de "mercat" (mercat no regulat i de competència planificada) i

“model comprensiu” (segurament la perspectiva també influeix a l'hora de definir el producte)

### **Formació del grup:**

A partir del mostreig teòric es formen els grups. Aquests estan integrats per 10-12 participants, un moderadora/or, un secretari/a per donar suport a la conducció del grup, per ex. enregistrament de la discussió, anotació dels components dels productes, actuar d'observador no participatiu en l'entrevista,...) i un observador.

Aquests grups de discussió han de complir els criteris de territorialitat, donant més pes a la província de Barcelona perquè és on s'ubica la major part de la població, d'especialitat, d'edat i del sexe.

Se seleccionen informadors clau a cada una de les províncies amb la finalitat de proporcionar els membres dels grups de discussió seguint els perfils indicats (vegeu annex 2) i per criteris estrictament metodològics, se'ls demana que la informació a donar a les persones que se'ls demani la seva col·laboració estigui orientada en aquest sentit:

- “S'està realitzant una recerca (amb una primera part qualitativa) sobre el producte de la Atenció Primària des del punt de vista dels diferents actors socials (professionals, usuaris, gestors, etc)”.
- “L'equip investigador ens ha demanat que en les diferents SAPS se cerqués a persones que acomplissin uns determinats criteris (no personalitzar l'elecció)”.
- “Et volem demanar la teva col·laboració per participar doncs en un grup de discussió perquè expressis la teva opinió sobre el producte de l'AP i els seus components”.
- “També hi hauran altres professionals d'altres CAP d'arreu de Catalunya que hi participaran (7 grups de 12 persones)”.
- Preguntar per la seva disponibilitat/voluntarietat (s'ho pot pensar 1 o dos dies i donar una resposta).
- Donar facilitats per participar-hi. Se'ls facilitarà el desplaçament a Barcelona
- Caldrà avisar que l'equip investigador es posarà en contacte directament amb ell/ella a través de trucada telefònica i posteriorment via correu electrònic, per confirmar la seva participació i data de la convocatòria, que serà durant la segona quinzena de juny i primera de juliol de 2004.

- Un cop finalitzats els grups i analitzada la informació, es farà arribar a tots els col·laboradors els resultats.

Se'ls indica la informació que poden donar perquè s'espera que els participants siguin espontanis amb l'expressió de les seves opinions i no es preparin el discurs. Han de parlar de la seva pràctica i han d'emergir els tòpics que la conformen de la forma més natural possible. Cal que siguin professionals sanitaris que exerceixin la seva activitat en l'àmbit d'atenció primària, participatius, crítics i amb capacitat d'anàlisi.

Finalment els grups queden configurats de la següent manera:

**TAULA VI:** configuració del grups nominals i focals

<b>Disseny dels grups nominals i els grups focals</b>	
<b>Grup A</b> Medicina de família i pediatria	Total de participants 10. Tots treballen per l'Institut Català de la Salut 2 pediatres homes que treballen a la ciutat; <40 i >40 anys 5 metgesses de família: 4 treballen a la ciutat i 1 en el medi rural, edats <40 i >40 anys 3 metges de família: 1 treballa a la ciutat i 2 en el medi rural, edats <40 i >40 anys
<b>Grup B</b> Infermeria i treballador social	Total de participants 11. Deu treballen per l'Institut Català de la Salut i 1 en una altra entitat. 4 infermeres que treballen a la ciutat, edats <40 i >40 anys 5 infermers: 3 treballen a la ciutat i 2 en medi rural, edats <40 i >40 anys. 2 treballadores socials: 1 home i 1 dona
<b>Grup C</b> Professionals de la UAAU	Total de participants 11. Deu treballen per l'Institut Català de la Salut i 1 en una altra entitat. 6 administratives: 4 treballen a la ciutat i 2 en medi rural, edats <40 i >40 anys. 5 administratius: 2 treballen a la ciutat i 3 en medi rural, edats <40 i >40 anys.
<b>Grup D</b> Metges d'altres	Total de participants 10: 1 dermatòleg, 1 cardiòleg, 1 pneumòleg, 1 especialista en salut mental, 2 ginecòlogues, 1 geriatra del

especialitats	Programa d'atenció Domiciliària d'equips de Suport i 3 especialistes d'especialitat no confirmada.
<b>Grup E1</b> Usuaris sense estudis o estudis primaris	Total de participants 6: 2 cuidadores de pacients crònics en atenció domiciliària, 2 immigrants procedents d'Amèrica Llatina (home i dona), 1 dona jove que consulta a ginecologia, 1 home de més de 40 anys que consulta per problemes crònics.
<b>Grup E2</b> Usuaris estudis grau mitjà o universitari	Total de participants 7: 1 estudiant jove que consulta a ginecologia, 1 dona de més de 30 anys que consulta a ginecologia, 1 home estudiant jove, 2 immigrants joves regularitzats (home i dona), un home de més de 50 anys a l'atur que consulta per problemes crònics, 1 cuidadora d'una dona de 80 anys en atenció domiciliària.
<b>Grup F</b> Gestors, farmacèutics farmacòlegs i tècnics de salut	Total de participants 10: 1 director d'equip que treballa en altres entitats, 5 directors de Serveis d'APS (4 homes i 1 dona), 1 gerent d'àmbit, 1 farmacòloga, un responsable del Sistema d'informació i Comunicació i 1 director d'APS que treballa en altres entitats.

### La pregunta

És possible que la pregunta es pogués fer tal com es proposa en l'objectiu però alguns grups no ho entendrien (usuaris), així doncs es proposa fer una pregunta senzilla, àmplia i clara a la manera de:

- Què penseu que s'hauria de fer des de l'AP? (és sinònim de produir)
- Quines activitats s'haurien de fer des de l'AP? (serà difícil enfocar les qüestions de procés)
- Quins serveis i activitats s'haurien de dur a terme des de l'AP? (el mateix que l'anterior)
- Què creieu que ha de fer l'AP? (el verb és prescriptiu)
- Què ha d'oferir l'AP? (el verb connota voluntarietat)

Cal tenir en compte que estem parlant de sanitat pública, per tant, d'alguna manera en la pregunta s'ha de reflectir i que després d'uns segons d'haver realitzat la pregunta als professionals i usuaris, han de respondre i parlar de les "dimensions de l'APS".

Així, finalment la pregunta escollida per fer als participants dels diferents grups va ser: respecte els serveis que hauria d'oferir l'APS, quins són els aspectes que s'haurien de valorar?

### La convocatòria

Se cita als professionals i usuaris que han acceptat participar en els diferents grups a l'Institut d'Estudis de la Salut de Barcelona durant els mesos de juny i juliol de 2003. Se'ls indica que la durada aproximada de la sessió serà de quatre hores en el cas dels grups nominals i de dues hores en els focals.

### Fase de desenvolupament

En la fase de desenvolupament, els membres del grup investigador de la beca FIS esmentada anteriorment que participen en aquesta fase, estableixen i consensuen la dinàmica de treball, tal i com es descriu en la següent taula:

**TAULA VII:** Fases de desenvolupament de la sessió

Etapes	Descripció
Presentació de la dinàmica general del taller	Enquadrament i explicació del taller.
Formulació de la/es pregunta/es	Realitzar els aclariments que facilitin la comprensió de la pregunta/es però sense influir ni exemplificar.
Generació silenciosa d'idees	Cada persona respon individualment a la pregunta i escriu en un paper les respostes.
Ronda de respostes	Anotació de les respostes pel moderador/a en una pissarra o papelògraf amb "codis vius" (el mateix llenguatge que han utilitzat els participants (el/la moderador/a propiciarà que els/las participants/es defineixin de forma clara el seu enunciat.
Discussió	Aclariment i definició de les idees (60m-90m), intentant desplegar aquelles que són més abstractes i d'aquesta manera realitzar l'anivellament semàntic. Si algú no entén algun enunciat es discutirà el "sentit", fins que aquest quedi clar (el/la moderador/a no realitzarà sobreinterpretacions).
Votació i prioritització	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'escollirà una modalitat de prioritització i es definiran</li> </ul>

	<p>prèviament els patrons inconsistents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es definirà el consens</li> <li>• Es realitzarà la votació/priorització dels enunciat.</li> </ul>
Discussió de la votació	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Els participants podran realitzar clarificacions sobre la votació</li> <li>• S'identificaran patrons inconsistents</li> <li>• El/la moderador/a tindrà en compte i neutralitzarà les dinàmiques grupals que puguin influir en els resultats.</li> </ul>
Votació final	Aquesta etapa pot ser opcional
Discussió final	Aquesta etapa també pot ser opcional. Es poden incorporar a l'informe aquelles qüestions que no hi ha acord.

### **Pla d'acció:**

A l'inici de la sessió es van explicar els objectius i la dinàmica, i es va sol·licitar consentiment escrit per al seu enregistrament. Els informants no van rebre cap incentiu, encara que es van compensar els costos del desplaçament.

A continuació es detalla aquesta fase, tenint en compte les consideracions que ha de tenir en compte el moderador i que van ser indicades pels membres del grup investigador de la beca FIS al definir el pla d'acció.

La presentació de la dinàmica general del taller (15 minuts).

### **La presentació dels investigadors/es:**

Fer referència a la convocatòria (trucada telefònica i correu electrònic). Es tracta d'ajustar les expectatives, ja que expressament s'ha donat poca informació sobre l'objectiu de la reunió. Es presenta el moderador/a i el/la secretari/a (relator/a) explicant el paper d'ambdós.

**La presentació del tema:**

... "Estem participant en un estudi sobre "la percepció que teniu del paper que ha de tenir l'Atenció Primària en el Sistema Sanitari, i per tractar aquest tema hem pensat de reunir-vos i preguntar-vos la vostra opinió, utilitzant una tècnica grupal".

**La presentació de la tècnica de grup nominal**

.... "Teniu aproximadament 4h per exposar el que penseu i per consensuar i fer propostes concretes sobre el tema (no allargar-ho més perquè el temps disponible és el que marca la durada del discurs). Com ho farem?"

**Formulació de pregunta/es (5 minuts):**

En el cas que tinguem més d'una pregunta millor proposar-les d'una a una (i anunciar que se'n farà més d'una).

... "En primer lloc us formularé una pregunta i vosaltres haureu de respondre en silenci en aquest full que us donem (emfatitzar que es tracta de reflexionar individualment. Finalment us quedarà un llistat (de vegades només serà necessària una paraula i d'altres una frase). No cal que us hi capfiqueu ja que el que no pensi una persona ho pensarà l'altra"

**Generació silenciosa d'idees (5 minuts)**

La durada d'aquesta etapa és flexible. El moderador/a estarà atent a observar l'actitud dels participants que mostraran que ja han acabat (no escriuen més, aixequen la vista, etc.).

**Ronda de respostes (15 minuts)**

Aquesta fase ha de ser molt dinàmica i amb molt bona conducció per part del moderador/a, evitant per sobre de tot que els participants discuteixin. Es tracta d'aconseguir que els enunciats estiguin clarament expressats, siguin el més concrets possible i a la vegada tinguin el "sentit" que els propis participants li vulguin donar.



El moderador/a anirà anotant a la pissarra o papelògraf el que van dient els participants mentre que els/les secretaris/es (relators/es) aniran escrivint les respostes en un paper apart.

... "En segon lloc, d'un amb un, i per exemple de dreta a esquerra anireu dient el que teniu escrit (només una de les respostes de les que teniu en el paper). Quan s'acabi la ronda en farem una altra, fins que s'acabin totes les respostes (cada persona simultàniament anirà esborrant aquella resposta que ella ha apuntat i coincideix en la que diu una altra).

### **Discussió (60 minuts)**

Aquest punt és el més delicat. Es tracta de conduir una bona discussió i realitzar una bona organització de la informació. És important tenir experiència en dinàmica de grups. Una de les qüestions més importants en l'organització de la informació és decidir el nivell de sistematització (agregació-desagregació) d'aquesta. En algunes ocasions s'invita als mateixos participants que agrupin per categories que tinguin un mateix sentit (escollint ells/es els eixos semàntics d'interpretació) i en d'altres ocasions els eixos semàntics estan decidits prèviament. En el cas d'aquesta recerca s'ha de valorar quina de les dues opcions escollim: si deixem que els participants agrupin o fem servir les categories a l'ús en la bibliografia.

... "Una vegada tenim la llista única, s'han de polir alguns aspectes (que el moderador/a anirà apuntant a la pissarra). Com? Agrupant les respostes que tinguin el mateix significat i això vol dir que de cada resposta s'haurà d'anar clarificant el sentit i veure si es poden ajuntar. Al final tindrem...ara si!!!! Una llista depurada i única que tothom comprendrà (consens comunicatiu)".

### **Votació (15 minuts)**

Es lliuraran targetes a cada participant (tantes com enunciats tinguem) i ells/es anotaran cada un dels enunciats. A continuació se sol·licitarà que s'ordenin en un determinat ordre de prelación (s'ha d'escollir el criteri de prioritització).

Cal tenir en compte que els enunciats han de tenir el mateix nivell d'abstracció i a més també s'ha de tenir en compte que poden pertànyer a dimensions no comparables).

... "Ara anem a prioritzar...Com ho farem? Mentre descansem i prenem un cafè (aigua, suc, etc.) us prepararem unes targetes que anirem emplenant amb les respostes del llistat de la pissarra (una resposta per targeta). Finalment, les ordenarem segons el criteri que us plantejo".

### **Acomiadament (15 minuts)**

És molt important que els participants tinguin la seguretat que es retornarà la informació generada. També s'emfatitzarà que l'ús de la informació serà confidencial i s'anonimitzaran els informes.

L'equip investigador ha de poder anticipar qualsevol pregunta que puguin realitzar els participants perquè aquests puguin resoldre qualsevol dubte respecte al seu paper en l'estudi.

### **Gestió d'impressions (45 minuts)**

L'equip investigador es reunirà al finalitzar la sessió per realitzar una gestió d'impressions respecte als diferents aspectes del taller: expectatives dels participants, qualitat de les respostes, paper del moderador/a, nivell de participació, etc. Es tracta de fer una avaluació del treball de camp que s'haurà d'incorporar i/o tenir en compte en l'anàlisi de la informació així com per a posteriors estudis.

### **La sistematització dels registres i la codificació**

Les dades s'han d'entendre com una construcció narrativa i no com a fets que reflecteixen la realitat (Denzin, 1992), ja que els diferents participants interpreten en aquest cas quines són les dimensions del resultat de l'APS a partir de les seves experiències.

El procediment utilitzat per elaborar els registres ha estat diferent en el cas dels professionals i els usuaris, ja que partíem de la tècnica utilitzada en la recollida d'informació. En el cas dels professionals, on es van utilitzar grups nominals, els registres van ser d'una banda els llistats que ells mateixos van elaborar, incorporant en els diferents enunciats proposats les seves argumentacions enregistrades i transcrites posteriorment.

Amb els grups focals dels usuaris es van enregistrar les sessions i es van transcriure posteriorment per ser analitzades. Els registres es van anonimitzar i es va codificar cada participant amb un codi identificador. També es va tenir cura en la transcripció de no utilitzar llocs ni noms de persones que es poguessin identificar.

### **El marc d'anàlisi de les dades**

Amb la informació resultant es va realitzar una anàlisi de contingut categorial temàtic (Miles, 1994; Amezcua, 2002). Les dades textuais es van dividir en unitats, posteriorment agrupades en categories, seguint el criteri d'analogia (similituds entre les diferents unitats). Durant aquesta etapa es va tenir en compte el context d'interpretació de l'equip investigador en el sentit social i del text.

*Etapa de preanàlisi:* en la qual es va organitzar el material i es van dissenyar els eixos analítics que van permetre examinar les dades i realitzar efectivament l'anàlisi. Aquest es va caracteritzar per la definició operativa i sistematitzada de les dimensions que es pretenien estudiar i organitzar com a dimensions del resultat assistencial de l'APS. La seqüencialització de l'anàlisi es va fer a partir de lectures successives de la informació generada en els grups per tal d'establir els criteris operatius de l'anàlisi en funció dels objectius.

*Etapa de codificació:* es van transformar les "dades brutes" (material original) en "dades útils" (resultat de l'anàlisi en funció dels objectius preestablerts) a partir de la fragmentació del text i l'establiment d'unitats amb significació semàntica.

*Etapa de categorització:* En la qual es van organitzar les unitats atenent als criteris de diferenciació establerts, per obtenir una visió condensada de les dades i així treballar-hi posteriorment. Es va depurar la informació tenint en compte la congruència de les categories, l'anivellament semàntic (principi d'equivalència), la fiabilitat (verificació de l'adequació de les categories als objectius de la investigació) i la capacitat de proporcionar una nova visió de les dades.

## MÈTODE FASE QUANTITATIVA

Disseny transversal que analitza els resultats de l'atenció primària de salut dels 266 equips d'atenció primària (EAP) que l'any 2003 integraven l'Institut Català de la Salut (ICS), el servei de salut català. Aquesta organització cobria els serveis d'atenció primària del 77% de la població de Catalunya (Espanya). L'altre 23% de la població estava cobert per altres proveïdors d'atenció sanitària.

### ***Variables de l'estudi***

Les variables estudiades s'han obtingut a partir de les següents bases de dades rutinàries que gestionava l'ICS a l'any 2003:

- la base de dades estructural dels equips (EAP),
- l'enquesta de satisfacció de l'usuari (SU),
- l'enquesta de qualitat de vida professional (QVP) i
- la base de dades de prescripció farmacèutica (CF).

La **base de dades estructural dels equips (EAP)** recull les característiques de l'equip sobre el seu entorn geogràfic, la seva plantilla professional, el volum de la població assignada i els indicadors de la seva freqüentació, tal i com podem veure a la següent taula:

### **TAULA VIII:** base de dades estructural dels equips d'atenció primària de salut

#### **Variables identificadores dels equips d'atenció primària:**

- Codi/nom àmbit
- Codi/nom SAP
- Codi EAP de l'SCS
- Codi EAP de l'ICS
- Nom EAP
- Entitat proveïdora (ICS, no ICS)
- Reformat versus no reformat
- Anys des de la reforma
- EAP amb direcció clínica (DC) i/o Direcció per objectius (DPO)

#### **Característiques pròpies dels EAP:**

- Ruralitat/Urbanitat (> 10.000 hab.: Urbà, > 10.000 hab. Amb > 3 pobles:rural)

- Plantilla: metges de família, pediatres, odontòlegs, infermeres, auxiliars de clínica, administratius, assistents socials i zeladors)
- Població adscrita total i per grups d'edat (cens)
- Població atesa total i per grups d'edat
- Variables de tipificació: % població > 65 anys, desplaçaments, docència, atenció continuada, socioeconòmic, % població immigrant.

### **Llistat de variables aportades pels EAP, segons blocs definits:**

#### **1) Variables clíniques:**

- a. Atenció domiciliària: persones > 75 anys incloses en ATDOM/ persones >75 anys de la població atesa
- b. Pèrdua de la integritat cutània: persones amb diagnòstic d'infermeria Pèrdua de la integritat cutània en el domicili/ persones amb diagnòstic d'infermeria
- c. Cribratge tensió arterial (TA): adults amb TA mesurada / població atesa
- d. Control adequat de la hipertensió arterial (HTA): pacients hipertensos amb control adequat de la TA en el darrer any/ pacients diagnosticats d'HTA
- e. Control de diabetis mellitus (DM): pacients amb DM tipus 2 amb HbA1C acceptable en el darrer any / pacients amb DM tipus 2
- f. Control de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC): pacients amb MPOC als quals se'ls ha realitzat una espirometria en el darrer any / pacients amb MPOC
- g. Control asma infantil: asmàtics entre 5-14 anys amb *peak-flow* en el darrer any/ asmàtics entre 5-14 anys atesos
- h. Vacunes:
  - i. Vacunació infantil: població adscrita fins als 15 anys correctament vacunada segons el calendari vigent/ població adscrita fins als 15 anys
  - ii. Vacuna tètanus: població adscrita > 14 anys correctament vacunada del tètanus / població adscrita > 14 anys
  - iii. Vacuna antigripal: població adscrita > 64 anys amb vacunació correcta antigripal en la darrera campanya finalitzada / població adscrita > 64 anys

**2) Variables de farmàcia:** vegeu apartat informació de la prescripció (CF)

**3) Variables d'atenció a l'usuari**

- a. Nombre de queixes
- b. Nombre de queixes amb resposta abans de 15 dies
- c. Atenció telefònica durant tot l'horari del centre
- d. % de respostes a la 1a trucada telefònica
- e. % de trucades amb to correcte

**4) Variables de recerca**

- a. Nombre d'estudis de recerca avalats per la Fundació Gol i Gurina
- b. Nombre de persones de l'EAP que han rebut formació

**5) Variables de l'estat de salut**

- a. Raó de mortalitat comparativa (SMR)
- b. Raó d'anys potencials de vida perduts (RAPVP)

**6) Variables de satisfacció:** vegeu apartat enquesta SU

**L'enquesta de satisfacció (SU).** El servei d'atenció primària de salut va dissenyar aquest qüestionari per mesurar la satisfacció dels seus usuaris. Els aspectes que inclou són: l'organització de l'equip, rendiment dels metges, dels professionals d'infermeria, del personal d'atenció a l'usuari, l'atenció rebuda, mesura en què el problema de salut s'ha resolt i l'estat de les instal·lacions dels centres d'atenció primària de salut.

Aquest qüestionari és voluntari i autocontestat. Cada pregunta de cada bloc està mesurada en una escala del 0 (molt insatisfet) al 10 (molt satisfet).

Aquests qüestionaris es reparteixen a cada equip bianualment i l'elecció de la mostra es realitza per quotes, de forma que es reparteixen un total de 200 qüestionaris per cada equip d'atenció primària, dels quals 50 s'entreguen en l'àrea de pediatria, 100 a la població entre 15 i 64 anys repartits en un 50% per les dones i l'altre 50% pels homes, els 50 qüestionaris restants es reparteixen a la població major de 64 anys (25 per dones i 25 per homes).

El qüestionari va ser validat en la població catalana (Cabezas, 2002), amb una mostra de 1.780 persones, amb una edat mitjana de 46,4 anys (desviació estàndard-DS 15,5), el 64,2% eren dones, que van ser ateses per 9 equips d'APS de centres urbans durant una setmana l'any 2000.

La fiabilitat del qüestionari va ser validada mitjançant el coeficient alfa de Cronbach, el qual va demostrar una major coherència entre els cinc factors: l'organització de l'equip = 0,87; rendiment dels metges, dels professionals d'infermeria, del personal d'atenció a l'usuari = 0,92; l'atenció rebuda = 0,96; mesura en què el problema de salut s'ha resolt = 0,96; i l'estat de les instal·lacions dels centres d'atenció primària de salut = 0,77 (és a dir, bona o excel·lent en totes les situacions).

En la següent taula, s'adjunta l'esmentat qüestionari.

**TAULA IX:** Enquesta de satisfacció a la població catalana.

**IDENTIFICACIÓ:**

Pacient: \_\_\_\_\_

NHCAP: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Data realització: \_\_\_\_\_

L'opinió dels usuaris és molt important per a nosaltres. És per això que li demanem la seva col·laboració emplenant aquesta enquesta.

Si té algun dubte o necessita alguna explicació, els professionals sanitaris del centre d'AP estan a la seva disposició.

A continuació marqui amb una creu el seu nivell de satisfacció, per a cada pregunta, dintre d'una escala de valor del 0 al 10. Correspon al valor 0 com a gens satisfet i un 10 com a molt satisfet

P. ex: en cas d'estar bastant satisfet amb el tracte rebut es podria marcar el número 7

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							XXX			

**QUIN ÉS EL SEU NIVELL DE SATISFACCIÓ EN RELACIÓ A...?**

1. L'assistència sanitària que rep de la infermera gestora de casos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Les explicacions i informacions que rep de la infermera gestora de casos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. El tracte personal que rep de la infermera gestora de casos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Els horaris de visita que li ofereix la gestora de casos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. L'atenció telefònica rebuda per la gestora de casos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Amb la coordinació de la gestora de casos amb els especialistes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. L'atenció que rep si acudeix a la gestora de casos amb un problema urgent?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. L'assistència sanitària que rep del seu metge/ssa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Les explicacions i informacions que rep del seu metge/ssa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. El tracte personal que rep del seu metge/ssa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. L'assistència sanitària que rep del seu infermer/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Les explicacions i informacions que rep del seu infermer/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



14. El tracte personal que rep del seu infermer/a?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Com s'atenen les seves demandes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Com es resolen els seus problemes?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

17. Té la sensació d'estar en bones mans?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

18. Com es respecte la seva intimitat?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. Recomanaria als seus amics aquest servei?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Què és el que més li agrada de la nostra organització?

21. Què és el que menys li agrada de la nostra organització?

22. Vol fer algun comentari o suggeriment?

**L'enquesta de qualitat de vida professional (QVP)** conté 35 ítems, a partir dels quals es pot definir un perfil compost per 4 apartats bàsics:

- demandes del lloc de treball,
- recolzament directiu,
- motivació intrínseca i
- qualitat de vida professional global (Cabezas, 2000).

Cada ítem del qüestionari està mesurat en una escala de l'1 (molt insatisfet) al 10 (molt satisfet). Aquest qüestionari s'entrega anualment a tots els professionals de

cada equip durant el mes de novembre. L'índex de resposta d'aquest qüestionari l'any 2003 va ser del 66,68%.

El qüestionari va ser validat en una mostra de professionals (sanitaris i no sanitaris) que estaven contractats al març del 1995 en 8 de les 9 direccions d'atenció primària de les subdivisions de Costa de Ponent-Tarragona-Tortosa de l'ICS. De 4.506 professionals, 2.926 van respondre (64,8%). La fiabilitat del qüestionari va ser validada mitjançant el coeficient alfa de Cronbach, el qual va demostrar una bona consistència per tres dels apartats definits: demandes del lloc de treball = 0,81; recolzament directiu = 0,86; motivació intrínseca = 0,75. Finalment, l'estabilitat del qüestionari va ser avaluada utilitzant el sistema de test-retest, administrant-lo a tota l'àrea de salut de Barcelona amb un interval de 15 dies entre les dues administracions.

En la següent taula, s'adjunta l'esmentat qüestionari

**TAULA X:** Qüestionari de qualitat de vida professional (qvp-35)

Emmarqueu amb un cercle la vostra resposta. Gràcies.  
 Enmarque con un círculo su respuesta . Gracias.

Per exemple, si creu que la seva càrrega de responsabilitat és bastant alta  
 Por ejemplo, si cree que su carga de responsabilidad es bastante alta

CÀRREGA DE RESPONSABILITAT: 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10  
 GENS UNA MICA BASTANT MOLT

CARGA DE RESPONSABILIDAD: 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10  
 NADA ALGO BASTANTE MUCHO

1. QUANTITAT DE FEINA QUE TINC  
 CANTIDAD DE TRABAJO QUE TENGO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. SATISFACCIÓ AMB EL TIPUS DE FEINA  
 SATISFACCIÓN CON EL TIPO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. SATISFACCIÓ AMB EL SOU  
 SATISFACCIÓN CON EL SUELDO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**4. POSSIBILITAT DE PROMOCIÓ**

POSIBILIDAD DE PROMOCIÓN \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**5. REONEIXEMENT DEL MEU ESFORÇ**

RECONOCIMIENTO DE MI ESFUERZO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**6. PRESSIÓ QUE REBO PER REALITZAR LA QUANTITAT DE FEINA**

PRESIÓN QUE RECIBO PARA REALIZAR LA CANTIDAD DE TRABAJO  
 \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**7. PRESSIÓ REBUDA PER MANTENIR LA QUALITAT DE LA MEVA FEINA**

PRESIÓN QUE RECIBIDA PARA MANTENER LA CALIDAD DE MI TRABAJO  
 \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**8. PRESSES I OFECS PER MANCA DE TEMPS PER FER LA MEVA FEINA**

PRISAS Y AGOBIOS POR FALTA DE TIEMPO PARA HACER MI TRABAJO  
 \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**9. MOTIVACIÓ (GANES D'ESFORÇAR-ME )**

MOTIVACIÓN ( GANAS DE ESFORZARME ) \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**10. SUPORT DELS MEUS CAPS IMMEDIATS**

APOYO DE MIS JEFES INMEDIATOS \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**11. SUPORT DELS COMPANYS**

APOYO DE LOS COMPAÑEROS \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**12. SUPORT DE LA MEVA FAMÍLIA**

APOYO DE MI FAMILIA \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**13. GANES DE SER CREATIU**

GANAS DE SER CREATIVO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**14. POSSIBILITAT DE SER CREATIU**

POSIBILIDAD DE SER CREATIVO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**15. "DESCONNECTO" EN ACABAR LA JORNADA LABORAL**

" DESCONECTO " AL ACABAR LA JORNADA LABORAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**16. REBO INFIRMACIÓ DELS RESULTATS DE LA MEVA FEINA**

RECIBO INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS DE MI TRABAJO

- \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**17. CONFLICTES AMB ALTRES PERSONES DE LA MEVA FEINA**

CONFLICTOS CON OTRAS PERSONAS DE MI TRABAJO

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**18. MANCA DE TEMPS PER A LA MEVA VIDA PERSONAL**

FALTA DE TIEMPO PARA MI VIDA PERSONAL \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**19. INCOMODITAT FÍSICA A LA FEINA**

INCOMODIDAD FÍSICA EN EL TRABAJO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**20. POSSIBILITAT D'EXPRESSAR EL QUE PENSO I NECESSITO**

POSIBILIDAD DE EXPRESAR LO QUE PIENSO Y NECESITO

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**21. CÀRREGA DE RESPONSABILITAT**

CARGA DE RESPONSABILIDAD \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**22. LA MEVA EMPRESA TRACTA DE MILLORAR LA QUALITAT DE**

VIDA DEL MEU LLOC DE TREBALL

MI EMPRESA TRATA DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE

MI PUESTO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**23. TINC AUTONOMIA O LLIBERTAT DE DECISIÓ**

TENGO AUTONOMÍA O LIBERTAD DE DECISIÓN \_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**24. INTERRUPCIONES MOLESTES**

INTERRUPCIONES MOLESTAS \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**25. ESTRÈS ( ESFORÇ EMOCIONAL )**

ESTRÉS ( ESFUERZO EMOCIONAL ) \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**26. CAPACITACIÓ NECESSÀRIA PER FER LA MEVA FEINA ACTUAL**

CAPACITACIÓN NECESARIA PARA HACER MI TRABAJO ACTUAL

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**27. ESTIC CAPACITAT PER A LA MEVA FEINA ACTUAL**

ESTOY CAPACITADO PARA HACER MI TRABAJO ACTUAL

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**28. VARIETAT EN LA MEVA FEINA**

VARIEDAD EN MI TRABAJO \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**29. LA MEVA FEINA ÉS IMPORTANT PER A LA VIDA D'ALTRES PERSONES**

MI TRABAJO ES IMPORTANTE PARA LA VIDA DE OTRAS PERSONAS

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**30. ÉS POSSIBLE QUE LES MEVES PROPOSTES SIGUIN ESCOLTADES I APLICADES**

ES POSIBLE QUE MIS PROPUESTAS SEAN ESCUCHADAS Y APLICADAS

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**31. EL QUE HE DE FER QUEDA CLAR**

LO QUE TENGO QUE HACER QUEDA CLARO \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**32. EM SENTO ORGULLÓS DE LA MEVA FEINA**

ME SIENTO ORGULLOSO DE MI TRABAJO \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**33. LA MEVA FEINA TÉ CONSEQÜÈNCIES NEGATIVES PER A LA MEVA SALUT**

MI TRABAJO TIENE CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA MI SALUD

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**34. QUALITAT DE VIDA EN LA MEVA FEINA**

CALIDAD DE VIDA EN MI TRABAJO \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**35. ESTIC ORGULLÓS DE PERTÀNYER A L'ICS**

ESTOY ORGULLOSO DE PERTENECER AL ICS \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**36. FINS A QUIN PUNT CREU QUE ELS RESULTATS D'AQUESTA ENQUESTA SERAN UTILITZATS PER MILLORAR LA SEVA QUALITAT DE VIDA PROFESSIONAL?**

HASTA QUE PUNTO CREE QUE LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL?

\_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**La informació de la prescripció (CF)** s'obté a partir de la facturació de les prescripcions en les oficines de farmàcia. La base de dades recull tant el cost per habitant com el tipus de medicaments prescrits a cada pacient.

A partir d'aquesta informació s'elabora un indicador sintètic de qualitat de la medicació, **estàndard de qualitat de la prescripció farmacèutica (EQPF)** que mesura el grau en el qual el perfil de prescripció del professional s'ajusta a les recomanacions de bona pràctica clínica.

L'estàndard de qualitat de prescripció farmacèutica (EQPF) neix amb l'objectiu de fomentar l'ús dels fàrmacs més eficients i reduir la variabilitat en l'abordatge terapèutic de les patologies més prevalents a l'atenció primària.

L'EQPF pretén ser el gold estàndard de l'ús de medicaments; per tant, el que es genera quan s'utilitza l'opció terapèutica que està avalada pel major grau d'evidències científiques disponibles.

Es tracta d'una eina que, malgrat la limitació de no disposar de dades d'indicació, ens permet fer una aproximació a la qualitat de la prescripció de medicaments en la totalitat de professionals de l'atenció primària.

L'EQPF es pot considerar també com una eina de gestió de la prescripció, atès que permet identificar el perfil d'ús de medicaments, tant dels professionals individuals, com dels col·lectius de professionals, i situar aquests perfils en relació amb altres referents. Aquesta tècnica de treball, coneguda com a *benchmarking*, s'ha mostrat molt útil per assolir millores en l'àrea de la terapèutica farmacològica.

La composició de l'EQPF evoluciona en el temps, atès que el grau de coneixement científic es va modificant i que el monitoratge continu d'indicadors i objectius permet millorar la idoneïtat d'aquest instrument de mesura.

Consta de dos apartats que reuneixen aspectes generals, relacionats amb la qualitat de la prescripció farmacèutica i aspectes específics, lligats al maneig de fàrmacs en patologies determinades.

Amb les recomanacions recollides a la part global es pretenen aconseguir els objectius següents:

- L'ús majoritari de fàrmacs d'eficàcia i seguretat provades (utilitat terapèutica).

- La promoció d'alternatives terapèutiques cost-efectives, com és el cas dels medicaments genèrics, entre d'altres (eficiència).
- La incorporació selectiva de les novetats terapèutiques que afegeixin valor a l'oferta farmacèutica, en termes d'eficàcia, seguretat, comoditat posològica i cost.

Amb les recomanacions recollides a la part específica es pretenen aconseguir els objectius següents:

- La reducció de la sobreprescripció de medicaments.
- La selecció dels medicaments i grups terapèutics que reuneixen més evidències científiques, en termes de control o resolució dels problemes de salut abordats.
- La priorització de l'ús d'un nombre limitat de principis actius per tal de garantir un major coneixement dels professionals sobre el medicament en si, les seves interaccions amb altres fàrmacs i aliments i, en definitiva, les seves condicions òptimes de maneig en la majoria dels malalts.

Cadascuna de les dues parts de l'EQPF, global i específica, consta d'una bateria d'indicadors indirectes obtinguts a partir de la informació que proporciona el procés de facturació de receptes dels fàrmacs dispensats a càrrec del CatSalut, a les oficines de farmàcia de Catalunya.

Per a cada indicador hi ha un objectiu concret, el compliment del qual es pondera i puntua.

Per a cada procediment, a partir de la suma dels punts obtinguts en cada apartat, és possible mesurar l'EQPF amb un índex sintètic, el valor del qual oscil·la entre 0 i 130 per a atenció primària.

#### **Criteris d'elaboració:**

##### **- Utilitat terapèutica:**

Actualment, l'oferta farmacèutica a l'Estat espanyol ha experimentat una millora qualitativa important, motivada per l'aplicació de dos decrets consecutius de finançament selectiu de medicaments, que va culminar amb la retirada del finançament públic d'un nombre elevat de medicaments i associacions amb un potencial terapèutic baix. No obstant això, malgrat que majoritàriament els



medicaments disponibles han demostrat la seva eficàcia encara hi ha, en l'oferta farmacèutica, medicaments i associacions de principis actius amb una utilitat terapèutica dubtosa, la utilització dels quals es desaconsella en aquest estàndard de qualitat.

#### - Eficiència

El concepte d'especialitat farmacèutica genèrica (EFG) es defineix oficialment com "l'especialitat amb la mateixa forma farmacèutica i composició qualitativa i quantitativa en substàncies medicinals que una altra especialitat de referència, el perfil d'eficàcia i seguretat de la qual està suficientment establert pel seu ús clínic continuat". Abans del seu registre, l'EFG ha de demostrar la seva bioequivalència química, galènica i farmacològica amb l'especialitat de referència, sense detriment de la qualitat. Amb aquestes premisses, és obvi que la utilització de medicaments genèrics contribueix a fer la prescripció més eficient atès que, com a mitjana, les EFG estan comercialitzades en el mercat, amb preus al voltant d'un 25 % per sota dels medicaments homòlegs amb marca comercial. L'estàndard de qualitat pretén aconseguir la potenciació de les EFG dins els marges que la seva presència a l'oferta farmacèutica permet.

#### - Novetats terapèutiques

L'autorització d'un nou medicament per les agències reguladores corresponents garanteix que les noves molècules reuneixin uns mínims de qualitat, eficàcia i seguretat. Malgrat això, no es disposa de les dades de seguretat i efectivitat corresponents a l'ús del nou medicament, en condicions reals, fins que transcorre un període de temps variable, en funció dels consumidors potencials del medicament. A l'EQPF es monitora el seguiment de les recomanacions emeses pel Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments (CANM) de l'ICS, atès que aquest òrgan proporciona als professionals una anàlisi completa de cadascun dels nous medicaments comercialitzats en relació amb l'oferta farmacèutica disponible per a les mateixes indicacions autoritzades. El CANM utilitza un procediment de treball rigorós que permet identificar el valor afegit de cadascun dels nous medicaments en termes d'eficàcia, seguretat, comoditat posològica i cost, respecte de l'oferta disponible.

Actualment el CANM està avaluant els nous medicaments de manera conjunta amb el País Basc i Andalusia, cosa que permet una certa economia d'escala en el procés d'avaluació, així com l'homogeneïtzació dels informes que reben els professionals sanitaris dels àmbits d'influència corresponents.

- Selecció de grups farmacològics:

Les recomanacions d'ús de medicaments que s'aborden a l'apartat específic de l'EQPF inclouen únicament nou grans grups farmacològics. Els criteris de prioritització d'aquests grups de medicaments són dos: que estiguin inclosos entre els tractaments farmacològics dels problemes de salut més prevalents a l'atenció primària, i que siguin fàrmacs, la prescripció dels quals tingui l'origen, fonamentalment, a les consultes dels metges generals.

- Selecció de principis actius:

En cada grup farmacològic de l'EQPF s'aconsella la utilització d'un petit nombre de principis actius. Els principis actius seleccionats es denominen fàrmacs recomanats.

La selecció de principis actius, referida sempre a la indicació principal de cada família de medicaments, s'ha dut a terme combinant els criteris següents: eficàcia, seguretat, experiència d'ús, existència d'especialitats farmacèutiques genèriques, perfil d'utilització actual, cost i, en darrer lloc, una clàusula de necessitat. Aquests criteris han estat combinats de manera global, però s'ha atribuït un major pes específic als 3 primers en relació amb la resta.

El tractament dels criteris emprats ha estat el següent:

- Eficàcia. Les dades d'eficàcia provenen de l'anàlisi de l'evidència científica disponible en cada moment. Pel que fa al tipus de variables emprades, l'eficàcia d'un medicament ha estat mesurada, en el cas dels processos aguts, per la seva capacitat de resolució del problema de salut corresponent i, en el cas de les patologies cròniques, per la seva capacitat per reduir la morbiditat i la mortalitat associades al problema de salut, així com per millorar la qualitat de vida.
- Seguretat. Les dades sobre seguretat provenen tant d'assaigs clínics controlats, duts a terme en la fase prèvia a la comercialització dels medicaments, com dels estudis de vigilància epidemiològica que es fan en la fase de postcomercialització dels medicaments. Les variables emprades han estat les de major rellevància clínica en cada cas.
- Experiència d'ús. Amb l'objectiu de seleccionar els medicaments més segurs s'han prioritzat els que porten més temps en el mercat, sempre que estiguessin sotmesos a un nivell d'utilització rellevant en comparació amb la resta de medicaments del mateix grup.
- Existència d'EFG. En el procés de selecció han estat prioritzats els principis actius per als quals es disposa d'EFG, atesa la voluntat de potenciar, a l'ICS, l'ús d'aquests tipus de medicaments per la seva clara aportació a l'eficiència del sistema sanitari.

- Perfil d'utilització dels medicaments. L'ús actualment consolidat dels medicaments dins l'àmbit de Catalunya ha estat un element orientatiu que afegeix informació al procés de selecció dels medicaments, atès que es vol evitar marcar pautes de comportament allunyades de la realitat si no és imprescindible.
- Necessitat. Amb aquesta clàusula es pretén assegurar l'existència del nombre mínim de medicaments necessaris per garantir l'abordatge farmacoterapèutic dels problemes de salut prioritzats en un percentatge de població que oscil·la entre el 65%-90% dels malalts atesos a l'atenció primària.
- Cost. Únicament en situacions d'igualtat dels paràmetres anteriors es considera el cost com un factor determinant de la selecció de medicaments.

No s'ha fet servir l'efecte de grup, és a dir, la consideració indiscriminada de tots els principis actius que formen part d'un mateix grup terapèutic.

### **Definició i càlcul dels indicadors:**

#### Part global

La variable de mesura emprada per monitorar l'ús de fàrmacs d'eficàcia provada és el valor farmacològic intrínsec de cada medicament, amb dues categories: alt/baix. Per calcular l'indicador corresponent s'utilitza el consum de medicaments prescrits de valor intrínsec alt, respecte del conjunt d'especialitats farmacèutiques emprades. S'expressa en percentatges i es quantifica en envasos.

La variable de mesura utilitzada per monitorar l'ús d'alternatives terapèutiques cost-efectives és la prescripció de medicaments genèrics. Per al càlcul de l'indicador corresponent s'utilitza el consum d'EFG referit al consum del conjunt d'especialitats farmacèutiques emprades. S'expressa en percentatges i es quantifica en envasos.

Per conèixer quin és el grau d'incorporació de novetats terapèutiques en el context de l'EQPF s'utilitza l'indicador de seguiment de les recomanacions efectuades pel CANM. Per calcular els indicadors s'utilitza el consum dels fàrmacs qualificats pel CANM com a "*no valorable: investigació clínica disponible insuficient*" i "*no suposa un avenç terapèutic*", respecte del total de medicaments. S'expressa en percentatges i es quantifica en envasos.

### Part específica

La variable de mesura emprada és el grau d'utilització d'antihipertensius, antiulcerosos, antiinflamatoris no esteroïdals, antibiòtics, hipolipemiants, antiasmàtics, antidepressius, ansiolítics/hipnòtics i antidiabètics orals.

Per quantificar l'ús de medicaments en cada grup s'utilitza la dosi diària definida (DDD) en lloc dels envasos, per tal d'obviar els biaixos d'informació que generen les diverses presentacions i composicions de les especialitats farmacèutiques emprades. La DDD, unitat diferent per a cada fàrmac, és la dosi mitjana suposada d'un fàrmac quan s'utilitza en la seva indicació principal. La DDD és, per tant, una unitat tècnica de mesura que s'estableix de manera arbitrària segons les recomanacions del laboratori fabricant i les publicacions científiques que fa públiques periòdicament l'Organització Mundial de la Salut.

El nombre de DDD consumides en un centre determinat s'expressa per 1.000 habitants i per dia (DHD). Aquest paràmetre proporciona una idea aproximada del volum de població tractada diàriament amb una dosi habitual d'un fàrmac determinat.

Pel que fa als indicadors, a continuació es detallen:

- Indicador del grau d'exposició poblacional als medicaments

Es mesura mitjançant el càlcul de les dosis diàries definides per 1.000 habitants i dia, ponderades pel grau d'envelliment de la població (DHD<sub>65</sub>). L'estandardització de la població pel seu nivell d'envelliment pretén evitar greuges comparatius entre territoris pel que fa al major ús que fa la gent gran de la majoria de fàrmacs.

Pel que fa al denominador poblacional, quan es calculi l'EQPF individual d'un facultatiu, s'ha de fer servir la població assignada a cada professional (nombre d'usuaris amb targeta sanitària individual i unitat bàsica assistencial assignada) a partir de les dades del sistema d'informació d'atenció primària. En els casos de nivells d'agregació superiors, cal fer servir la població assignada segons fonts oficials. El factor de correcció utilitzat per ponderar la població és 8.

## - Indicadors de selecció

Són els indicadors dissenyats per tal de:

- detectar desplaçaments entre grups dins una mateixa família de medicaments.
- identificar el grau d'utilització dels principis actius recomanats. Aquests indicadors es calculen també en DHD.

En ambdós casos es defineixen diversos quocients per a cada grup farmacològic i es mesuren, tant el numerador com el denominador, en DHD.

## **Objectius de millora i puntuació**

Amb els objectius de millora que acompanyen cada indicador es pretén aconseguir un canvi progressiu del perfil d'utilització de medicaments consolidat per a cada centre o professional, cap al valor prèviament identificat com a òptim o excel·lent.

El valor òptim s'estableix a partir de la identificació del rang en què es mou el quartil de professionals millor situats per a cada indicador i la selecció, dins d'aquell rang, el valor més fàcil d'assolir. Posteriorment, s'ajusta aquesta xifra en funció del grau real de consecució de cada objectiu al llarg del darrer any monitorat, per tal d'adaptar-lo a un horitzó temporal d'acord amb les possibilitats de millora reals.

Els objectius s'han establert en diversos esglaons o nivells de dificultat per tal d'identificar i reconèixer també les millores parcials possibles, respecte de les situacions inicials.

Les puntuacions de cada objectiu s'estableixen tenint en compte la importància i el grau de dificultat que n'implica la consecució.

Les recomanacions establertes en cada grup farmacològic oscil·len en un rang de compliment d'un 65% - 90 %, permetent per tant l'ús d'altres medicaments en situacions específiques.

**TAULA XI:** Part global EQPF

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim: 40)
<b>Indicador 1:</b> % de medicaments amb VIF alt/ total	≥ 90%	5
	≥ 87 %	3
	87%	
<b>Indicador 2:</b> % d'EFG/ total	≥ 9%	5
	≥ 6%	10
	≥ 12 %	15
3: % Novetats terapèutiques període 99-01/Total	≥ 9%	
	≥ 15 %	5
<b>Indicador 3:</b> % de medicaments catalogats pel CANM com a <i>"no valorable: investigació clínica disponible insuficient" o "no suposa un avenç terapèutic"/</i> total	≥ 12%	
	≤ 1,8%	5
	≤ 1,5%	10
	≤ 1%	10
	≤ 1,8 %	15
	≤ 1,6 %	
	≤ 1,4 %	

⇒ Els indicadors 1, 2 i 3 es mesuren en envasos

⇒ VIF: valor intrínsec farmacològic

⇒ EFG: especialitats farmacèutiques genèriques

⇒ CANM: Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments

El numerador inclou els medicaments avaluats pel CANM en el període 2000-2004.

A final de l'any s'atorguen 5 punts addicionals en funció del seguiment de les recomanacions del CANM (objectiu: valor situat al percentil 50).

### Part específica

Aquest apartat inclou les recomanacions establertes per als 9 grups farmacològics prioritzats. Per a cada grup es defineixen els apartats següents:

- Objectius de millora. En cada grup s'especifica l'objectiu numèric a assolir.

- Fàrmacs recomanats, seleccionats d'acord amb els criteris especificats en anteriorment.
- Monitoratge. En cada grup s'exposa la bateria d'indicadors que s'ha de fer servir per avaluar el grau d'adhesió en cada apartat de l'EQPF.

## Antihipertensius

Objectius de millora:

Perfil d'utilització d'antihipertensius a Catalunya.

Objectius de millora

Aquests objectius estan orientats a millorar l'ús dels antihipertensius quan s'utilitzen en el control de la hipertensió arterial (HTA), sola o associada amb altres patologies prevalents.

Amb les recomanacions establertes es pretén:

- La implementació de la guia de pràctica clínica elaborada per l'ICS i disponible a: <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm>
- Potenciar l'ús de  $\beta$ -bloquejadors i diürètics.
- Limitar l'ús dels antagonistes dels receptors d'angiotensina (ARA II) i alfabloquejadors.
- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XII:** Antihipertensius recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
<input type="checkbox"/> $\beta$ -bloquejadors <input type="checkbox"/> Diürètics <input type="checkbox"/> IECA <input type="checkbox"/> Calciantagonistes <input type="checkbox"/> ARA II	<input type="checkbox"/> Atenolol, bisoprolol, metoprolol <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida, amilorida, clortalidona <input type="checkbox"/> Captopril, enalapril, lisinopril <input type="checkbox"/> Diltiazem, verapamil, Amlodipino <input type="checkbox"/> Losartan

Nota: s'hi inclouen les associacions dels principis actius recomanats.

**TAULA XIII:** Monitoratge Antihipertensius recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim:15)
<b>Indicador 1:</b> % de ( $\beta$ -bloquejadors+diürètics <sup>1</sup> )/ total d'AHT <sup>1</sup>	$\geq 40 \%$ $\geq 35 \%$	4 2
<b>Indicador 2:</b> % d'ARA II/ (IECA+ARA II)	$\leq 20 \%$ $\leq 25 \%$	4 2
<b>Indicador 3:</b> % de $\alpha$ bloquejadors/ total d'AHT <sup>1</sup>	$\leq 2 \%$	1
<b>Indicador 4:</b> % d'AHT recomanats/ total d'AHT <sup>1</sup>	$\geq 72 \%$ $\geq 67 \%$	6 3
⇒ <sup>1</sup> Se n'exclou la furosemida, atès que no s'utilitza com a agent antihipertensiu ⇒ Els indicadors 1, 2, 3 i 4 es mesuren en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS ⇒ AHT: antihipertensius ⇒ IECA: inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina ⇒ ARA II: antagonistes dels receptors d'angiotensina II		

## Antiulcerosos

Objectius de millora:

Aquests objectius estan orientats a millorar l'ús dels antiulcerosos quan s'utilitzen en el tractament de la dispèpsia, l'úlcer i l'esofagitis per reflux i la gastroprotecció.

Amb les recomanacions establertes es pretén:

- La implementació de la guia de pràctica clínica elaborada per l'ICS i disponible a: <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm>
- Reduir la hiperprescripció d'aquest grup farmacològic
- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.



**TAULA IV:** Antiulcerosos recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
<input type="checkbox"/> Antiàcids <input type="checkbox"/> Antihistamínics H <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Inhibidors de la bomba de protons (IBP) <input type="checkbox"/> Altres	<input type="checkbox"/> Almagat, algedrat, magaldrat i d'altres sals d'alumini i magnesi <input type="checkbox"/> Ranitidina <input type="checkbox"/> Omeprazole <input type="checkbox"/> Misoprostol

**TAULA IV:** Monitoratge Antiulcerosos recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim:10)
<b>Indicador 1:</b> DHD <sub>65</sub> del total d'AULC	≤ 17	6
	≤ 20	3
<b>Indicador 2:</b> % d'AULC recomanats/ total d'AULC	≥ 90 %	4
	≥ 85 %	2
⇒ DHD <sub>65</sub> : dosi diària definida/1.000 habitants estandarditzats per > 65 anys/dia ⇒ L'indicador 2 es mesura en nombre de DDD dispensades a la farmàcia i facturades al SNS ⇒ AULC: antiulcerosos		

### Antiinflamatoris no esteroïdals

Objectius de millora:

Aquests objectius estan orientats a millorar l'ús dels antiinflamatoris no esteroïdals quan s'utilitzen en el maneig de pacients amb patologies que cursen amb dolor i inflamació.

Amb les recomanacions establertes es pretén:

- Reduir la hiperprescripció d'aquest grup farmacològic
- Reduir l'ús dels AINE més gastrolesius
- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XV:** AINE recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
☐ AINE sistèmics	☐ Ibuprofèn, naproxèn, diclofenac

**TAULA XVI:** Monitoratge AINE recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim:10)
<b>Indicador 1:</b> DHD <sub>65</sub> del total d'AINE	≤ 11 ≤13	4 2
<b>Indicador 2:</b> % de (piroxicam + tenoxicam)/ total d'AINE	≤ 4 %	2
<b>Indicador 3:</b> % d'AINE recomanats/ total d'AINE	≥ 75 % ≥ 70 %	4 2
⇒ DHD <sub>65</sub> : dosi diària definida/1.000 habitants estandarditzats per > 65 anys/dia		
⇒ Els indicadors 2 i 3 es mesuren en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS		
⇒ AINE: antiinflamatoris no esteroïdals		

## Antibiòtics

Objectiu de millora

Aquest objectiu està orientat a millorar l'ús dels antibiòtics quan s'utilitzen en el tractament de la patologia infecciosa més freqüent en l'àmbit de l'atenció primària, en els pacients adults.

Amb les recomanacions establertes es pretén aconseguir l'objectiu següent:

- Reduir la hiperprescripció d'aquest grup farmacològic
- Potenciar l'ús de penicil·lines
- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XVII:** antibiòtics recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
<input type="checkbox"/> Penicil·lines <input type="checkbox"/> Macròlids <input type="checkbox"/> Quinolones <input type="checkbox"/> D'altres	<input type="checkbox"/> Amoxicil·lina, amoxicil·lina-àcid clavulànic, penicil·lina G, penicil·lina V, cloxacil·lina <input type="checkbox"/> Eritromicina, claritromicina <input type="checkbox"/> Àcid pipemídic, norfloxacina <input type="checkbox"/> Fosfomicina-trometamol

**TAULA XVIII:** Monitoratge antibiòtics recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim:10)
<b>Indicador 1:</b> DHD <sub>65</sub> del total d'AB	≤ 3,5	6
	≤ 5	4
<b>Indicador 2:</b> % de penicil·lines/ total d'AB	≥ 60 %	2
	≥ 55 %	1
<b>Indicador 3:</b> % d'AB recomanats/ total d'AB	≥ 75 %	2
	≥ 70 %	1
⇒ DHD <sub>65</sub> : dosi diària definida/1.000 habitants estandarditzats per > 65 anys/dia		
⇒ Els indicadors 2 i 4 es mesuren en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS		
⇒ AB: antibiòtics		

## Hipolipemiant

Objectiu de millora

Aquests objectius estan orientats a millorar l'ús dels hipolipemiant quan s'utilitzen en la prevenció primària i en la prevenció secundària de pacients amb dislipèmies.

Amb les recomanacions establertes es pretén:

- La implementació de la guia de pràctica clínica elaborada per l'ICS i disponible a: <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm>
- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XIX:** hipolipemians recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
<input type="checkbox"/> Resines <input type="checkbox"/> Fibrats <input type="checkbox"/> Estatines	<input type="checkbox"/> Colestiramina, colestipol <input type="checkbox"/> Gemfibrozil <input type="checkbox"/> Simvastatina, pravastatina, lovastatina

**TAULA XX:** monitoratge hipolipemians

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim:10)
<p><b>Indicador 1:</b> % d'HIPO recomanats/ total d'HIPO</p>	<p>≥ 70 % ≥ 65 %</p>	<p>10 5</p>
<p>⇒ HIPO: hipolipemians                      ⇒ L'indicador es mesura en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS</p>		

### Antiasmàtics

Objectiu de millora

Aquest objectiu està orientat a millorar l'ús dels antiasmàtics quan s'utilitzen en el tractament simptomàtic de l'asma i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

Amb les recomanacions establertes es pretén aconseguir l'objectiu següent:

- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XXI:** antiasmàtics recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
<input type="checkbox"/> $\beta$ -adrenèrgics II inhalats, d'acció curta <input type="checkbox"/> $\beta$ -adrenèrgics II inhalats, de llarga durada <input type="checkbox"/> Anticolinèrgics inhalats <input type="checkbox"/> Corticoides inhalats	<input type="checkbox"/> Salbutamol, terbutalina <input type="checkbox"/> Salmeterol, formoterol <input type="checkbox"/> Bromur d'ipratropi <input type="checkbox"/> Budesònida, beclometasona

*Nota: no s'hi inclou cap associació*

**TAULA XXII:** monitoratge antiasmàtics recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim: 10)
<p><b>Indicador 1:</b></p> <p>% d'ASMA recomanats/ total d'ASMA<sup>1</sup></p>	<p>≥ 76 %</p> <p>≥ 71 %</p>	<p>10</p> <p>5</p>
<p>⇒ ASMA: antiasmàtics</p> <p>⇒ <sup>1</sup>L'associació de formoterol amb budesonida està exclosa al numerador i al denominador</p> <p>⇒ L'indicador es mesura en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS</p>		

## Antidepressius

Objectiu de millora

Aquest objectiu està orientat a millorar l'ús dels antidepressius quan s'utilitzen en el tractament de la depressió.

Amb les recomanacions establertes es pretén:

- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XXIII:** antidepressius recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
<input type="checkbox"/> Inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO) <input type="checkbox"/> Tricíclics i relacionats <input type="checkbox"/> Inhibidors selectius de la serotonina (ISRS)	<input type="checkbox"/> Cap <input type="checkbox"/> Nortriptilina, imipramina, clomipramina <input type="checkbox"/> Fluoxetina, paroxetina, citalopram

**TAULA XIX:** monitoratge antidepressius recomanats

MINDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim: 10)
<p><b>Indicador 1:</b> % d'ADEPRE recomanats/ Total d'ADEPRE<sup>1</sup></p>	<p>≥ 70 % ≥ 65 %</p>	<p>10 5</p>
<p>⇒ <sup>1</sup> Se n'exclou l'amitriptilina, atès que no s'utilitza com a agent antidepressiu</p> <p>⇒ ADEPRE: antidepressius</p> <p>⇒ L'indicador es mesura en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS</p>		

### **Ansiolítics i hipnòtics**

Objectiu de millora

Aquest objectiu està orientat a millorar l'ús dels ansiolítics i hipnòtics quan s'utilitzen en el tractament simptomàtic de l'ansietat i l'insomni. Amb les recomanacions establertes es pretén:

- Reduir la hiperprescripció d'aquest grup farmacològic
- Potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XX:** Ansiolítics i hipnòtics recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
Benzodiazepines	Alprazolam, lorazepam, diazepam, clorazepat dipotàssic i lorazepam

**TAULA XXI:** monitoratge Ansiolítics i hipnòtics recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim: 10)
<b>Indicador 1:</b>	≤ 20	5
DHD <sub>65</sub> d'ANSH	≤ 22	3
<b>Indicador 2:</b>		
% d'ANSH recomanats/	≥ 87 %	5
total d'ANSH	≥ 82 %	3
⇒ ANSH: ansiolítics i hipnòtics		
⇒ L'indicador es mesura en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS		

### Antidiabètics

Objectiu de millora

Aquest objectiu està orientat a millorar l'ús dels antidiabètics orals quan s'utilitzen en el control de la diabetis *mellitus*. Amb les recomanacions establertes es pretén potenciar l'ús dels principis actius recomanats.

**TAULA XXII:** antidiabètics recomanats

Grups farmacològics implicats	Principis actius recomanats
Sulfonilurees	Glibenclamida, gliclazida
Biguanides	Metformina

**TAULA XXIII:** monitoratge antidiabètics recomanats

INDICADOR	OBJECTIU	PUNTUACIÓ (màxim: 5)
<b>Indicador 1:</b>	≥ 80 %	5
% d'ADIAB recomanats/ total d'ADIAB	≥ 75 %	3
⇒ ADIAB: antidiabètics		
⇒ L'indicador es mesura en nombre de DDD dispensades a la Oficina de Farmàcia i facturades al SNS		

**TAULA XXIV:** Estàndard de Qualitat de Prescripció Farmacèutica per a MFIC

A. INDICADORS GLOBAIS	OBJECTIU	PUNTUACIÓ
A.1. Utilització de fàrmacs d'eficàcia probada (VIF elevat)		
% VIF ELEVAT/TOTAL	>=90%	5
	>=87%	3
A.2. Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (EFG)		
% EFG/TOTAL	>=12%	5
	>=15%	10
	>=18%	15
A.3. Seguiment recomanacions del CANM (*)		
% FÀRMACS SENSE AVANTATGE TERAPÈUTIC/TOTAL	<=2,1%	5
	<=1,9%	10
	<=1,7%	15
(*) S'assignaran 5 punts addicionals pel seguiment de les recomanacions del CANM al finalitzar l'any 2006		
<b>PUNTUACIÓ MÀXIMA INDICADORS GLOBAIS</b>		<b>40</b>
B. INDICADORS ESPECÍFICS	OBJECTIU	PUNTUACIÓ
B.1. Utilització d'antihipertensius (AHT)		(15)
% (DIU+BB)/AHT % ARALII / (IECA + ARALII) % FÀRMACS RECOMANATS/AHT	>=40%, >= 35%	3, 1
	<=20%, <= 25%	5, 3
	>=72%, >=67%	7, 4
B.2. Utilització d'antiulcerosos (ULC)		(10)
DHD <sub>65</sub> ULC % FÀRMACS RECOMANATS/ULC	<=21, <= 24	6, 3
	>=90%, >= 85%	4, 2
B.3. Utilització d'antiinflamatoris (AINE)		(10)
DHD <sub>65</sub> AINE % (Piroxicam + Tenoxicam)/AINE % FÀRMACS RECOMANATS/AINE	<=11, <= 13	4, 2
	<=4%	2
	>=75%, >= 70%	4,2
B.4. Utilització d'antibiòtics (AB)		(10)
DHD <sub>65</sub> AB % PENICIL·LINES/AB % FÀRMACS RECOMANATS/AB	<=3,5, <= 5	6,4
	>=60%, >55%	2, 1
	>=75%, >=70%	2, 1
B.5. Utilització d'hipolipemians (HIPO)		(10)
% FÀRMACS RECOMANATS/HIPO	>=67%, >= 62%	10, 5
B.6. Utilització d'antiasmàtics (ASMA)		(10)
% FÀRMACS RECOMANATS/ASMA % (ASSOCIACIONS BETA2 LLARGA DURADA+CORTICOIDS)/ASMA	>=78%, >=72%	6, 2
	<=13%, <=17%	4, 1
B.7. Utilització d'antidepressius (DEPRE)		(10)
% FÀRMACS RECOMANATS/DEPRE	>=68%, >= 63%	10, 5
B.8. Utilització d'ansiolítics hipnòtics (ANSH)		(10)
DHD <sub>65</sub> ANSH % FÀRMACS RECOMANATS/ANSH	<=21, <= 23	6, 4
	>=87%, >= 82%	4, 2
B.9. Utilització d'antidiabètics orals (DIABO)		(5)
% FÀRMACS RECOMANATS/DIABO	>= 80%, >= 75%	5, 3
<b>PUNTUACIÓ MÀXIMA INDICADORS ESPECÍFICS</b>		<b>90</b>
<b>PUNTUACIÓ MÀXIMA ÍNDEX SINTÈTIC (A+B) = 130</b>		



**TAULA XXV:** Estàndard de Qualitat de Prescripció Farmacèutica per a MFiC Medici

Fàrmacs recomanats
<p><b><u>Antihipertensius</u></b>                      Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol, Hidroclorotiazida, Amilorida, Clortalidona, Captopril, Enalapril, Lisinopril, Diltiazem, Verapamil, Losartan i Amlodipino</p> <p><i>Nota: s'inclouen les associacions entre principis actius recomanats</i></p>
<p><b><u>Antiulcerosos</u></b>                      Almagato, Algedrato, Magaldrato i d'altres sals d'alumini i magnesi, Ranitidina, Omeprazol i Misoprostol</p>
<p><b><u>Antiinflamatoris no esteroïdals (AINE)</u></b>                      Ibuprofè, naproxè, diclofenac</p>
<p><b><u>Antibiòtics</u></b>                      Amoxicil·lina, Amoxicil·lina - clavulànic, Penicil·lina G, Penicil·lina V, Cloxacil·lina, Eritromicina, Claritromicina, Pipemídic, Norfloxacina i Fosfomicina-Trometamol</p>
<p><b><u>Hipolipemians</u></b>                      Colestiramina, Colestipol, Gemfibrozil, Simvastatina, Pravastatina i Lovastatina</p>
<p><b><u>Antiasmàtics</u></b>                      Salbutamol, Terbutalina, Salmeterol, Formoterol, Bromur d'Ipratropi, Budesònida i Beclometasona</p> <p><i>Nota: NO s'inclou cap associació de principis actius recomanats</i></p>
<p><b><u>Antidepressius</u></b>                      Nortriptilina, Imipramina, Clomipramina, Fluoxetina, Paroxetina i Citalopram</p>
<p><b><u>Ansiolític Hipnòtic</u></b>                      Alprazolam, Lormetazepam, Diazepam, Clorazepat potàssic, Lorazepam</p>
<p><b><u>Antidiabètics</u></b>                      Glibenclamida, Gliclazida, Metformina</p>

**TAULA XXVI:** Bandes de consecució i grau d'assoliment per a Medicina de Família i Comunitària

Valors de l'EQPF gener-desembre 2005	Valors de l'EQPF gener-desembre 2006	BANDA D'ASSOLIMENT CRV/DPO 2006
0 a 35	51 o més	100
	45-50	75
	40-44	50
36 a 50	61 o més	100
	55-60	75
	50-54	50
51 a 65	71 o més	100
	66-70	75
	60-65	50
66 a 80	76 o més	100
	71-75	75
	66-70	50
81 a 90	81 o més	100
	76-80	75
	71-75	50
91 a 100	86 o més	100
	81-85	75
	76-80	50
101 a 130	91 o més	100
	85-90	75
	80-84	50

## SISTEMA DE PREUS DE REFERÈNCIA (SPR)

Els principis actius afectats pel SPR són els que es detallen a la següent taula:

**TAULA XXVII** : Principis actius afectats pels preus de referència

- En el grup dels inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS): **fluoxetina, paroxetina, citalopram i fluvoxamina**
- En el grup dels inhibidors de la bomba de protons (IBP): **omeprazol**
- En el grup de les estatines: **simvastatina i lovastatina**
- En el grup dels inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina: **captopril, lisinopril i enalapril**

En el numerador de cada indicador es farà servir el consum del conjunt de fàrmacs afectats i en el denominador el consum dels medicaments que pertanyen al mateix grup terapèutic, excepte en el cas dels IECA on també es comptabilitzaran el consum d'ARA II. Les unitats emprades per mesurar el consum de medicaments han estat el nombre de Dosi Diàries Definides.

**TAULA XXVIII**: Criteris per l'assoliment dels objectius dels principis actius afectats pels preus de referència

<b>TAULA</b>	
<b>OBJECTIUS INDICADORS PREUS DE</b>	
ISPR1. Antidepressius	> 65%
ISPR2. Antiulcerosos	> 85%
ISPR3. Estatines	> 50%
ISPR4. IECA	> 55%
<b>NOMBRE D'INDICADORS AMB OBJECTIU ASSOLIT</b>	<b>BANDA D'ASSOLIMENT CRV-DPO 2006</b>
4	100%
3	75%
2	50%

## Dimensions

De totes les variables que inclouen aquestes fonts d'informació es van escollir aquelles que potencialment mesuraven cada una de les quatre dimensions proposades en l'estudi qualitatiu que acabem de veure anteriorment (accessibilitat, continuïtat i coordinació, relació entre professionals i usuaris i, qualitat científicotècnica) i que a més a més els seus valors fossin reflex de l'activitat i capacitat dels equips d'atenció primària (EAP); tal i com es mostra en la següent taula:

**TAULA XXIX:** Variables seleccionades per cada dimensió del resultat de l'atenció primària i la font d'informació de l'Institut Català de la Salut de la qual provenen.

Dimensió	Subdivisions dimensions	Variables seleccionades	Font Informació ICS*
<b>Accessibilitat</b>	Accessibilitat als serveis	- Satisfacció organització serveis	SU
		- Satisfacció horaris de visita	SU
		- Satisfacció informació general	SU
		- Satisfacció atenció telefònica	SU
		- Ràtio: Població atesa / Població assignada	EAP
	Accessibilitat Cultural	- Satisfacció explicacions, informacions MF	SU
		- Satisfacció explicacions i informacions de l'infermer	SU
		- Satisfacció explicacions, informacions UAAU	SU
- Ràtio: Visites totals / Població atesa	EAP		
<b>Coordinació - intra - equip i amb altres nivells</b>	Coordinació dintre de l'equip	- Valoració suport dels superiors	QVP
		- Valoració suport dels companys	QVP
		- Valoració sobre rebre informació dels resultats del treball	QVP
		- Valoració sobre si les propostes del treballador són escoltades i aplicades	QVP
	Coordinació metges de capçalera - especialistes	- Satisfacció coordinació metge de família - especialista	SU

<b>Relació Professionals -Usuaris</b>	Contenció i orientació enfront problemes socials i psicològics	- "Estimació" durada mitjana de visites: Ràtio: Visites totals / Plantilla	EAP
		- Satisfacció tracte personal del metge	SU
		- Satisfacció tracte personal de l'infermer	SU
		- Satisfacció tracte personal de la UAAU	SU
		- Satisfacció resolució problemes de l'usuari	SU
<b>Qualitat Científico tècnica</b>	Empatia	- Satisfacció atenció a les demandes de l'usuari	SU
		- Satisfacció respecte a la intimitat de l'usuari	SU
		Prescripció	- Estàndard de qualitat farmacèutica - Import líquid de farmàcia estandarditzat per grups de edat
<b>Qualitat Científico tècnica</b>	Salut mental	- % Consum antidepressius recomanats	CF
		- % Consum ansiolítics recomanats	CF
		Prevenció i maneig de patologies cròniques	- % Consum antihipertensius recomanats
- % Consum diabètics recomanats	CF		
- % Consum asmàtics recomanats	CF		

\*Abreviatures: SU = Enquestes de Satisfacció de l'Usuari; EAP=Estructura dels Equips d'atenció Primària; QVP = Enquestes de Qualitat de Vida Professional; CF=Consum Farmacèutic.

L'accessibilitat la mesurem utilitzant variables avaluades pels usuaris sobre el funcionament i organització dels EAP i amb els indicadors d'adequació de la plantilla a la població assignada.

La coordinació intra-equip i amb altres nivells la mesurem a partir de la percepció que en tenen els professionals que treballen en aquests equips i, la continuïtat assistencial entre metge de família i especialista la informem segons la percepció que té el pacient.

La relació professional - usuari la mesurem a partir de variables que quantifiquen la càrrega de treball dels metges i mitjançant les opinions dels pacients sobre el tracte, qualitat percebuda i empatia de l'acte mèdic.

La qualitat científicotècnica l'avaluem a partir d'indicadors de consum de fàrmacs que tenen en compte el seu cost i la qualitat de prescripció. Es va tenir en compte el consum global, el consum de psicofàrmacs i el de fàrmacs vinculats a activitats de promoció i prevenció que van ser identificats com a clau pels professionals i els pacients en l'anterior fase.

### **Anàlisi estadística**

Les dimensions del resultat assistencial de l'atenció primària s'han avaluat mitjançant la metodologia de l'anàlisi Factorial Confirmatori (Bollen, 1989; Bryant 1999). L'objectiu principal de la tècnica és explicar les correlacions entre nombroses variables observades mitjançant poques variables latents, que en el nostre estudi es denominen dimensions. En aquest sentit, el que es pretén es reduir la dimensionalitat de les dades.

L'estimació dels paràmetres del model s'ha realitzat mitjançant el mètode de màxima versemblança, que té l'avantatge de ser una escala lliure. Per tant, les estimacions de paràmetres són totes comparables, independentment de l'escala utilitzada per mesurar les variables

Les correlacions entre les dimensions del model i entre els errors de mesura de les variables que defineixen cada dimensió s'han avaluat en base als valors dels índex de modificació (Bollen, 1989) incorporant aquelles amb un índex de modificació superior a 2. Per determinar quins paràmetres regressors no eren significativament diferents de zero i eliminar-los del model es van construir intervals de confiança basats en la metodologia *bootstrap* (Efron, 1993).

Tres models van ser els ajustats:

- El primer model consta de quatre dimensions, que estan definides en la taula que hem vist anteriorment (taula XVI).
- El segon model té tres dimensions i és el resultat de col·lapsar les dimensions d'accessibilitat i relació professional - pacient del model anterior. La nova dimensió s'interpreta com la de relació personal entre professional i pacient que es produeix si existeix una bona accessibilitat al centre i als seus professionals i que assegurin la continuïtat assistencial.
- Finalment, el tercer model consta de dos dimensions i és el resultat d'unir a la dimensió d'accessibilitat al centre i als seus professionals la dimensió coordinació dintre de l'equip i amb altres nivells. El resultat queda dividit en dos aspectes, el que fa referència a la qualitat tècnica assistencial i el que agrupa tots els aspectes referents al factor humà i organització dels serveis (relació interpersonal i treball en equip).

El procés d'elecció del model més adequat s'ha basat en les diferències dels valors de les  $\chi^2$  entre models consecutius ( $\Delta\chi^2$ ) i en l'índex de bondat d'ajust corregit (AGFI) (Bollen, 1989), que varia entre 0 i 1, essent 1 l'ajust perfecte.

Els models s'han ajustat utilitzant el mòdul Amos 4 del paquet estadístic SPSS.





# RESULTATS

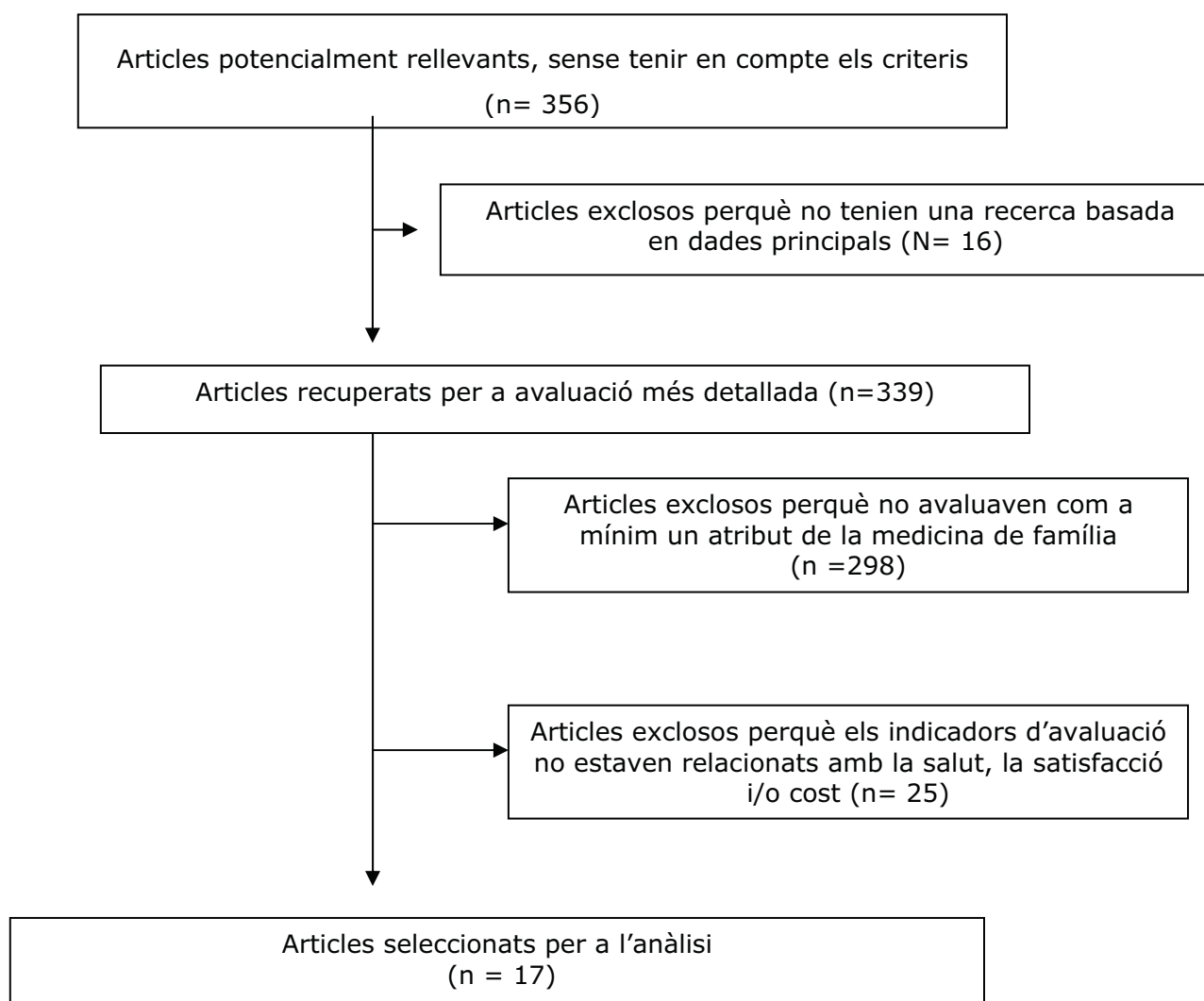


## RESULTATS

### RESULTATS REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

La cerca bibliogràfica va mostrar 356 articles. A l'aplicar els diferents criteris de selecció, al final van ser seleccionats 17 articles. Els articles preseleccionats es van anar rebutjant perquè els articles no tenien una recerca basada en dades principals (N= 16); els articles no avaluaven com a mínim un atribut de la medicina de família (n =298) i, els articles on els indicadors d'avaluació no estaven relacionats amb la salut, la satisfacció i/o cost (n= 25). Aquest procediment de selecció dels diferents articles de la cerca bibliogràfica es descriu en la figura següent:

**FIGURA 1:** procediment de selecció dels articles de la cerca bibliogràfica



La metodologia de recollida de dades dels articles seleccionats es resumeix en la següent taula:

**TAULA XXX:** Metodologia de recollida de dades dels articles seleccionats

<b>Autor</b>	<b>Tipus de disseny</b>	<b>Participants</b>	<b>País</b>	<b>Resultats principals</b>
Wasson, 1984	Estudi aleatoritzat doble cec	17 metges de plantilla i 776 pacients	USA	La continuïtat dels pacients per als metges de família produeix major satisfacció, hospitalitzacions més curtes i menys visites a urgències.
Hjortdahl, 1992	estudi observacional transversal	133 metges generals i 3918 pacients.	Noruega	La relació metge - pacient, centrada en el pacient, augmentava les oportunitats que el pacient estigués més satisfet amb la consulta. La durada d'aquesta relació metge-pacient, en sí mateixa, mostrava una associació dèbil però significativa amb la satisfacció del pacient.
McColl, 1998	Revisió sistemàtica	Documents d'atenció primària	UK	L'ús d'indicadors basats en l'evidència relacionada amb les intervencions que milloren els resultats de salut, com els suggerits en aquest estudi, podrien ser d'una gran ajuda si s'utilitzessin en la pràctica interactiva o en grups educacionals a l'atenció primària.
Safran, 1998	estudi observacional transversal	6094 pacients	USA	El coneixement complet dels metges vers els seus pacients i la confiança dels pacients en el seu metge eren les dues variables que es relacionaven, s'associaven fortament amb l'adherència, i la confiança era la variable més fortament associada amb la satisfacció dels pacients amb el seu metge. Paràmetres regressors d'autoavaluació de la millora de l'estat de salut van ser la integració de les cures, la minuciositat d'exàmens físics, la comunicació, el coneixement complet de pacients i la confiança

Radish, 1999	Estudi de cohorts	12.997 pacients	USA	La continuïtat de l'atenció estava associada amb reducció en utilització de recurs i costos
Stewart, 2000	Estudi observacional de cohorts	39 metges de família I 315 pacients	Canadà	La comunicació centrada en el pacient es relacionava amb les percepcions dels pacients de tenir punts en comú. A més a més, aquesta percepció positiva estava associada amb la millor recuperació de la seva incomoditat, neguit, preocupació; millor estat emocional als 2 mesos, menys proves diagnòstiques i referències.
Campbell, 2001	estudi observacional transversal	60 metges generals	UK	La qualitat de l'atenció en pacients amb asma, diabetis i angina de pit era millor en visites de 10 minuts. L'atenció als pacients diabètics era millor en professionals més grans i en professionals d'equips amb bon clima laboral. L'accessibilitat era millor en professionals més joves. L'atenció preventiva era pitjor en professionals que treballaven en àrees socioeconòmicament precàries. La satisfacció, la continuïtat i accessibilitat era més alta en professionals on l'equip reportava un millor clima laboral.
Di Blasi, 2001	Revisió sistemàtica. Estudis controlats aleatoritzats	25 Estudis controlats aleatoritzats	USA i Canadà	Tres d'aquests estudis mostraven que les expectatives cobertes dels pacients amb informació positiva sobre el tractament o malaltia, amb suport o tranquil·litat, influïen significativament en els resultats de salut.

Goedhuys, 2001	estudi observacional transversal	34 metges generals	Bèlgica	Hi havia una correlació negativa entre el "resultat rendiment per hora" dels metges de família la satisfacció dels pacients estandarditzats i entre el "resultat rendiment" i la qualitat de la comunicació.
Krupat, 2001	estudi observacional transversal	45 metges i 909 pacients	USA	Els pacients de metges que se centren en els pacients no eren més confiats o donaven més suport als seus metges, i no estaven més satisfets amb l'objectiu de la visita. Tanmateix, els pacients que tenien opinions-creences congruents amb les dels seus metges confiaven i creien més en el seu metge, tot i que no estaven més satisfets amb l'objectiu de la visita.
Little, 2001	estudi observacional transversal	661 pacients	UK	Si els metges no proporcionen una atenció positiva, una atenció centrada en els pacients estaven menys satisfets, eren menys permissius, i molts tenien sobrecàrrega, símptomes de cremats i índexs més alts de referència.
Sturmberg, 2001	estudi observacional transversal	254 pacients	USA i Canadà	Comprensió-confiança s'explica per: índex de continuïtat modificat i edat. Les variables independents no-relacionades són el gènere, el nombre de visites i nombre d'anys que porten exercint, donant assistència pràctica.

Cape, 2002	estudi observacional transversal	160 pacients	UK	Consultes on els pacients estaven més satisfets apareixien en les consultes que els pacients tenien la sensació que havien durat més temps, però no eren de fet més llargues. Les preocupacions dels pacients sobre el temps poden ser tant al voltant de la qualitat del temps com al voltant del temps real.
Hartley, 2002	estudi observacional transversal	224 participants	USA	El tractament interpersonal dels proveïdors d'atenció primària i la continuïtat longitudinal eren predictors del coneixement complet del pacient.
Mead, 2002	estudi observacional transversal	173 consultes videoenregistrades	UK	L'atenció centrada en els pacients per part dels metges, no pronosticaven la seva satisfacció ni habilitat.
Wilson, 2002	Revisió sistemàtica	30 escrits	USA, UK, Suècia, Holanda	És més probable que els pacients que busquen ajuda d'un metge que passa més temps amb ells tinguin una consulta més agradable, on s'inclouen importants elements d'atenció.
Bower, 2003	estudi observacional transversal	14291 pacients	UK	Els nivells de satisfacció relacionats amb l'accessibilitat eren tenir hora en el mateix dia i una espera de 6-10 minuts abans de la consulta. Un nivell satisfactori de continuïtat estava en relació en veure un mateix metge de capçalera durant "molt temps".

Tarrant, 2003	estudi observacional transversal	1.078 pacients	UK	Les mesures de la qualitat de l'atenció centrada en el pacient estaven fortament associades amb la confiança amb l'habitual metge de família, mentre que els informes dels pacients respecte a la durada de la pràctica, i la proporció de les visites amb el seu metge de família, no ho estaven.
Cabana, 2004	Revisió sistemàtica	18 escrits	USA	Cap estudi no documentava efectes negatius de l'augment de la continuïtat de l'atenció sobre la qualitat de l'atenció. La continuïtat de l'atenció està associada amb la satisfacció dels pacients, amb la disminució de les hospitalitzacions i de les visites al departament d'urgència i millora dels serveis d'activitats preventives
Stille, 2005	Revisions i consells dels experts	81 escrits	USA	Encara que els escenaris clínics demostren la importància de la bona coordinació de l'atenció com a part essencial de l'atenció primària, l'evidència objectiva mostrava que el seu benefici era limitat.

Tal i com hem comentat en la fase metodològica de la cerca bibliogràfica ens centrem en els estudis que havien trobat associacions entre els diferents atributs de la medicina de família i els resultats quant a satisfacció, salut i/o cost.

### **Estudis que relacionen atributs de l'APS amb la satisfacció:**

Començarem pels estudis que havien trobat associacions entre els diferents atributs de la medicina de família (accessibilitat, continuïtat, temps de consulta i relació metge - pacient) amb la **satisfacció** dels pacients com l'indicador d'assistència sanitària, es resumeixen en la següent taula:



**TAULA XXXI:** Atributs de l'APS relacionats amb la satisfacció

Atributs	referències	Indicadors
<b>Acces-sibilitat</b>	Bower, 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qüestionari GPAS * (indicadors d'accessibilitat: temps d'espera per a una cita amb un metge específic, o qualsevol metge; temps d'espera en el consultori) Bower, 2003</li> </ul>
<b>Conti-nuïtat</b>	<p>Bower, 2003</p> <p>Sturmberg, 01</p> <p>Campbell, 01</p> <p>Hjortdahl, 92</p> <p>Cabana, 04</p> <p>Wasson, 84</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qüestionari GPAS (indicador de continuïtat; ser portat per un mateix metge per un període llarg de temps. Bower, 2003</li> <li>• Indicadors de continuïtat en el procés (índex de continuïtat modificada) i de continuïtat en els resultats (problemes aguts, crònics, prevenció i psicosocials). Sturmberg, 2001</li> <li>• Qüestionari d'accessibilitat, continuïtat, relació interpersonal i atenció-cura. Campbell, 2001.</li> <li>• Qüestionari per avaluar la influència de la continuïtat de l'atenció en la satisfacció dels pacients. Hjortdahl, 1992.</li> <li>• Revisió sistemàtica, indicadors per determinar l'efecte de la continuïtat de l'atenció en la qualitat d'atenció als pacients. Cabana, 2004</li> <li>• Indicadors de continuïtat en el procés i en els resultats de l'atenció mèdica. Wasson, 1984.</li> </ul>

<p><b>Temps de consulta</b></p>	<p>Campbell,01 Wilson, 02 Cape, 2002 Goedhuys, 2001 Mead, 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qüestionari d'accessibilitat, continuïtat, qualitat de l'atenció de patologies cròniques i en l'aplicació d'activitats preventives. Campbell, 2001.</li> <li>• Indicators de la capacitat de resolució, eficàcia, eficiència, accessibilitat, atenció al pacient i salut. Wilson, 2002.</li> <li>• Qüestionari de salut (qüestionari de salut general), satisfacció i estimació del temps de consulta. Cape, 2002.</li> <li>• Qualitat de la comunicació (MAAS- qüestionari global), satisfacció (EVA-PAT Qüestionari) i temps de consulta. Goedhuys, 2001.</li> <li>• Videoenregistrament, qüestionari de satisfacció (CSQ), qüestionari d'habilitat (PEI). Mead, 2002</li> </ul>
<p><b>Relació metge-pacient</b></p>	<p>Goedhuys, 2001 Di Blasi, 01 Tarrant, 03 Safran, 98 Krupat, 01 Stewart, 00 Little, 2001 Hjortdahl,92 Mead, 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordatori de visita, qualitat de la comunicació (MAAS- Qüestionari global), QVRS, SF-36 i indicators de la capacitat resolutiva. Goedhuys, 2001.</li> <li>• Indicators sobre aspectes cognitius de la consulta, aspectes emocionals de l'atenció, estat de salut, utilització dels serveis de salut, expectatives en el tractament, adherència al tractament i relació metge-pacient. Di Blasi, 2001</li> <li>• Confiança, comunicació, relació interpersonal, coneixements i qüestionari GPAS*. Tarrant, 2003</li> <li>• Qüestionari PCAS (inclou factors estructurals i organitzatius i qualitat de la interacció metge-pacient). Safran, 1998</li> <li>• Qüestionari PPOS que inclou: confiança en el metge, satisfacció amb l'atenció clínica i avaluació del metge, positivista. Krupat, 2001</li> <li>• Comunicació centrada en el pacient (entrevistes registrades i percepcions del pacient) qualitat de vida (CVRS i SF-36) i capacitat resolutiva. Stewart, 2000</li> <li>• Qüestionaris de satisfacció, comunicació, relacions personals, consciència del problema i interès en l'efecte del problema a nivell personal i en la qualitat de vida familiar. Little, 2001</li> <li>• Qüestionari per avaluar la influencia de la continuïtat en la continuïtat de l'atenció i la satisfacció dels pacients. Hjortdahl, 1992</li> <li>• Videoenregistrament, qüestionari de satisfacció (CSQ), qüestionari d'habilitat (PEI). Mead, 2002</li> </ul>

Desglossant el que hem presentat en la taula anterior, veurem que:

Els indicadors d'accessibilitat que s'associen amb gran satisfacció són: obtenir una cita amb el metge de capçalera per al mateix dia, o el següent dia (Bower, 2003), i el temps d'espera a la sala d'espera de la consulta de 6 a 10 minuts (Bower, 2003).

L'indicador de continuïtat que estava associat amb la satisfacció era tenir el mateix metge de capçalera durant un període llarg de temps (Wasson, 1984; Hjortdahl, 1992; Campbell, 2001; Sturmberg, 2001; Bower, 2003; Cabana, 2004).

Els indicadors relacionats amb el temps de consulta, és a dir, els de llarga durada de la consulta o de la percepció del pacient en relació a la durada de la visita, mostraven una associació directa amb increments de la satisfacció (visita clínica més llarga, més satisfacció del pacient) (Cape, 2002; Mead, 2002; Wilson, 2002). Les consultes curtes classificades per l'autor com "amb l'eficiència mèdica tècnica alta" sembla ser que es relacionin amb mala comunicació i causaven efectes desagradables en els pacients, desagradaven més (Goedhuys, 2001).

En relació als indicadors de la relació metge-pacient, sembla ser que els ciutadans estan més satisfets amb el metge que sembla càlid, amigable i amb conductes tranquil·litzadores (Di Blasi, 2001), confident (Safran, 1998; Tarrant, 2003) que proporciona una atenció centrada en el pacient (Stewart, 2000; Little, 2001), que mostra un interès en els assumptes, preocupacions dels pacients i en les seves expectatives (Little, 2001), que parla del problema de salut, que proporciona una explicació clara del diagnòstic i pronòstic, i que comparteix les decisions del tractament (Little, 2001). La satisfacció més gran ocorre quan el pacient té la percepció de ser escoltat, de ser tractat amb respecte, humanament i tan bé com amb els altres (Little, 2001). Una relació metge-pacient personal i centrada en ell, augmentava les probabilitats que el pacient estigués més satisfet amb la consulta (Hjortdahl, 1992).

No hi ha cap suport per a la hipòtesi que la rellevant tasca dels metges de família centrada en els pacients podria predir tant la capacitació com la satisfacció dels pacients (Mead, 2002). Els metges que tenien creences, opinions centrades en la participació i informació dels pacients no es valoraven més positivament en mesures de satisfacció (Krupat, 2001).

La següent taula resumeix els estudis identificats que mostraven una associació entre els atributs de l'atenció primària de salut i els indicadors de resultat de **salut**.

**TAULA XXXII:** Atributs de l'APS relacionats amb la salut

Atributs	Referències	Indicadors
<b>Continuïtat</b>	Sturmberg,01  Hartley, 2002  Cabana, 2004  Wasson, 84	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadors de continuïtat del procés (índex de continuïtat modificat) i de continuïtat dels resultats (problemes aguts, crònics, prevenció i problemes psicosocials). Sturmberg, 2001</li> <li>• Qüestionari PCAS (inclou factors d'estructura, d'organització i la qualitat de la relació metge-pacient), activitats-consells preventius i detecció de problemes de salut. Hartley, 2002</li> <li>• Revisió sistemàtica; indicadors que determinen l'efecte de la continuïtat de l'atenció en la qualitat de l'atenció al pacient. Cabana, 2004</li> <li>• Indicadors de continuïtat de procés i resultats en l'atenció mèdica. Wasson, 1984.</li> </ul>
<b>Atenció coordinada</b>	Stille, 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisió; indicadors per determinar l'efecte de l'atenció coordinada en la qualitat de l'atenció al pacient i en resultats de salut. Stille, 2005</li> </ul>
<b>Temps de consulta</b>	Campbell, 01  Wilson, 2002  Cape, 2002  Goedhuys, 01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qüestionari d'accessibilitat, continuïtat, atenció interpersonal. Campbell, 2001</li> <li>• Indicadors de resolució, d'efectivitat, eficiència, accessibilitat, atenció al pacient i salut. Wilson 2002</li> <li>• Qüestionari de l'estat de salut, satisfacció i estimació del temps de consulta. Cape, 2002</li> <li>• Qualitat de la comunicació (qüestionari MAAS-global), satisfacció (qüestionari EVA-PAT), temps consulta. Goedhuys, 2001</li> </ul>

<p><b>Temps de consulta</b></p>	<p>Campbell, 01 Wilson, 2002 Cape, 2002 Goedhuys, 01</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qüestionari d'accessibilitat, continuïtat, atenció interpersonal. Campbell, 2001</li> <li>• Indicators de resolució, d'efectivitat, eficiència, accessibilitat, atenció al pacient i salut. Wilson 2002</li> <li>• Qüestionari de l'estat de salut, satisfacció i estimació del temps de consulta. Cape, 2002</li> <li>• Qualitat de la comunicació (qüestionari MAAS-global), satisfacció (qüestionari EVA-PAT), temps consulta. Goedhuys, 2001</li> </ul>
<p><b>Relació metge-pacient</b></p>	<p>Di Blasi, 2001 Tarrant, 2003 Safran, 1998 Krupat, 2001 Stewart, 2000 Little, 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicators d'aspectes cognitius de la consulta, aspectes emocionals de l'atenció, estat de salut, utilització dels serveis de salut, satisfacció, expectatives de tractament, adherència al tractament i relació metge-pacient. Di Blasi, 2001</li> <li>• Confiança, comunicació, relació interpersonal, coneixement i qüestionari GPAS. Tarrant, 2003</li> <li>• Qüestionari PCAS i qüestionaris d'adherència, satisfacció i estat de salut. Safran, 1998</li> <li>• Qüestionari PPOS que inclou: confiança en el metge, satisfacció amb la consulta i avaluació del metge després de la visita. Krupat, 2001</li> <li>• Comunicació centrada en el pacient (enregistrament de consulta i percepcions dels pacients), qualitat de vida (CVRS i SF-36) i capacitat resoluciva. Stewart, 2000</li> <li>• Qüestionaris de satisfacció, comunicació, relació personal, consciència del problema i interès en l'efecte que produeix el problema en la qualitat de vida del pacient i/o l'entorn familiar. Little, 2001</li> </ul>
<p><b>Activitats preventives</b></p>	<p>McColl, 1998</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalitat teòricament evitada, mortalitat evitada, mortalitat addicional evitada, reducció en risc relatiu, reducció en risc absolut, NNT, nombre i proporció de persones elegibles per a cada intervenció entre 100,000 ciutadans, nombre de morts evitades si un 100% de la població rebés la intervenció. McColl, 1998</li> </ul>

S'observa una associació entre la continuïtat de l'atenció, com tenir el mateix metge de capçalera durant un període prolongat de temps (Wasson, 1984; Campbell, 2001; Bower, 2003; Cabana, 2004) i millors indicadors de salut.

Els pacients atesos pel mateix metge presenten menys dolor d'esquena, menys infarts, menys patologies hepàtiques i menys úlceres d'estómac (Hartle, 2002). Tanmateix, els metges amb més llarga continuïtat estan més capacitats per gestionar problemes aguts, crònics i psicosocials, posen més atenció en la dieta i en les fluctuacions de pes, en la deshabituació tabàquica, en les vacunacions, en els perfils lípidics, la pressió arterial i en el consum d'alcohol (Sturmberg, 2001). Tenir el mateix proveïdor d'assistència sanitària es relacionava també amb l'aplicació de més activitats preventives que ocasionaven una reducció en la morbimortalitat (Hartle, 2002).

Els pacients amb la continuïtat més llarga presentaven menys dies d'hospitalització, menys dies en cures intensives, estades hospitalàries més curtes i percentatges més baixos d'ingressos a urgències hospitalàries (Wasson, 1984; Cabana, 2004).

També es trobaven associacions entre la durada de la consulta i la dimensió salut. Quan el període de temps de consulta és superior o igual a 10 minuts, els pacients amb diabetis, asma i malaltia cardiovascular aconsegueixen millors controls (Campbell, 2001).

Els metges que proporcionen més temps de consulta identifiquen i tracten més problemes crònics i més problemes psicosocials. Aconsegueixen una major conformitat dels pacients en les recomanacions de tractament per a problemes específics (pressió arterial i disúria), ells proporcionen més consells actius i passius, implementen més mesures preventives per promoure i millorar la salut, prescriuen menys medicaments i basats en l'evidència qualitativa del tractament (Safran, 1998).

La millora de salut percebuda es basava en la confiança en el metge (Tarrant, 2003), en l'atenció integrada, en l'examen físic detallat, una bona comunicació i en el coneixement del pacient (Safran, 1998).

L'adherència del pacient al tractament es relacionava amb major empatia per part del metge, el qual tenia un major coneixement del pacient i aquests pacients tenien una major confiança en el seu metge (Safran, 1998).

L'estat de salut del pacient millora quan el metge proporciona un diagnòstic clar, transmet positivament el pronòstic i el tractament, i posa atenció en els aspectes cognitius i emocionals del pacient (Di Blasi, 2001).

Quan el pacient i el metge comparteixen creences/opinions hi ha un augment de la confiança del pacient en el professional que dóna l'atenció, els pacients estan més satisfets per recomanar aquest servei a altres potencials pacients i, el consell del metge és més probable de ser seguit (Krupat, 2001).

Quan la consulta està centrada en el pacient hi ha una recuperació més ràpida de la malaltia i millors resultats de salut (Stewart, 2000; Little, 2001).

Una ressenya recent reporta resultats positius de l'efecte de la coordinació de l'atenció sobre els resultats de l'assistència sanitària, com la utilització adequada dels serveis de salut. Per contrast, els estudis que examinaven resultats de salut tendien a comunicar resultats mixtos (Lanier, 2003).

L'aplicació de mesures preventives es relacionava directament amb la salut. Els índexs de mortalitat i morbiditat es reduïen amb les intervencions següents: prescrivint aspirina per a persones amb el risc cardiovascular alt, controlant la pressió arterial, donant el consell antitabac, tractant la insuficiència cardíaca amb inhibidors de l'angiotensina, amb la prescripció d'estatines en hiperlipidèmies primàries i secundàries, amb la prescripció d'anticoagulants orals per la fibril·lació auricular, i amb la vacunació contra la grip, pneumònia i tètanus (McColl, 1998).

A continuació, un cop vistos els estudis que han trobat associacions entre els diferents atributs de la medicina de família amb la satisfacció i la salut, passarem a veure els que han mostrat una relació amb els **costos**.

**TAULA XXXIII:** Atributs de l'APS relacionats amb els costos

Atributs	Referències	Indicadors
<b>Continuïtat</b>	<p>Hartley, 2002</p> <p>Cabana, 2004</p> <p>Wasson, 1984</p> <p>Raddish, 1999</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qüestionari PCAS (inclou factors d'estructura, d'organització i la qualitat de la relació metge-pacient), activitats-consells preventius i detecció de problemes de salut. Hartley, 2002</li> <li>• Revisió sistemàtica; indicadors que determinen l'efecte de la continuïtat de l'atenció en la qualitat de l'atenció al pacient. Cabana, 2004</li> <li>• Indicadors de continuïtat de procés i resultats en l'atenció mèdica. Wasson, 1984</li> <li>• Indicadors d'utilització de l'assistència sanitària i els costos (nombre de prescripcions, nombre d'admissions d'hospital, nombre de visites). Raddish, 1999</li> </ul>
<b>Temps de consulta</b>	<p>Wilson, 2002</p> <p>Goedhuys, 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadors de resolució, d'efectivitat, eficiència, accessibilitat, atenció al pacient i salut. Wilson, 2002</li> <li>• Qualitat de la comunicació (qüestionari MAAS-global), satisfacció (qüestionari EVA-PAT) i temps de consulta. Goedhuys, 2001</li> </ul>



<p><b>Relació metge - pacient</b></p>	<p>Goedhuys, 2002</p> <p>Stewart, 2000</p> <p>Little, 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitat de la comunicació (qüestionari MAAS-global), satisfacció (qüestionari EVA-PAT) i temps de consulta. Goedhuys, 2001</li> <li>• Comunicació centrada en el pacient (enregistraments de consulta i percepcions dels pacients), qualitat de vida (CVRS i SF-36) i capacitat resolutiva. Stewart, 2000</li> <li>• Qüestionaris de satisfacció, comunicació, relació personal, consciència del problema i interès en l'efecte que produeix el problema en la qualitat de vida del pacient i/o l'entorn familiar. Little, 2001</li> </ul>
<p><b>Activitats preventives</b></p>	<p>McColl, 1998</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalitat teòricament evitada, mortalitat evitada, mortalitat addicional evitada, reducció en risc relatiu, reducció en risc absolut, NNT, nombre i proporció de persones elegibles per a cada intervenció entre 100,000 ciutadans, nombre de morts evitades si un 100% de la població rebés la intervenció. McColl, 1998</li> </ul>

En primer lloc, tenir el mateix metge de capçalera durant un període llarg de temps estava associat amb menors costos (Hartle, 2002; Tarrant, 2003).

La continuïtat dels pacients estava associada amb despeses d'assistència sanitària anuals totals disminuïdes (Tarrant, 2003).

La continuïtat de l'atenció es relacionava amb indicadors indirectes d'eficiència (menys dies d'hospitalització, menys dies de cures intensives, estades hospitalàries de més curta durada i menor percentatges d'ingressos urgents) (Wasson, 1984; Tarrant, 2003).

La continuïtat de l'atenció estava associada amb la reducció en la utilització de recurs i costos (Raddish, 1999)

Una consulta més llarga estava associada amb indicadors indirectes d'eficiència. Els metges que passen més temps en el procés de consulta prescriuen menys, i fan tractaments més basats en l'evidència (Safran, 1998).

Una consulta curta amb un nivell alt d'eficiència tècnica pot ser molt productiva, però amb menor satisfacció del pacient (Goedhuys, 2001).

La ressenya d'en McColl i companyia (McColl, 1998) analitzava el cost i l'eficàcia per diferents mesures preventives i conclouia que:

- el tractament de la hipertensió era una de les mesures amb menys cost i més efectivitat, molt cost-efectiva,
- com el tractament amb estatines en pacients amb risc alt de malaltia cardiovascular, i
- anticoagulants orals en pacients amb fibril·lació auricular i per a aquells amb factors de risc per a l'atac de feridura .

Unes altres estratègies també eren, possiblement, cost-efectives i incloïen:

- aspirina per a pacients amb alt risc coronari o d'esdeveniments vasculars cerebrals,
- consell antitabac en fumadors,
- estatines en pacients amb el risc baix de malaltia d'artèries coronàries i vacunació contra el virus de grip en aquells pacients majors de 65 anys (McColl, 1998).

Indirectament, es pot entendre que la consulta centrada en el pacient sigui eficaç perquè disminueix el nombre de referències i de tests diagnòstics (Stewart, 2000; Little, 2001). També, una bona relació interpersonal entre metge i pacient està associada a menys derivacions a l'especialista (Little, 2001). Les consultes curtes semblen que siguin més productives, encara que una correlació inversa existeix entre el temps de consulta i el nivell de comunicació metge-pacient (Goedhuys, 2001).

## RESULTATS FASE QUALITATIVA

A partir de les diferents transcripcions es van identificar quatre dimensions del resultat assistencial de l'Atenció Primària de Salut:

1. accessibilitat als serveis,
2. coordinació-continuitat de l'atenció,
3. relació entre professionals i usuaris i,
4. qualitat científicotècnica-cartera de serveis-capacitat resolutiva.

### 1. Dimensió: accessibilitat

Els participants van identificar diferents aspectes de l'accessibilitat, els quals queden reflectits en la següent taula:

**TAULA XXXIV:** Aspectes de l'accessibilitat identificats pels diferents grups

Aspectes de l'accessibilitat identificats pels diferents grups								
Accessibilitat	Grups que ho van identificar *						Aspectes considerats	
	A	B	C	D	E	F	D'estructura	De procés
<b>Telefònica</b>			x		x	x	Disposar de recursos humans i materials suficients (C)	Gestió de la demanda: millorar l'ús del contestador  Reducció del nombre de trucades per resoldre la demanda (F)
<b>Horària</b>	x		x	x	x	x	Adaptar els horaris a les necessitats de tots els usuaris (joves, treballadors (E) (C), mares solteres (F), pediatria (F))	Millora de la gestió de les llistes d'espera del metge de capçalera (E) (A) (D) i dels especialistes (A) (E) i per les proves diagnòstiques (E)  Disposar del mateix

							<p>Reducció de contingents (A)</p> <p>Determinar les necessitats de salut de la població (A)</p> <p>Establir criteris per l'assignació dels pacients (F)</p>	<p>temps per als usuaris en la consulta (E)</p> <p>Atendre l'usuari assegut (E) (D)</p> <p>Compliment de l'horari per part dels professionals (E) (C)</p>
<b>Geogràfica o territorial</b>	x			x		x	<p>Disminució de la distància geogràfica dels usuaris als diferents programes (exemple: metadona) (A)</p> <p>i a proves complementàries (D)</p>	<p>Transport sanitari ràpid (F)</p>
<b>Socioeconòmica</b>					x	x	<p>Detecció de necessitats de salut no expressades (col·lectius més vulnerables: gent gran, persones amb precarietat laboral, immigrants) (F)</p>	
<b>Cultural</b>				x	x		<p>Contractació de mediadors (D) (F)</p>	<p>Regulació de l'ús de mediadors als serveis segons la seva utilitat (D)</p> <p>Formació dels professionals (D)</p>
<b>Informativa</b> Coneixement dels serveis i el seu funcionament per part dels professionals i		x				x	<p>Telèfon d'informació per als treballadors (C)</p>	<p>Control dels processos d'informació dels mitjans de comunicació de masses (C)</p> <p>Sistemes generals d'accés a la informació pels professionals.</p>

els usuaris								(comunicació Institució-CAP) (C) Unificació de Criteris
<b>Estructural</b>				<b>x</b>				Barreres arquitectòniques per a persones dependents o discapacitades (escales...)

\* Grup A (A): Metges i pediatres; Grup B (B): infermeres i treballadores socials; Grup C (C): professionals de la Unitat d'Admissió i Atenció a l'Usuari; Grup D (D): Especialistes; Grup E (E): Ciutadans / Usuaris; Grup F: Gestors, farmacèutics-farmacòlegs clínics i tècnics de salut.

Es pot observar una màxima coincidència entre els mateixos, destacant la importància de l'**accessibilitat horària**:

- "Ens hauríem d'organitzar tenint en compte les necessitats de la gent (no com ens va bé a nosaltres)". (Grup F).
- "Per als joves no hi ha facilitats. Es fa molt difícil demanar hora..., quan te la donen, ja t'ha passat el refredat...Hi ha molta llista d'espera". (Grup E, urbà).

Tots van posar de manifest la rellevància de l'**accessibilitat telefònica**:

- "El telèfon està col·lapsat..., et diuen: un moment, i t'has d'esperar eternament."(Grup C).
- "Els serveis per donar hora no funcionen, hi ha poques persones atenent el telèfon i la gent està cremada de tant esperar..., al final acaben anant al centre a demanar hora." (Grup C).
- "Quantes trucades telefòniques has de fer per contactar amb el centre...per resoldre la teva demanda". (Grup F).

Els professionals i els ciutadans van expressar les seves expectatives respecte a l'**accessibilitat a la informació**:

- *"Els ciutadans haurien de conèixer els serveis i com accedir-hi, com funcionen: la cita prèvia, les urgències i els dissabtes". (Grup B).*
- Així mateix, els professionals de la unitat d'admissió i atenció als usuaris (UAAU), van manifestar la necessitat de disposar de la informació necessària per realitzar correctament la seva tasca d'informar als ciutadans: *"Nosaltres rebem poca informació.*
- *Ens falta informació per poder informar correctament a l'usuari". (Grup C).*

## 2. Dimensió: continuïtat i coordinació

La coordinació dintre del Centre d'Atenció Primària de Salut (CAP) i amb altres CAP, entre nivells assistencials (Atenció Primària de Salut, especialistes i hospital), amb els serveis socials i sociosanitaris, les escoles, les associacions de veïns, l'ajuntament i altres recursos comunitaris disponibles, també apareix com una dimensió destacada per als participants.

En la següent taula es presenten les expectatives sobre la coordinació que emergeixen dels discursos.

**TAULA XXXV:** Continuïtat i coordinació dintre del Centre d'Atenció Primària, amb altres nivells assistencials i amb els recursos externs

<b>Continuïtat i coordinació dintre del Centre d'Atenció Primària, amb altres nivells assistencials i amb els recursos externs</b>								
<b>Coordinació</b>	<b>Grups que ho van identificar</b>						<b>Aspectes considerats</b>	
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>Estructura</b>	<b>Procés</b>
<b>Coordinació dintre del centre d'APS entre els membres de l'equip</b>	x	x	x		X		Estabilitat dels equips (A)	Treball d'equip (A) (B) (C) (E) Unificació de registres / sistemes d'informació (C) Coordinació de casos (B) Redefinició del rol d'infermeria (A) Coneixement de les competències de la treballadora social per part de

								l'equip (B) Criteris de derivació a la treballadora social (B) Revisió conjunta de les agendes dels professionals (C)
<b>Coordinació entre:</b> <b>- metges de l'APS i especialistes</b> <b>- metges de l'APS i hospital</b>	x	x	x	x	X	x	Especialistes en el CAP	Establir coordinació simètrica (F) Identificar centres que funcionen (B) Coneixement de les guies de pràctica clínica de l'APS per part de l'hospital (B) Utilitzar guies de pràctica clínica conjuntes (D) Utilitzar informes entre metges de capçalera i especialistes (C) Utilitzar informes d'alta de l'hospital a l'APS (B) Sol·licitar proves complementàries per l'especialista en APS (A) (E) Unificar i crear criteris comuns en la cartera de farmàcia (F)
<b>Continuïtat entre CAP</b>						x		Atenció als usuaris desplaçats (F)
<b>Coordinació entre APS i altres recursos externs</b>		x	x	x				Informació sobre els recursos existents (D) Establir relacions amb: - Associacions de veïns (C) - Serveis socio-sanitaris (B) - Serveis socials Ajuntament (C) - Escoles (D)

\* Grup A (A): Metges i pediatres; Grup B (B): infermeres i treballadores socials; Grup C (C): professionals de la Unitat d'Admissió i Atenció a l'Usuari; Grup D (D): Especialistes; Grup E (E): Ciutadans / Usuaris; Grup F: Gestors, farmacèutics-farmacòlegs clínics i tècnics de salut.

Algunes aportacions sobre aquest tema són:

- "La coordinació també és important entre els diferents nivells assistencials. De l'hospital de vegades t'arriben persones sense informe...". (Grup B).
- "Coordinació dels serveis socio-sanitaris, serveis socials, hospital i altres serveis. També a nivell de recursos externs. És important que hi hagi referents". (Grup B).
- "Hi ha descoordinació entre els ajuntaments, les associacions de veïns i els serveis socials i els centres d'atenció primària. (Grup C).
- "Donar més èmfasi en la coordinació entre l'atenció primària i les escoles. És un bon instrument per a l'educació sanitària, encara que es requereix més temps, més recursos humans". (Grup D).

### 3. Dimensió: relació entre professionals i usuaris

Els aspectes relacionals van ser considerats un element clau del producte de l'Atenció primària de salut; tal i com ho podem veure en la següent taula:

**TAULA XXXVI:** Relació entre professionals i usuaris

Relació entre professionals i usuaris								
	Grups que ho van identificar *						Aspectes considerats	
	A	B	C	D	E	F	Estructura	Procés
<b>Contenció i orientació davant els problemes socials i psicològics</b>	x	x			x	x		Definir límits (A) (B) Derivació a treballadora social (B) Formació i temps per atendre els aspectes psicosocials (F)



<b>Escolta activa</b>	x	x	x	x	x	x	<p>Espais adequats (C)</p> <p>Disposar de temps (E)</p>	<p>Mirar a la cara / contacte visual (E) (A)</p> <p>Escoltar (D) (E) (B)</p> <p>Animar/ Estimular a parlar (E)</p> <p>Allargar el temps de consulta (E)</p> <p>Invitar a seure l'usuari (E)</p> <p>Contrastar i negociar significats (F) (E)</p>
<b>Confiança i respecte</b>			x					<p>Confiança i respecte mutu entre usuaris i professionals (C)</p> <p>Temps de la relació (C)</p> <p>Credibilitat (C)</p>
<b>Empatia</b>				x	x	x		<p>Temps dedicat per usuari (E)</p> <p>Formació dels professionals en l'aproximació a altres cultures (D)</p>
<b>Confidencialitat - Intimitat</b>		x	x				<p>Espais oberts i massificats (B)</p>	<p>Ser curiosos a l'informar a l'usuari (B)</p> <p>Evitar donar explicacions sobre temes privats en públic (C)</p> <p>Evitar interrupcions en les consultes (B)</p>
<b>Longitudinalitat (relació d'agència)</b>	x		x	x		x		<p>Seguiment a través del temps (D) (F)</p> <p>Incorporar una visió global (D)</p> <p>Generar confiança (C)</p>

<b>Acollida</b>	x	x	x		x			Acollida dels usuaris per part dels professionals de la UAAU (A) (C) (E) Recursos formatius per als professionals (D)
<b>Relacions simètriques</b>			x	x				Presa de decisions conjuntes (C) Promoure l'ús dels propis recursos per part de l'usuari (D)

\* Grup A (A): Metges i pediatres; Grup B (B): infermeres i treballadores socials; Grup C (C): professionals de la Unitat d'Admissió i Atenció a l'Usuari; Grup D (D): Especialistes; Grup E (E): Ciutadans / Usuaris; Grup F: Gestors, farmacèutics-farmacòlegs clínics i tècnics de salut.

Els informants van ressaltar respecte a:

- **La contenció i orientació enfront els problemes psicològics i socials:** "els problemes socials influeixen en la salut de les persones i si no fem contenció... Les persones han de ser escoltades... i moltes vegades només pots fer contenció". (Grup B). "Hem de donar resposta als problemes globals dels nostres usuaris". (Grup A). "De vegades tot el que un té és psicològic, bé no tot, però n'hi ha prou perquè la doctora et doni una mica de l'atenció que estàs desitjant en aquell moment, jo penso que amb això, com a mínim per a mi, és suficient, perquè hi ha vegades que vaig a la doctora i ni et mira i llavors, te'n vas més malalta del que has arribat...". (Grup E).
- **L'escolta activa:** "El pacient entra i tu li dius digui, digui, que jo ja l'escolto, (mentre tu estàs escrivint...??)." (Grup A). "La forma d'escoltar..., l'escolta activa, no és escoltar i ja està, si no escoltar d'una determinada manera". (Grup D). "No pot ser una qüestió de sort que et toqui un professional que t'escolti..., això hauria de ser un mínim". Has d'exigir que t'escoltin..., és una premissa bàsica en la sanitat pública". (Grup E). "...Que et mirin a la cara i que t'escoltin... Miren a l'ordinador i no et miren a tu". (Grup E).

- **L'empatia:** "No t'expliquen el que tens... i no t'ajuden a significar el que et passa. Et passen més coses que allò pel que consultes. Ets una persona més completa". (Grup E). "Hem de saber el que ha entès el pacient del que li hem dit i a la inversa...saber escoltar..."(Grup F). "També cal aprendre a dir-li al metge el que et passa. Si no els ajudes...de vegades no saben". (Grup E).
- La **confiança en els professionals, el respecte i la longitudinalitat:**"Si el pacient té confiança en els professionals i les persones que l'atenen, entén millor les coses que li estan dient i s'adapta millor a l'equip i els serveis. La confiança es genera amb el respecte mutu". (Grup C). "El temps del metge en el mateix ambulatori també influeix, és diferent la confiança que genera un metge que porta tota la vida en el mateix centre i ja coneix tots els pacients, que la dels metges que van canviant cada setmana". (Grup C).
- La **confidencialitat/intimitat:** "El tema de les cues..., quan parles amb l'usuari en el mostrador no pots fer-ho amb tranquil·litat, sense que et senti tothom. Sobretot quant han de fer-se proves d'orina, o persones que tenen algun problema que els fa vergonya d'explicar davant dels altres, persones amb sida, o una persona que no sap llegir...". (Grup C).
- L'**acollida** a les persones usuàries: "L'atenció primària és porta d'entrada dels usuaris i és molt important com l'administratiu (que és la persona que l'atén en primer lloc) rep l'usuari. Dependrà de com aquesta persona rebí a l'usuari que la cosa vagi molt bé o vagi molt malament." (Grup A). "Un lloc agradable, que no tinguis que explicar el teu problema en mig d'una cua..., que et mirin a la cara...". (Grup B).

A l'expressar les expectatives respecte a les actituds relacionals, la **durada de la visita** apareix com un aspecte molt preuat per part dels ciutadans sans participants i els professionals.

"Necessitem més temps o menys pacients. La gent gran tarda molt només en treure's la roba, sobretot a l'hivern..." (Grup D). "El metge té dos minuts per atendre't. De peu no es pot atendre. Manca decor per poder indagar a nivell global el que et passa". (Grup E). "Jo procuro anar a les primeres hores perquè així no has d'esperar i t'atenen millor..., tenen més temps. Clar, després s'acumulen les visites i hi ha menys temps". (Grup E).

#### 4. Dimensió: qualitat científicotècnica i capacitat resolutiva de l'APS.

La qualitat dels serveis de l'APS i la capacitat resolutiva van ser dimensions identificades pels participants. En la següent taula es mostren els diferents aspectes emergents dels discursos.

**TAULA XXXVII:** Qualitat científicotècnica dels serveis d'Atenció Primària i capacitat resolutiva.

Qualitat científicotècnica dels serveis d'Atenció Primària i capacitat resolutiva								
Components	Grups que ho van identificar *						Propostes de millora	
	A	B	C	D	E	F	Estructura	Procés
<b>Resolució dels problemes diagnòstics i terapèutics de la patologia aguda</b>	x		x	x		x	Elaboració de la cartera de serveis (A) Nombre i tipus de proves diagnòstiques sol·licitades	
<b>Resolució dels problemes diagnòstics i terapèutics de la patologia crònica</b>	x			x	X		Introducció del voluntariat (E) Serveis de rehabilitació (D) Incorporació de Geriatres (A)	Especialització i formació específica als professionals (A) (D) Formació de les famílies (E) Suport emocional als cuidadors (E) (A) Acompanyament en el procés (D) Prescripció correcta (E)

<p><b>Resolució dels problemes diagnòstics i terapèutics en salut mental</b></p>				x	x		<p>Augment del nombre d'especialistes (D)</p>	<p>Facilitar el context relacional per expressar-se (E) (D)</p> <p>Suport psicològic als cuidadors (E)</p> <p>Facilitar el temps i la formació necessàries per detectar la malaltia (E)</p> <p>Derivacions</p>
<p><b>Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM)</b></p>	x	x	x	x	x	x	<p>Més recursos durant les epidèmies(C)</p> <p>Més mitjans (vehicles i conductors) en zones rurals i metropolitanes (C)</p> <p>Introducció del voluntariat (E)</p> <p>Transformació dels PADES en equips de suport dels EAP (A) D)</p> <p>Augmentar la capacitat de resposta immediata per part dels PADES</p> <p>Serveis de rehabilitació (D)</p> <p>Incorporació de Geriatres (A</p>	<p>Formació de les famílies (E)</p> <p>Suport emocional als cuidadors (E) (A)</p> <p>Acompanyament en el procés (D)</p> <p>Prescripció correcta (E)</p>

<p><b>Activitats preventives</b></p>	x	x	x		x	x	<p>Registre de vacunes centralitzat (A)</p> <p>Treball per programes (F)</p> <p>Incorporar els agents de salut (C)</p>	<p>Prevenió de malalties cròniques,</p> <p>SIDA i malalties de transmissió sexual en joves (C)</p> <p>Prevenió consum drogues en joves (C)</p> <p>Embarassos en adolescents (A)</p> <p>Consell genètic (A)</p> <p>Revisions escolars (A)</p> <p>Obesitat (C)</p> <p>Malalties importades (C)</p> <p>Trastorns en l'alimentació (E)</p>
<p><b>Activitats educatives o promoció de la salut en la consulta i en la comunitat</b></p>	x	x		x		x	<p>Educació sanitària compartida amb altres agents (campanyes publicitàries) (D)</p>	<p>Promoure activitats en la comunitat: escoles, carretera, empreses, et.) (D)</p> <p>Unificar criteris sobre com realitzar les activitats educatives i com avaluar la seva efectivitat (B)</p> <p>Avaluar les activitats educatives (F)</p> <p>Realitzar educació grupal (A)</p>

<b>Rehabilitació problemes osteoarticulars (reuma i trauma) , respiratoris</b>				x			Incorporar rehabilitadors en l'APS (D)	
<b>Augmentar les proves complementàries en APS</b>	x			x			Ecografies (A) Amniocentesis (D)	
<b>Atenció Continuada</b>	x		x			x	Definir i separar l'Atenció Urgent de l'Atenció Continuada (A)	
<b>Medicines complementàries</b>				x	x		Incorporar en l'atenció les medicines alternatives (D) (E)	
<b>Cirurgia menor</b>	x						Es podria assumir en AP	

\* Grup A (A): Metges i pediatres; Grup B (B): infermeres i treballadores socials; Grup C (C): professionals de la Unitat d'Admissió i Atenció a l'Usuari; Grup D (D): Especialistes; Grup E (E): Ciutadans / Usuaris; Grup F: Gestors, farmacèutics-farmacòlegs clínics i tècnics de salut.

**Atenció als problemes diagnòstics i terapèutics de la patologia aguda.** Els professionals posen de manifest la carga assistencial atribuïble a l'atenció a patologia aguda i l'escassa contribució-ponderació de la mateixa en les avaluacions. "L'atenció a la patologia aguda (de diagnosticar un refredat fins a extreure un tap de l'oïda....) és el 90% del nostre treball i no es té en compte en l'avaluació". (Grup A).

**Atenció a les necessitats dels problemes diagnòstics i terapèutics de la patologia crònica, l'atenció domiciliària (ATDOM) i els problemes de salut mental.** Respecte a la patologia crònica, l'ATDOM i els problemes de salut mental,

convé destacar la identificació de necessitats formatives en geriatria, rehabilitació i salut mental, expressades pels professionals i la necessitat de formació a les famílies manifestada pels cuidadors. *"T'han d'ensenyar a conviure amb la malaltia. Conèixer l'ús i els efectes dels medicaments". (Grup E). "Necessitaríem cursos per aprendre a manejar una malaltia, com la demència. No sé com he d'actuar en moltes altres coses que em passen amb el meu pare...". (Grup E).*

Els professionals i els ciutadans participants posen de relleu la necessitat de suport psicològic als cuidadors i d'acompanyament en els processos crònics. *"Els malalts crònics som persones molt fràgils. Quan hi ha malalties especials cal prevenir les depressions. La infermera que ve a casa procura que no tingui una depressió". (Grup E). "En la gent gran amb pluripatologia o malaltia crònica avançada, el seguiment i l'acompanyament són fonamentals ". (Grup D).*

Sobre l'atenció als problemes de salut descrits sorgeix la demanda d'incorporar geriatres, serveis de rehabilitació, més especialistes en salut mental i disposar de més temps. *"Atenció especial significa que necessiten unes coses específiques, més dedicació, més temps, educació sanitària". (Grup A). "La immigració no és un conflicte, també tenen problemes les persones de 80 anys, has de fer prevenció a tots...El que passa és que es necessita més temps per atendre una persona gran o a un immigrant". (Grup D).*

**Activitats preventives i de promoció de la salut en la consulta i en la comunitat.** Tots els grups participants expressen expectatives positives sobre la necessitat de l'aplicació d'activitats preventives i la promoció de la salut a nivell individual i comunitari. *"Prevenció primària: ensenyar-li a prevenir el càncer de colon, les malalties cardiopulmonars, les malalties de transmissió sexual, la càries..." (Grup B). "Cal fer educació grupal en persones diabètiques, dones amb menopausa (massa medicalitzada, sense una malaltia), prevenció de l'embaràs en adolescents, promoció de la lactància materna, revisions escolars, consell genètic, etc., una mica en funció de les necessitats". (Grup A).*

En el cas dels adolescents es va posar de manifest la necessitat de realitzar les activitats preventives fora del centre de salut. *"En el cas dels adolescents, cal realitzar les activitats preventives fora del centre de salut, cal enganxar-los per sorpresa." (Grup C). "Les activitats comunitàries sempre es queden per al final. Igual que fem visites programades, cal fer activitats fora del centre, en instituts, escoles..., bàsicament activitats preventives". (Grup F).*



**Altres serveis: medicines alternatives, cirurgia menor i ampliar les proves complementàries des de l'APS.**

Els especialistes i els ciutadans van expressar la demanda d'incloure en els serveis la medicina alternativa. *"Amb les medicines alternatives es podrien estalviar molts medicaments. Per què la primària no podria oferir medicina alternativa? És una forma de respondre a una demanda. La Seguretat Social no cobreix les medicines alternatives, tot i que l'homeopatia per exemple s'ha demostrat vàlida per a determinades coses. La primària com a mínim no les hauria de rebutjar, hauria d'escoltar. En les medicines complementàries, com en tot, hi ha gent competent i gent que no ho és. Como a mínim s'haurien de respectar aquestes medicines". (Grup D). "Nosaltres utilitzem la medicina alternativa i ells ho han de tenir en compte....". (Grup E).*

També es va plantejar la possibilitat d'assumir la cirurgia menor: *"La cirurgia menor també la podria assumir l'atenció primària". (Grup A).*

En les diverses dimensions identificades apareix la **qualitat de la prescripció** com a un element clau.

**L'equitat** entesa com a accessibilitat de tots els usuaris, sense diferències d'etat, classe social, nivell socioeconòmic i territorial, **la satisfacció i l'eficiència** tècnica, de gestió i dinàmica, entesa com a capacitat d'innovació, flexibilitat i adaptabilitat productiva, també apareixen en els discursos com a elements clau, en tots els components del producte identificats.

## RESULTATS FASE QUANTITATIVA

L'anàlisi inclou un total de 213 Equips d'Atenció Primària (EAP) dels 267 que gestionava l'Institut Català de Salut (ICS) l'any 2003. Vam excloure de l'estudi els 54 EAP que no disposaven del total de variables seleccionades.

En la següent taula es descriuen i es comparen els EAP que han participat en l'estudi i els que no. No s'observen diferències significatives entre els dos grups.

**TAULA XXXVIII:** Comparació dels equips d'atenció primària que han participat i que no han participat en l'estudi

		<b>EAP inclosos n=213</b>	<b>EAP inclosos n=54</b>	<b>no</b>	<b>Estadística</b>	<b>Sig.</b>
Rural	n (%)	90 (85.71%)	15 (14.29%)		$\chi^2=3.783$	0.052
Urbà		123 (75.93%)	39 (24.07%)			
% població assignada major de 60 anys	mitjana (desv.típ.)	17.07 (4.57)	18.45 (5.83)		T=1.622	0.109
Nivell socioeconòmic:						
S1 (molt alt)	n (%)	28 (82.35%)	6 (17.65%)		$\chi^2=1.743$	0.627
S2		80 (83.33%)	16 (16.67%)			
S3		71 (76.34%)	22 (23.66%)			
S4 (molt baix)		34 (77.27%)	10 (22.73%)			
% Immigrants	mitjana (desv.típ.)	8.99 (4.75)	10.44 (6.67)		T=1.835	0.068
Any inici de la reforma	Mitjana (desv.típ.)	1993.60 (4.82)	1993.04 (4.23)		T=-0.786	0.433

El model que millor ha ajustat l'estructura de les dades és la que consta de tres dimensions (vegeu taula adjunta), amb un AGFI=0.778.

**TAULA XXXIX:** mesures d'ajust i proves d'hipòtesis relacionades amb l'elecció del model Factorial Confirmatori que millor ajusta l'estructura a les dades

	$\chi^2$	g.l	$\Delta\chi^2$	$\Delta$ g.l	Sig.	AGFI
<b>Model dimensions</b>	<b>4</b> 479.927	178				0.776
<b>Model dimensions</b>	<b>3</b> 480.099	180	0.172	2	0.918	0.778
<b>Model dimensions</b>	<b>2</b> 667.408	181	187.309	1	<0.001	0.701

$\chi^2$ : Xi-quadrat, fórmula estadística que ens mesura les discrepàncies entre l'estructura de les dades estimada pel model i l'observada.

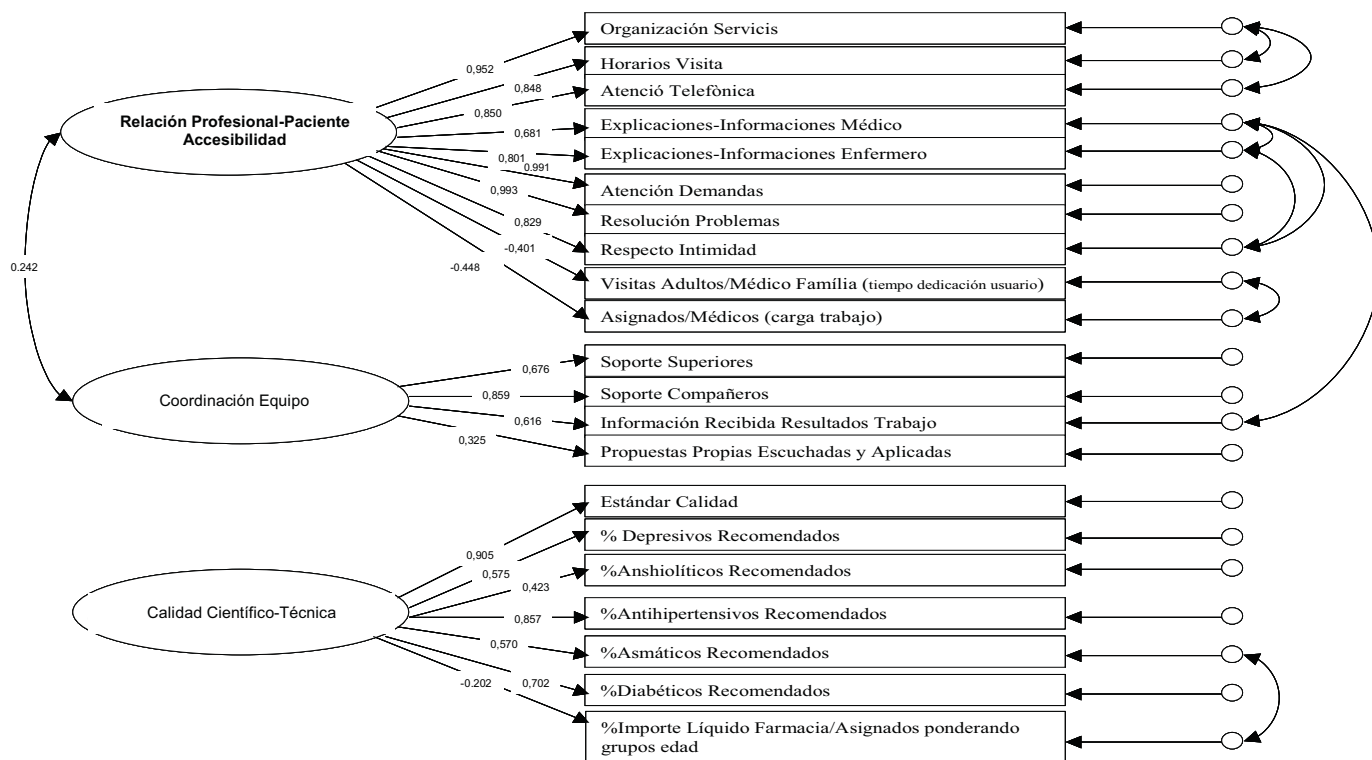
$\Delta\chi^2$ : Diferència entre les xi-quadrats ( $\chi^2$ ) dels models comparat amb l'augment de paràmetres necessaris per millorar significativament la bondat de l'ajust del model

AGFI: Mesura d'ajust que varia entre 0 i 1, significant l'1, l'ajust perfecte, penalitzen l'augment de paràmetres en el model.

En la següent figura (figura 2) es presenten les estimacions dels principals paràmetres del model.

Els paràmetres regressors estandaritzats i correlacions entre dimensions del model Factorial Confirmatori seleccionat per identificar el resultat dels serveis de medicina de família en l'àmbit de l'Institut Català de la Salut (ICS). Les caixes representen els indicadors seleccionats de les bases de dades rutinàries de l'ICS; les el·lipse representen les dimensions que componen el resultat dels serveis. Les fletxes unidireccionals representen la relació entre les dimensions i les bidireccionals representen les correlacions entre dimensions.

**FIGURA 2:** Estimacions dels principals paràmetres del model



S'observa que les dimensions "relació metge-pacient i accessibilitat" i "coordinació de l'equip" estan correlacionades positivament. Per contra, la dimensió "qualitat científicotècnica" és independent de les altres.

Els paràmetres que relacionen les variables estudiades amb cada dimensió prenen valors entre 0 i 1 si la relació és positiva i entre 0 i -1 si és negativa (vegeu figura anterior).

Les variables que estan més relacionades amb la dimensió "relació professional-pacient i accessibilitat" són: organització dels serveis, adequació dels horaris de visita, satisfacció amb l'atenció telefònica, qualitat de les explicacions del malalt, atenció a les demandes de l'usuari, resolució dels problemes de l'usuari i respecte a la intimitat de l'usuari.

Pel que fa a la dimensió "coordinació de l'equip", la variable més relacionada és el suport dels companys.

Finalment les variables més relacionades amb la dimensió "qualitat científicotècnica" són: indicador global de l'estàndard de qualitat farmacèutica i percentatge de prescripció d'antihipertensius recomanats.

# **DISCUSSIÓ GENERAL**



## DISCUSSIÓ GENERAL

En una primera fase hem vist com la revisió bibliogràfica obté evidència entre l'associació de diferents atributs de l'Atenció primària de salut amb el resultat de l'assistència sanitària mesurada per la satisfacció del pacient, les millores en la salut i el seu cost. Així, hem pogut trobar que la satisfacció dels usuaris es relaciona amb la continuïtat de l'atenció, el temps de consulta i la relació metge-pacient; que les millores de salut de la població es relacionen amb l'accessibilitat, la continuïtat de l'atenció, el temps de consulta, la relació metge-pacient, la coordinació entre nivells i en l'atenció i les activitats preventives i; que el cost/benefici de l'Atenció primària es relaciona amb la continuïtat, el temps de consulta, la comunicació metge-pacient i les activitats preventives.

En una segona fase hem vist com els professionals i ciutadans usuaris identifiquen quatre dimensions del resultat assistencial de l'Atenció Primària de Salut que coincideixen amb les responsabilitats i atributs bàsics de la mateixa: accessibilitat; coordinació i continuïtat; relació metge-pacient; i qualitat científicotècnica, cartera de serveis i capacitat resolutiva. Consideren que els serveis actuals no compleixen totes les seves expectatives en aquestes dimensions. En les diverses dimensions identificades apareix la qualitat de la prescripció com un element clau; l'equitat entesa com accessibilitat de tots els usuaris, sense diferències d'etat, classe social, nivell socioeconòmic i territorial, la satisfacció i l'eficiència tècnica, de gestió i dinàmica, entesa com capacitat d'innovació, flexibilitat i adaptabilitat productiva, també apareixen en els discursos com elements clau, en tots els components del producte identificats.

I, en una tercera fase hem vist que els atributs que descriuen el resultat assistencial de l'Atenció primària de salut estan estretament relacionats entre si i que les dimensions que havíem identificat en l'anàlisi quantitativa, també es veuen aquí confirmades.

Per tant, el model que millor s'ajusta a l'estructura de les dades que disposem, és la que consisteix en les tres dimensions, tenint en compte que disposavem de 4 dimensions teòriques i que al fer l'anàlisi, ens quedem amb tres, ja que dues es colapsen, és a dir, que l'accessibilitat i la relació metge-pacient es correlacionen entre sí, identificant-se així, les següents dimensions:

- (1) l'accessibilitat individual als serveis i la relació metge-pacient,
- (2) la coordinació dintre l'equip d'atenció primària de salut,
- (3) la qualitat científicotècnica del servei.

Les dos primeres d'aquestes tres dimensions es van correlacionar entre sí, però la tercera va ser totalment independent de les altres dos.

La primera dimensió està estretament vinculada a tots els aspectes de relació personal entre els professionals sanitaris i el pacient i, també incorpora aspectes d'accessibilitat als serveis. La segona fa referència a la capacitat de coordinació entre diferents professionals i de treballar en equip. Finalment la tercera, totalment independent de les anteriors es basa en la qualitat científicotècnica, o sigui el grau en el qual les actuacions sanitàries s'ajusten a la millor evidència disponible.



## LIMITACIONS DEL TREBALL

En la cerca bibliogràfica podem pensar que no es van identificar tots els articles possibles, ja que s'utilitzaven les principals bases de dades electròniques i, això podia haver fet que s'exclouguessin articles no indexats; tot i que som conscient d'aquest fet, creiem que utilitzar les bases de dades més reconegudes, ens garanteix trobar-hi el major nombre d'articles pel nostre interès.

Tanmateix, podem veure que la majoria d'articles revisats són de parla anglesa, per tant, això no solament limita la possibilitat d'obtenir més evidència sinó que també podria arriscar la validesa externa dels resultats. No podem assegurar que les associacions observades també existeixin en altres ambients culturals o en altres organitzacions de serveis de salut. Tot i aquest fet, el cert és que actualment l'idioma internacionalment utilitzat per la publicació d'articles és l'anglès i, per tant, tot i no haver explorat altres idiomes, per dificultats òbvies, ens assegura tenir un nombre important d'articles relacionats amb la nostra investigació.

Per altra banda, tot i que hem trobat bona evidència que l'atenció centrada en el pacient millora els resultats de salut i l'eficiència, hem de tenir en compte la majoria d'estudis inclosos només avaluen associacions entre variables i no relacions causals entre elles, ja que la majoria són estudis observacionals. Observàvem, per exemple, que els metges que feien consultes més llargues i donaven més continuïtat de l'atenció aconseguien més satisfacció de l'usuari i més millores en la seva salut. Tanmateix, el disseny d'aquests estudis fan que no ens permetin suposar que merament augmentant el temps per consulta i la continuïtat de l'atenció per part dels metges de família obtindrem millora en la satisfacció del pacient o en els seu estatus de salut. Tanmateix, cal remarcar la dificultat per avaluar l'impacte d'aquests atributs tan poc estandaritzats i amb múltiples definicions.

Per altra banda, podríem pensar que a l'utilitzar els nostres criteris d'inclusió i exclusió, deixàvem per revisar articles sobre diferents atributs de l'atenció primària de salut, però és òbvi que ens havíem de centrar en el nostre objectiu, és a dir, aquells treballs que a part de revisar, abordar diferents atributs de l'atenció primària, els relacionaven amb l'associació que buscàvem, és a dir, amb la satisfacció, amb la millora de salut i/o amb els seus costos.

Finalment, hem de tenir en compte que en la literatura revisada, la majoria d'articles, presenten resultats positius, que són els que habitualment es publiquen

(biaix de publicació) i, que aquest fet pot condicionar-nos els nostres resultats, ja que no disposem d'articles publicats on no es demostrï l'associació que hem trobat i, això no vol dir, que no s'hagin pogut produir; només que no disposem de publicacions. Per reafirmar el que hem trobat a la literatura, disposem dels resultats propis de la fase qualitativa i quantitativa, que reafirmen l'associació trobada i les seves dimensions.

En l'estudi qualitatiu podem pensar que tot i fer una selecció acurada dels diferents grups en base als perfils predeterminats, els elements comuns de formació, la tendència a respondre segons el fenomen de desitjabilitat social, la consciència que algunes expectatives poden ser desmesurades i la vinculació amb l'Atenció Primària de Salut, podrien limitar en part la sinceritat de les respostes i la representativitat dels resultats.

En l'estudi quantitatiu cal mencionar el fet d'haver utilitzat en l'anàlisi els indicadors disponibles que més s'ajustaven als paràmetres identificats en l'estudi qualitatiu i, tanmateix, el fet d'utilitzar els indicadors d'una única base de dades, gestionada per una única entitat; per tant desconexem si es manté la validesa externa, és a dir si es mantindria la mateixa agrupació, si haguéssim utilitzat altres variables, altres bases de dades i si seguiria vigent si s'apliqués a altres equips gestionats per altres organitzacions sanitàries o en altres territoris, ja que aquest model, no ha estat provat en aquests.

D'altra banda, el fet d'haver utilitzat només els registres propis de l'atenció primària, pot haver fet que ens haguem deixat indicadors importants i populars de les bases de dades hospitalàries com les hospitalitzacions evitables; i/o la d'altres institucions i/o altres territoris; però la dificultat que hauria suposat la seva obtenció, el cost que ens podia haver suposat, el fet que el treball estigués centrat en l'avaluació del resultat de l'atenció primària i, sobretot, el fet que aquests registres ens permetien que cada un dels equips de la nostra institució es poguessin autoavaluar de forma autosuficient des de l'AP, sense que els calgués l'ajuda de ningú més, per tal d'anar millorant, va fer que es prioritzessin només aquests registres.

Hem de tenir en compte que qualsevol sistema avaluatiu, per moltes millores que porti en relació als que ja teníem, seguirà arrossegant deficiències que ens obligaran a continuar millorant de forma permanent ja que actualment no tenim cap instrument ideal en aquest camp.

## **DISCUSSIÓ GENERAL I COMPARACIÓ DELS RESULTATS AMB ALTRES TREBALLS**

La importància d'aquest treball radica, bàsicament, en la idoneïtat del tema tractat en el context social actual, tenint en compte que estem en l'era de les noves tecnologies i de l'avaluació de les tasques realitzades. És obvi, que la complexitat, l'especialització i l'elevat cost de l'atenció sanitària no disminuiran i, que cal garantir una assistència eficaç i eficient; és per això que val la pena intentar detectar i corregir la utilització incorrecte d'indicadors d'avaluació a partir d'aquelles dimensions que han demostrat una relació amb els bons resultats de salut, la satisfacció i/o els costos.

En una primera fase, hem vist que hi ha sis atributs (continuitat, accessibilitat, temps de consulta, relació metge-pacient, activitats preventives i coordinació entre professionals i/o nivells) que es relacionen amb la satisfacció, resultats de salut i/o costos.

Veiem com es descriu clarament que el que és un bon metge de família és el que segueix el pacient al llarg de la seva vida, és a dir, com diu Starfield, 2001, és el professional que dona una atenció ininterrompuda a problemes de salut successius. Implica, independentment de la presència o absència de problemes de salut, que hi ha un professional, un lloc i/o un equip que serveix de referència per rebre/donar assistència al llarg del temps. Sturmberg, 2001, entén aquesta continuïtat de l'atenció de dues maneres: com un procés d'atenció, en el que es fa un seguiment al llarg del temps per part del metge de família i, com els resultats de l'atenció, entesa com els logros obtinguts pel seguiment continuu d'aquest metge de família, en l'atenció als problemes aguts, crònics, psicosocials del pacient i la realització d'activitats preventives.

El fet de realitzar aquest seguiment al llarg del temps, de donar aquesta continuïtat en l'atenció, fa que tinguem els pacients més satisfets (per una atenció interpersonal, una atenció més personalitzada, major comunicació i habilitats comunicatives), més sans (major compliment terapèutic, major control de determinades patologies, realització de més activitats preventives) i que disminueixin alguns costos (menys ingressos, menor estança hospitalària, menor freqüentació urgències hospitalàries), tal i com veiem en els articles d'en Wasson, 1984; Hjortdahl, 1992; Raddish, 1999; Campbell, 2001; Sturmberg, 2001; Hartley, 2002; Bower, 2003; Cabana, 2004.

Com podem veure en tots aquest estudis, es ratifica la importància de la relació metge-pacient al llarg de la vida, la continuïtat, com a font de coneixement del pacient com a persona, en tota la seva complexitat, amb consideració dels seus valors i preferències i, els nombrosos avantatges, com ara, una menor utilització dels serveis de salut, una millor atenció preventiva, una assistència més apropiada i oportuna, una millor identificació dels problemes dels pacients, major satisfacció; menor nombre d'hospitalitzacions i uns costos totals inferiors. És de suposar que amb el decurs del temps, la confiança en el metge, fa que els pacients se sentin més còmodes per confiar-li informació rellevant i, també, que mostrin una major capacitat de resposta enfront de la seva recomanació. De la mateixa manera, els coneixements acumulats sobre l'entorn del pacient i de les seves malalties pot permetre-li una valoració més precisa del seu problema de salut (Starfield, 2001).

També es considera un bon metge, el que és accessible en la fase inicial d'un nou problema de salut dels seus pacients (Bower, 2003). És obvi, que el pacient ha de disposar d'un lloc concret o d'un professional de salut específic que actuï com a porta d'entrada, rebí el problema de salut i li doni resposta. Aquí, ens referim a l'accessibilitat com a la facilitat per ser atès pel metge de família. Tot i que hem de tenir en compte que el concepte d'atenció accessible és més ampli; és a dir, és aquella atenció que dona facilitats de contacte i comporta l'eliminació de barreres geogràfiques, administratives, econòmiques, culturals i lingüístiques (Donaldson, 1996). És a dir, l'accessibilitat valora la proximitat de les instal·lacions a la població atesa, els dies i l'horari d'atenció als usuaris, el nivell d'adaptació a les visites no programades i el grau en què la població considera adients tots aquests aspectes i l'accés a l'atenció és important per disminuir la mortalitat i la morbiditat. La utilització de metges d'atenció primària, en comptes d'especialistes, per al primer contacte probablement comporti una atenció més adequada, uns millors resultats de salut i una disminució dels costos totals. (Starfield, 2001)

Tot això condueix a un relació de comprensió i confiança que anima el pacient a adoptar una actitud activa i responsable cap a la seva salut. En diversos estudis hem vist com la bona relació metge-pacient fa que els metges tinguin un ampli coneixement dels seus pacients i que aquests hi confiïn més, aconseguint-se millora de resultats de salut (per major adhesió al consell mèdic, una millor recuperació del seu malestar, major capacitat enfront la pròpia malaltia), més satisfacció i, menors costos (per disminuir el número de proves diagnòstiques sol·licitades i el nombre de derivacions). (Hjortdahl, 1992; Safran, 1998; Stewart, 2000; Goedhuys, 2001; Di Blasi, 2001; Krupat, 2001; Little, 2001; Mead, 2002;

Tarrant, 2003). Les característiques de la relació metge-pacient influeixen de manera notable sobre el que els pacients pensen i fan, cosa que queda reflectida en el seu grau de satisfacció, el record de la informació pertinent del problema, la comprensió d'aquesta informació i el compliment dels consells del metge. (Starfield, 2001). Aquestes característiques també influeixen sobre els resultats de l'assistència. Quan ambdues parts estan d'acord sobre la naturalesa del problema, és més probable que informin sobre una millora quan hagin de jutjar-lo més tard, en una visita posterior de seguiment (Starfield, 1979; Bass, 1986). De la mateixa manera, quan els pacients opinen que en la visita tenen un paper actiu, en el seguiment realitzat a la setmana manifesten menys malestar, un major alleujament dels símptomes i una millora de l'estat general. També informen d'una menor preocupació per la seva malaltia i, de tenir-hi un major control (Brody, 1989; Wasserman, 1984). Quan els pacients participen activament en la interacció amb el metge també s'observen signes objectius d'un millor control de la malaltia. Per exemple, una major participació del pacient redunda en benefici d'un millor control de la diabetis, de la hipertensió i en la millora de la qualitat de vida (Greenfield, 1985; Roter, 1977; Kaplan, 1989; Stewart, 1995).

També hem vist que un bon metge de capçalera és aquell que es pren el temps adequat per escoltar i entendre el pacient (Campbell, 2001; Goedhuys, 2001; Cape, 2002; Mead, 2002), ajustant-se al nivell de complexitat de les seves patologies. Wilson, 2002; troba que hi ha diferències notables en el procés i els resultats de la consulta, entre metges que visiten depressa i els que ho fan més lentament, dedicant més temps a escoltar al pacient. Aquestes diferències són consistents entre estudis amb diversitat de dissenys i mètodes, entre països i amb independència dels sistemes sanitaris, veient-se que els metges que dediquen temps a escoltar i entendre el pacient, identifiquen i tracten més problemes psicosocials i crònics, tenen un major compliment, una millor prescripció, realitzen més consells actius i, realitzen més activitats de prevenció i promoció de la salut.

Tot el que hem comentat anteriorment és important, per tal d'aplicar medicina científica, per preveure i anticipar-se a algunes patologies i per aplicar mesures preventives apropiades a les necessitats específiques del pacient (Mc Coll, 1998).

A l'igual que la bona coordinació entre professionals i nivells assistencials, com a part essencial de l'atenció primària (Stille, 2005). Com diu Starfield, 2001, la coordinació de l'atenció de salut exigeix alguna mena de continuïtat (bé mitjançant

els metges, les històries clíniques o ambdues coses) i, de la mateixa manera, la identificació de problemes. La identificació d'aquests darrers serà més fàcil si és sempre el mateix metge el qui atén el pacient al llarg del seu seguiment o si es disposa d'una historia clínica on hi estiguin enregistrats. Tanmateix si el pacient precisa una derivació a un altre especialista i /o unitat, ens caldrà estar coordinats amb aquests.

És important subratllar que aquesta figura clàssica del metge de família no solament satisfà el pacient sinó que també té efectes positius sobre la seva salut i que alguns assaigs clínics i alguns estudis de cohorts ofereixen una bona evidència sobre la relació causal entre continuïtat de l'atenció i la millora de la salut, la satisfacció i els costos. La nostra revisió sistemàtica d'estudis controlats aleatoritzats i d'estudis de cohorts ofereixen bona evidència que l'atenció centrada en el pacient millora els resultats de salut i l'eficiència.

Per tant, aquest sis atributs de l'atenció primària de salut i la seva associació entre satisfacció, resultats de salut i/o costos ens haurien de servir de punt de partida com a mesura d'avaluació de l'atenció primària de salut.

És important subratllar la importància d'aquests atributs que caracteritzen a un bon metge de família, ja que al revisar la literatura, veiem com molts d'aquests atributs formen part de les característiques que descriuen l'atenció primària de salut, l'entorn en el que realitza la seva tasca assistencial aquest professional i el que volem avaluar (Alpert i Charney, 1994; Parker, 1974; Insitut of medicine d'estats units, 1978; Starfield, 2001).

En una segona fase, hem vist com els diferents professionals i els ciutadans usuaris vinculats a l'atenció primària de salut, identifiquen quatre dimensions del resultat assistencial de l'atenció primària de salut. En aquesta fase, passem de l'anàlisi més individualitzat, realitzat amb la cerca bibliogràfica de la primera fase, a un més grupal, ja que són molts els professionals que participen en els resultats de l'Atenció primària de salut, inclòs el propi usuari i, la visió de tots ells és important per tenir identificades les dimensions que més valoren com a resultat assistencial i, tanmateix veure si aquestes es correlacionen amb les dades obtingudes en la primera fase; correlació entre atributs i dimensions.

Com podem veure hi ha una interessant coincidència entre grups en les dimensions identificades i és interessant, el fet que la relació entre professionals i usuaris

aparegui com a element clau en tots els grups, com és esperable atesa l'amplitud i profunditat que caracteritza la relació interpersonal en aquest nivell assistencial.

Els participants van manifestar les seves expectatives sobre el resultat de l'Atenció Primària de Salut, a partir del seu context i experiència particular i val la pena destacar la riquesa i validesa subjectiva de les seves aportacions en totes les categories que sorgeixen dels discursos.

La coincidència entre els grups en la identificació de les dimensions del producte de l'Atenció Primària de Salut permet assumir que es va arribar a la saturació de la informació.

La pregunta inicial als grups que introduïa la necessitat de valorar els serveis que ofereixen i els que haurien de proporcionar els equips d'Atenció Primària de Salut, formats per diversos professionals tant sanitaris com no sanitaris, va afavorir el caràcter crític de la discussió. Atesa la tendència a identificar els aspectes amb els quals s'està més insatisfet, alguns elements centrals del resultat de l'Atenció Primària de Salut amb impacte sobre la salut i la satisfacció (facilitat d'accés a medicaments o el tractament correcte des d'un punt de vista científicotècnic), poden ser temes poc tractats, pel fet de considerar-se obvis o satisfactòriament resolts .

Les dimensions del resultat de l'Atenció Primària de Salut destacades pels participants coincideixen amb les obtingudes amb altres estudis realitzats a Catalunya. L'estudi de Palacio et al, 2003 sobre quins aspectes d'un centre de salut, lloc on realitza la seva tasca l'equip de professionals de l'atenció primària de salut, valoren els pacients, identifica: aspectes d'accessibilitat i organitzatius, la relació amb els professionals, els serveis ofertats i les característiques del centre. Els mateixos autors van estudiar que valoren els professionals i troben elements d'estructura, accessibilitat i funcionament de l'equip, cartera de serveis, coneixements i actituds (Palacio, 2003). Mira et al, 1999, troben que dels 10 aspectes més valorats pels pacients, 3 tenen a veure amb actituds dels professionals, 2 amb habilitats i 5 amb l'organització: estabilitat dels professionals, rapidesa de realització de proves i accés a la consulta, als especialistes i l'ús de la història clínica. Avaluacions globals i qualitatives de l'atenció primària com el MPAR-5 (ICS, 1997) i altres treballs publicats sobre l'aplicació del *benchmarking* als equips d'Atenció Primària de Salut (Plaza Tesías, 2005), també contemplen dimensions com l'accessibilitat, l'efectivitat i integralitat, capacitat resolutiva, costos

i eficiència. Per una altra banda, plantegen la necessitat d'incloure en l'avaluació més indicadors de resultats i de coordinació. Alguns estudis se centren en aspectes concrets del resultat: la cartera de serveis (Jimenez, 2000; Segovia, 1999), els sistemes de classificació de pacients (Prados, 1998) o la mortalitat evitada (Vila, 2001).

La nostra revisió, tal i com hem pogut veure en la primera fase, mostra relació entre satisfacció dels pacients i accessibilitat, continuïtat de l'atenció, durada de la visita, la relació metge-pacient i la realització d'activitats preventives. I els resultats de la fase qualitativa validen i enriqueixen el marc conceptual del producte de l'Atenció Primària de Salut, i contribueixen a precisar els seus components a partir de les valoracions de professionals i ciutadans usuaris.

I en una tercera fase hem vist com altres autors ja havien observat aquesta relació de l'accessibilitat i la continuïtat amb els aspectes vinculats a la relació metge-pacient. Una enquesta a usuaris de Massachussets que valorava l'impacte en el resultat dels diferents components del procés assistencial (accessibilitat, continuïtat, atenció global, integració, interacció clínica, tracte interpersonal i confiança) conclouia que únicament la confiança en el metge i el coneixent del pacient per part del metge eren els factors que s'associen als millors resultats (Safran, 2003). També s'havia observat que es comporten de forma independent les dimensions de l'atenció clínica individual d'aquests vinculats a la coordinació de l'equip. Una avaluació de l'atenció prestada per metges de família holandesos va trobar que únicament dos dimensions contribuïen de forma independent al resultat final de l'atenció: una lligada a l'estructura (gestió i organització de l'equip) i una altra al procés de l'atenció clínica (Ram, 1998).

Malgrat que indiscutiblement existeixin interaccions entre aspectes organitzatius i de relació metge-pacient i la qualitat científicotècnica (Campbell, 2001; Cabana, 2004; Ahmed, 2003), el nostre model permet observar que equips que tenen una bona qualitat tècnica no tinguin forçosament bons resultats en aspectes vinculats a la relació personal amb els pacients o a la coordinació de l'equip. Per altra banda, és lògic observar una certa associació entre la dimensió de la relació metge-pacient i la de coordinació de l'equip d'atenció primària. És ben conegut que els equips que tenen un bon clima laboral també tenen als usuaris més satisfets (Hass, 2000).

Pot sorprendre que les variables que analitzen els aspectes científicotècnics es limiten a la informació que ve de la prescripció farmacèutica. La utilitzem perquè la



majoria de les organitzacions sanitàries tenen una detallada informació de les seves prescripcions a causa de la seva importància dintre del pressupost sanitari. Al poder treballar amb totes les prescripcions s'aconsegueix una validesa molt superior a la obtinguda mitjançant auditories basades en mostrejos, sovint petits, de les histories clíniques. La progressiva informatització dels registres clínics en medicina de família segurament permetrà millorar la fiabilitat d'aquestes avaluacions de la qualitat científicotècnica.

El model ofereix una visió global del producte de l'atenció primària que incorpora tant indicadors durs i objectius com és la prescripció farmacèutica, com altres més subjectius lligats a opinions d'usuaris i professionals. Segurament aquesta perspectiva ofereix una visió més ajustada a les expectatives de salut i també de servei que tenen els pacients d'atenció primària quan van a un metge de família (Palacio, 2003), tal i com s'ha pogut observar en el producte definit en la fase qualitativa. La valoració de l'activitat del metge d'atenció primària basada exclusivament en indicadors objectius (McColl, 1998) ofereix una visió parcial dels serveis d'atenció primària que no reflecteix tota l'activitat que realitzen a diari els metges de família a la consulta.

Aportem un model que permet mesurar el resultat de l'atenció primària de salut considerant les dimensions de relació personal, de coordinació interna de l'equip i amb altres serveis i qualitat científicotècnica, utilitzant les fonts d'informació que s'utilitzen rutinàriament per la seva gestió. A pesar de la seva simplicitat recull els aspectes vinculats a les expectatives que sobre aquest servei tenen tant els professionals com els usuaris. Poden ser un instrument valuós per identificar equips de metges de família amb problemes assistencials si es detecta que el seu producte es diferent del de la majoria. Permet també avaluar l'impacte de les actuacions de millora exercides sobre aquests equips i observar la seva progressió en el temps respecte a uns objectius prèviament definits.

## **APLICACIONS PRÀCTIQUES I FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ**

Tal i com hem comentat amb anterioritat, és obvi que el sistema sanitari ha de rendir comptes de la seva activitat a la societat i que el fet de conèixer l'impacte de les diferents intervencions sanitàries és una font d'informació molt valuosa en la presa de decisions respecte a la selecció d'aquelles intervencions que contribueixen de manera positiva a la salut de la població, tenint en compte altres factors com els costos i la satisfacció; per això actualment es té tan present l'avaluació de les activitats realitzades (Alonso, 2007; Plaza Tesías, 2005).

La realitat actual és que les actuacions mèdiques i els resultats dels metges s'estan publicant cada vegada més als Estats Units per tal de donar dades d'aquesta actuació/rendiment a la població i també que es recullen de forma rutinària per tenir dades disponibles per als compradors d'assistència sanitària i per als proveïdors (goldfield, 2003). És probable que Espanya i molts altres països facin el mateix (Lanier, 2003; Gené, 2004).

Els sis atributs essencials de l'atenció primària de salut que es relacionen amb els resultats han de guiar la manera que avaluem i organitzem els nostres serveis i la forma de pagar el salari dels professionals d'atenció primària, si desitgem maximitzar l'impacte de l'atenció clínica proporcionada en l'atenció primària.

Les polítiques de gestió que només utilitzen contenció de costos, no només han malmès la imatge dels metges de família, sinó que també han tret poder al metge de família, el qual podria contribuir per millorar la satisfacció d'usuaris i la salut del ciutadà. Al contrari, si apliquem models organitzatius que reforcen els atributs que hem identificat s'aconseguiran millores progressives en el resultat d'assistència sanitària.

Els atributs són valors bàsics de l'atenció primària, de la medicina de família, però cal demostrar aquesta afirmació i, fins ara, només tenim evidència de la relació que hi ha amb alguns resultats, però necessitem demostrar aquesta relació de causalitat amb els resultats. Encara que això és una àrea de recerca difícil, necessitem més estudis analítics que ajudin a vèncer les meres associacions de variables i aconseguixin establir una relació de causalitat entre els atributs de la medicina de família i els resultats. I també és necessari unificar unificar la definició d'aquests atributs. La variabilitat en el concepte dels atributs i els indicadors d'avaluació en les comparacions internacionals són difícils i això dificulta els

metanàlisis; per tant, aquesta definició dels atributs de medicina de família ha de ser més treballada en futurs estudis.

Els indicadors d'avaluació dels metges de família s'han de basar en els atributs que s'han identificat com tenir una associació amb la salut, la satisfacció i/o els costos; especialment aquells que tenen un impacte en la salut del pacient. I per facilitar la seva aplicació, els sistemes d'avaluació rendibles necessiten ser desenvolupats per avaluar aquestes dimensions eficientment i després ser aplicades per monitorar els serveis d'atenció primària. Els aspectes com la relació metge-pacient, el temps de consulta i la continuïtat de l'atenció clínica mereixen una especial atenció.

Una avaluació dels serveis de l'atenció primària de salut que desitgés contemplar el producte assistencial en la seva globalitat hauria de considerar cada una d'aquestes dimensions i, a ser possible, demostrar la relació de causalitat entre les seves dimensions i els seus resultats.



## **CONCLUSIONS**



## CONCLUSIONS

Les principals conclusions de les tres parts d'aquesta tesi (apartat de cerca bibliogràfica, apartat qualitatiu i apartat quantitatiu), s'esmenten a continuació:

- En aquests estudis es veu que hi ha una relació evident entre els atributs de la medicina de família i els resultats del servei mesurats amb indicadors de satisfacció, salut i/o cost.
- La satisfacció de l'usuari l'hem vist associada amb l'accessibilitat, la continuïtat de l'atenció, el temps de consulta i la relació metge-pacient.
- La millora en la salut dels pacients l'hem vist relacionada amb la continuïtat, el temps de consulta, la relació metge-pacient i l'aplicació de mesures preventives. La coordinació de l'atenció aporta resultats mixtos de resultats en salut.
- La continuïtat, el temps de consulta, la comunicació metge-pacient i les activitats preventives mostren ser cost-efectives en l'atenció primària.
- A partir de les opinions d'alguns professionals de l'atenció primària de salut i alguns usuaris, s'han definit els components del producte de l'atenció primària de salut.
- Hi ha una gran coincidència en la definició del producte entre professionals i usuaris.
- Professionals i usuaris identifiquen quatre dimensions del producte d'atenció primària, coincidents amb els seus atributs bàsics:
  - accessibilitat als serveis,
  - coordinació i continuïtat de l'equip d'atenció primària amb altres nivells assistencials.
  - Relació entre professionals i usuaris
  - Qualitat científicotècnica dels equips d'atenció primària i cartera de serveis
- La relació metge-pacient apareix com un element clau en el grup de professionals i usuaris.
- Equitat, satisfacció i eficiència, apareixen en els discursos com a eixos transversals de tots els components del producte identificats.
- Les quatre dimensions esmentades haurien de registrar l'avaluació dels equips d'atenció primària i haurien de determinar la seva evolució.

- L'anàlisi factorial confirmat amb les dades de les bases de dades rutinàries mostra una correlació positiva en les dimensions: "relació metge-pacient, accessibilitat i coordinació d'equip".
  - Les variables que estan més relacionades amb la dimensió "relació professional-pacient i accessibilitat" són: organització dels serveis, adequació dels horaris de visita, satisfacció amb l'atenció telefònica, qualitat de les explicacions del malalt, atenció a les demandes de l'usuari, resolució dels problemes de l'usuari i respecte a la intimitat de l'usuari.
  - Pel que fa a la dimensió "coordinació de l'equip", la variable més relacionada és el suport dels companys.
  - Les variables més relacionades amb la dimensió "qualitat científicotècnica" són: indicador global de l'estàndard de qualitat farmacèutica i percentatge de prescripció d'antihipertensius recomanats.
- 
- El model construït per mesurar el resultat assistencial dels equips d'atenció primària partint de la revisió bibliogràfica, l'opinió de professionals i usuaris en les següents dimensions: relació personal entre professionals i usuaris i accessibilitat, de coordinació interna de l'equip i qualitat científicotècnica, utilitzant les fonts d'informació que s'utilitzen rutinàriament per la seva gestió dels equips.
  - Encara que no hi hagi evidència dels altres atributs de l'atenció primària de salut, no podem presuposar que hi ha evidència contrària i, per tant, cal seguir investigant per fabricar aquesta evidència
  - Com que manca evidència externa, s'ha de provar el model en altres contextes, per tal d'obtenir-la
  - No seria convenient avaluar els equips d'atenció primària de salut i posar incentius en activitats que no siguin les del model provat.



## **BIBLIOGRAFIA**



**BIBLIOGRAFIA**

A Guarga , M Gil , M Pasarín , R Manzanera , R Armengol , J Sintés. Comparison of primary care teams in Barcelona according to management formulas. *Aten primaria*. 2000 Nov 30; 26 (9): 600-611.

Ahmed A, Allman R, Kiefe C, Person S, Saneyfelt, Sims RV, Howard G, DeLong JF. Association of consultation between generalists and cardiologists with quality and outcomes of heart failure care. *Am Heart J* 2003;145:1086-93

Alma-Ata, 1978. Conferencia internacional sobre atención Atención primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Alonso López, Fernando Agustín. Sistemas de información. Gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Capítulo 22; semFYC, 2007

Alpert J, Charney E. The education of physicians for primary care. Pub. No (HRA) 74-3113. Rockville, MD: U.S. Department of health, education, and welfare, public health service, health resources administration, 1974

Amezcuca M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423-436.

Bass m, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson h. The physician's actions and the outcomes of illness in family practice. *J Fam* 1986; 23: 43-47.

Beltrán Rubio González, Santiago Rubio Cebrián, José Ramón Repullo Labrador. En busca de nuevas herramientas de análisis de la eficiencia en el sector público sanitario. *Revista de administración sanitaria*. 1 Octubre 2007. Volumen 5 - Número 4 p. 659 - 672

Bollen KA. *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley series in probability and mathematical statistics 1989.

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. *Br Med J* 2003; 326(7383):258- 260.

Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception in involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 506-511

Bryant, F.B., Yarnold, P.R., Michelson, E.A. (1999). "Statistical Methodology: VIII. Using Confirmatory Factor Analysis (CFA) in Emergency Medicine Research". *Academic Emergency Medicine*, 1999; 6:54-66.

Cabana MD, Jee SH . Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53(12): 974-80.

Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC* 2000;7 (supl.7):53-68

Cabezas MC, Barniol J, Valero C, González MP, Céspedes A, Maldonado ML, et al. Consistencia interna y estructura factorial de un cuestionario de satisfacción de los usuarios en atención primaria de salud. *Gac San* 2002;16(Supl.1):109-12

Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sanchez E, Casanova C. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain. *Gac Sanit* 2001; 15(2):128-41.

Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004 Sep;14(3):246-51.

Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *Br Med J* 2001; 323(7316):784-7.

Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 2002; 52(485):1004-6.

Cogswell and Eggert. People want doctors to give more preventive care. A qualitative study of health care consumers. *Arch Fam Med*. 1993 Jun;2(6):611-9.

Delgado JM, Gutierrez J, editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis, 1994.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357(9258):757-62.

Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vanselow N (Eds). Primary care: America's Health in a New Era. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy press, 1996.

Donaldson M, Yordy K, lohr K, Vanselow N. Primary care: america's health in a new Era. Institute of Medicine. Washington, DC: national Academy Press, 1996.

Efron B, Tibshirani R. An Introduction to the Bootstrap. Chapman & Hall 1993

Escudero T. Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. RELIEVE: v), nº1, p11-43.)

Euract, 2005. European Academy of teachers in general practice.

Feldstein PJ. Health care economics. Albany: Delmar, 1988; 16.

Fundació Enciclopedia Catalana. Diccionari de llengua catalana.

García Calvente MM y Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria* 2000; 25: 181-186.

Gené-Badía j, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria* 2004; 34:98-104.

Gené-Badía J, Gallo de Puelles, P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria* 2004;34(4):98-104

Goedhuys J, Rethans J-J. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Fam Pract* 2001; 18(6):592-6.

Goldfield N, Gnani S, Majjed A. Primary care in the United States. Profiling performance in primary care in the united states. *Br Med J*. 2003; 326: 744-747.

Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520-528.

Hartle LA. Examination of primary care characteristics in a community-based clinic. *J Nurs Scholarsh* 2002; 34(4):377-82.

Hass JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with the patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000;15:122-8.

Hjortdahl P, Laerum P. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *Br Med J* 1992;304:1287-90

Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23: 496-502.

Institut Català de la Salut. Cartera de Serveis de la DAP Anoia. Document per a la resolució de problemes de salut. Igualada: ICS, 1997.

Institut d'Estudis Catalans. Diccionari de la llengua catalana.

Instituto catalan de Salud. ICS: [www.gencat.net/ics/](http://www.gencat.net/ics/)  
[http://www.gencat.net/ics/professionals/farm\\_presentacio.htm](http://www.gencat.net/ics/professionals/farm_presentacio.htm)

J H Wasson, A E Sauvigne, R P Mogielnicki, W G Frey, C H Sox, C Gaudette, A Rockwell. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomised trial. *Jama* 1984;252(17): 2413-2417

Jimenez J, Cutillas S, Martin A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR-5. *Aten Primaria* 2000; 25 (9): 653-60.

Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus group. *BMJ* 1995; 311: 299-302.

Krueger R. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Piràmide, 1991.

Krupat E, Bell R, Kravitz R, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001; 50(12):1057-62.

Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C and Rachet B, Creative use of existing clinical and health outcome data to assess NHS performance in England: Part 1- performance indicators linked to clinical care. *BMJ* 2005;330:1426-31

Lancet. Is primary care research a lost cause? *Lancet* 2003; 361(9362):977 (Editorial)

Lanier D, Roland M, Burstin H, Knottnerus JA. Doctor performance and public accountability. *Lancet* 2003;362:1404-7

Lanier D, Roland M, Burstin H, Knottnerus JA. Doctor performance and public accountability. *Lancet* 2003; 362: 1404-1407.

Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Br Med J*. 2001; 323(7318):908-11.

McColl A et al. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354-1360

McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *Br Med J* 1998; 317(7169): 1354-60.

Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 2002; 55: 283-99.

Mercado-Martínez FJ , Ramos-Herrera IM y Valdez-Curiel E. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro* 2000;16(3):759-772.

Mercado-Martínez FJ,. Alcántara-Hernández EC, Lizardi-Gómez A.y Benítez-Morales R.Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes. *Aten Primaria* 2003; 31(1):32-38.

Michele Raddish, MD, Susan D Horn, Phoebe D. Sharkey. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999 jun;5 (6):727-34.

Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

Mira JJ, Galdón M, Ignacio E, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J et al. ¿ Que hace que los pacientes esten satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 165-77.

O'Brien. Using focus groups to develop health surveys: an example from research on social relationships and AIDS-preventive behavior. Health Educ Q. 1993 Fall;20(3):361-72.

Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M y Piñol JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. Aten Primaria 2003; 31(5):307-314.

Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M y Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. Aten Primaria 2003; 32:135-43.

Parker A. The dimensions of primary care: blueprints of change. In andreopoulos S (ed)primary care: where medicine fails. New York: Johns Wiley and sons, 1974, pp15-80.

Peiró S, Artells JJ. La gestión de la investigación de los centro sanitarios. Una exploración mediante la técnica del grupo nominal. Gac Sanitaria 2001; 15(3):245-250.

Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Quaderns de Salut pública i administració de serveis de salut. Valencia: IVESP, 1994; 1-29.

Pla M; Ros M; Fernández E; Pérez R; Llena A et Vega C. Sexualidade, imigração e prevenção da AIDS: avaliação qualitativa participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde. En: BOSI, Maria Lúcia Magalhães & Mercado, Francisco J. (.) Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis/Brasil:ed. Vozes, 2004. pp 410—442.

Planes A. Reptes assistencials en atenció primaria. Competencies perdudes, competencies retrobades. Butlletí Societat Catalana de Medicina Familiar I Comunitaria 1999; 35.



Plaza Tesias A, Guarga Rojas A, Farres Quesada J, Zara Yanhi C.. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria* 2005; 35(3):130-9.

Plaza Tesias A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farres Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 2005; 35(3):122-7.06

Plaza Tesías, A; Guarga Rojas, A; Farrés Quesada, J; Zara Yanhi, C; Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud a barcelona. *Aten Primaria*. 2005; 35 (3): 130-9

Popay J. Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship. *Gac Sanit* 2003; 17(Supl 3): 58-63.

Prados A, Prados D, March JC. Medida del producto en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 329-33.

Prieto MA y March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29(6): 366-373.

Ram P, Grol R, Van der Hombergh vd, Rethans JJ, Van Der Vleuten C, Aretz K. Structure and process: the relationship between practice management and actual clinical performance in general practice. *Family Practice* 1998;15:354-362

Roter DL. Patient participation in the patient provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health educ monogr* 1977; winter:285-315

Ruiz Olabuénaga; Ispizua, 1989:161-2

Safran DJ, Taira D, Rogers W, Kosinski M, Ware J, Tarlov A. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47(3):213-20.

Safran DJ. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Ann Intern Med* 2003; 138(3):248-255.

Sans M, Pujol E, Gené J, Pasarín M, Iglesias B, Casajuana J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*, feb 3, 2006.

Segovia C. La cartera de servicios: valor del producto. Cuadernos de gestión 1999; 5(3):106-115.

Sociedad española de medicina familiar y comunitaria. Semfyc: [www.semfyc.es](http://www.semfyc.es). 07

Sox HC. The Future of Primary Care. *Ann Intern Med* 2003; 138(3):230-232

Starfield B, Steinwachs D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westin C. Patient-provider agreement about problems. Influence on outcome of care. *JAMA* 1979; 242: 344-346.

Starfield B. Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson, S.A., 2001.

Starfield B. Is primary care essential?. *Lancet*. 1994; 344(8930):1129-1133.

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49(9):796-804.

Stille J, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore J. Coordinating care across Diseases, Settings, and Clinicians: a Key Role for the Generalist in Practice. *Ann Intern Med* 2005;142:700-7008.

Sturmberg J, Schattner P. Personal doctoring. Its impact on continuity of care as measured by the comprehensiveness of care score. *Aust Fam Physician* 2001; 30(5):513-8.

Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2003; 53(495):789-800.

Twohig P, Putnam W. Group interviews in primary care research: advancing the state of the art ritualized research?. *Fam Pract* 2002; 19(3):278-84.

Vanselow NA, Donaldson MS, Yordy KD. From the Institute of Medicine. *JAMA*. 1995 Jan 18;273(3):192.

Vila A y Bria X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. Cuadernos de gestión 2001; 7: 134-141.

Vila Córcoles A. La contratación de servicios de atención primaria en Catalunya: ¿hablamos realmente de producto y resultados o hablamos simplemente de proceso? Cuadernos de gestión Aten primaria 1996; 2: 59.62.

Vila Córcoles, Bria Ferrer. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. Cuadernos de gestión Aten Primaria 2001; vol 7, num 3: 134-141.

Ward and Cavanagh. A descriptive study of the self-perceived needs of carers for dependants with a range of long-term problems. *J Public Health Med.* 1997 Sep;19(3):281-7.

Wasserman R, Inui T, Barriatua B, Carter W, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 1047-1053.

Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52(485):1012-20.

Wonca Europe 2002. The european definition of general practice/ Family medicine.



# ANNEXOS



## ANNEX 1: REVISIÓ BIBLIOGRAFIA BECA FIS

**1. IDENTIFICACIÓ.** Article:

**2. NOM DEL REVISOR:**

**3. RESUM FINAL:** Molt sintètic i centrat en la utilitat per al nostre estudi. Ressaltar els aspectes més interessants de la metodologia, resultats i forma de presentar-los.

### 4. METODOLOGIA DE L'ESTUDI

<b>Tipus d'estudi</b> Qualitatiu, quantitatiu	
<b>Àmbit de l'estudi</b> Nivell d'atenció, país, rural-urbà	
<b>Qui i quants participen</b>	
<b>Indicadors:</b> 1. Efectivitat, capacitat resolutiva i eficiència 2. Accessibilitat, atenció al client, gestió i atenció compartida 3. Resultats en salut (QVRS, morbiditat, mortalitat ...)	
<b>Qui els defineix</b> (MF, infermera, especialista, gestor, ciutadà...):	
<b>Tècnica i/o fonts d'informació</b> Entrevista, grup focal, grup nominal, delphi, auditoria...	
<b>Observacions</b>	

### 5. ANÀLISI

<b>Hi ha algun aspecte d'interès especial?</b>	
--	--

### 6. PRESENTACIÓ DELS RESULTATS

<b>Resultats més rellevants</b>	
<b>Hi ha algun aspecte especialment interessant de com es presenten?</b> (taules, gràfics....)	

**ANNEX 2: CARTES A INFORMANTS CLAU****CARTA DEL DIRECTOR DE LA DIVISIÓ D'AP DE L'ICS ALS INFORMANTS CLAU**

Benvolgut/da

Com a investigador principal de la beca FIS "*Evaluación de la Dirección Clínica como nuevo modelo de gestión de los equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud*" em complauria poder comptar amb la teva col·laboració perquè ens puguis facilitar els noms dels diferents professionals i usuaris de la teva SAP, els quals voldríem invitar a participar en uns grups de discussió previstos per a les dues últimes setmanes del mes de juny.

La realització d'aquests grups, a portar a terme en un primer subestudi del projecte, ens ha de permetre definir els productes de l'AP des del punt de vista dels diferents agents implicats, i així poder passar a un segon subestudi que comportarà veure l'impacte de la DC com a nou model de gestió, en el producte de l'AP.

Per poder desenvolupar amb garanties el procés de treball de camp ens posarem en contacte amb tu per facilitar-te els perfils que haurien d'orientar la selecció dels participants i també la informació que se'ls hauria de transmetre a aquelles persones finalment escollides.

En el desig de poder comptar amb la teva col·laboració rep una cordial salutació,

Dr. Joan Gené  
Director de la divisió d'AP  
ICS



## CARTA DEL GRUP INVESTIGADOR ALS INFORMANTS CLAU

Benvolgut/a

Per tal de dur a terme la recollida d'informació (grups de discussió) de la beca FIS "*Evaluación de la Dirección Clínica como nuevo modelo de gestión de los equipos de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud*", i tal com us ho hem comunicat telefònicament us fem a mans dels perfils que han d'orientar la selecció de persones.

També, i per criteris estrictament metodològics, us demanem que la informació a donar a les persones que se'ls hi demani la seva col·laboració, estigui orientada en aquest sentit:

- "S'està realitzant una recerca (amb una primera part qualitativa) sobre el producte de la Atenció Primària des del punt de vista dels diferents actors socials (professionals, usuaris, gestors, etc)"
- "L'equip investigador ens ha demanat que en les diferents SAPS es cerqués a persones que acomplissin uns determinats criteris (no personalitzar l'elecció)".
- "Et volem demanar la teva col·laboració per participar doncs en un grup de discussió perquè expressis la teva opinió sobre el producte de l'AP i els seus components"
- "També hi hauran altres professionals d'altres CAP,s d'arreu de Catalunya que hi participaran (7 grups de 12 persones)"
- Preguntar per la seva disponibilitat/voluntarietat (s'ho pot pensar 1 o dos dies i donar una resposta).
- Donar facilitats per participar-hi. Se'ls facilitarà el desplaçament a Barcelona
- Caldrà avisar que l'equip investigador es posarà en contacte directament amb ell/ella a traves de trucada telefònica i posteriorment via e-mail, per confirmar la seva participació i data de la convocatòria, que serà durant la segona quinzena de juny i primera de juliol.

- Un cop finalitzats els grups i analitzada la informació, es farà arribar a tots els col·laboradors els resultats.

La raó fonamental per plantejar la invitació a participar en aquests termes és perquè s'espera que els participants siguin espontanis amb l'expressió de les seves opinions i no es preparin el discurs. Han de parlar de la seva pràctica i han d'emergir els tòpics que la conformen de la forma més natural possible. Cal que siguin participatius, crítics i amb capacitat d'anàlisi.

Rebeu una cordial salutació i si teniu qualsevol dubte no dubteu a posar-vos amb contacte amb:

Mireia sans: 696 52 09 15 / 32423msc@comb.es

Perfils de les persones de la vostra SAP que hauran de participar en els grups:

### **TARRAGONA: ALBERT GOMEZ**

#### **Grup A: 1 metges i 1 pediatres**

- Rural: 1 general, home, > 40 anys,
- Ciutat: 1 pediatra, home, > 50 anys, privat

#### **Grup B: 1 infermers i 1 treballadors socials**

- ciutat: 1 infermer, home, > 40 anys, pública
- Ciutat: 1 treballador social, dona, > 30 anys

#### **Grup C: 3 personal UAAU**

- Ciutat: 1 UAAU, home, > 30 anys, treballa a zona costera
- Ciutat, Província (rural): 1 UAAU, dona, > 40 anys, treballa zona interior

#### **Grup D: 4 especialistes**

- 1 traumatòleg
- 1 digestòleg
- 1 de centre socisanitari, dona
- 1 del PADES, dona

#### **Grup E1: 3 usuaris sense estudis /primaris**

- Província (rural): Home > 40 anys, treballa com autònom. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (pex. Salut mental, Digestiu, Pneumologia, etc.)
- Ciutat: Home jove (18 i 30 anys), treball temporal, Consulta al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
- Ciutat: Dona jove (18 i 30 anys), treball temporal o estudiant. Consulta al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.

#### **Grup E2: 4 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Ciutat: Home > de 80 anys, pensionista, crònic, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris (viu amb algú de la seva família). EN AQUEST CAS POTSER MILLOR QUE VINGUI LA CUIDADORA.
- Província (rural): Home, > 65 anys, pensionista, crònic, viu nucli rural (lluny ABS).
- Ciutat: Home jove, (immigrant regularitzat).
- Grup F: gestors i farmacòlegs

**GIRONA: DELFI FAIXEDA****Grup A: 2 metges**

- Rural: 1 general, dona, > 40 anys,
- Rural: 1 metge de família, home, > 30 anys,

**Grup B: 2 infermers i 1 treballadors socials**

- ciutat: 1 infermera, dona, > 40 anys, pública
- Província (rural): 1 infermer, home, > 40 anys,
- Ciutat: 1 treballador social, home, privat/EBA

**Grup C: 2 personal UAAU**

- Ciutat: 1 UAAU, home, > 50 anys,
- Província (rural): 1 UAAU, dona, > 30 anys,

**Grup D: 2 especialistes**

- 1 cardiòleg
- 1 del programa d'atenció a la dona, dona

**Grup E1: 2 usuaris sense estudis /primaris**

- Província (rural): Home > 40 anys, treballador industrial (p. ex SEAT a Hospitalet) o també serveis. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. Digestiu, trauma, pneumologia, etc.)
- Ciutat: Dona > 30 anys, treball eventual (indústria, serveis). Consulta Ginecologia, Obstetrícia i Pediatria.

**Grup E2: 2 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Ciutat: Home, > 50 anys, en atur, crònic (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.).
- Ciutat: Dona > de 80 anys, crònica, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris. EN AQUEST CAS POTSER MILLOR QUE VINGUI LA CUIDADORA. Home jove, (immigrant regularitzat).

**Grup F: gestors i farmacòlegs**

**LLEIDA: MIQUEL CASANOVES****Grup A: 1 pediatres**

- Ciutat: 1 pediatra, dona, > 40 anys
- Rural: 1 metge de família, dona, > 30 anys,

**Grup B: 2 infermers i 1 treballadors socials**

- Província (rural): 1 infermera, dona, > 30 anys,
- ciutat: 1 infermer, home, > 40 anys, privada
- Província (rural): 1 treballador social, home, > 50 anys

**Grup C: 2 personal UAAU**

- Ciutat: 1 UAAU, home, > 30 anys,
- Província (rural): 1 UAAU, dona, > 50 anys,

**Grup D: 2 especialistes**

- 1 odontòleg
- 1 de salut mental, home

**Grup E1: 3 usuaris sense estudis /primaris**

- Província (rural): Dona > 65 anys, pensionista, crònica, viu nucli rural (lluny ABS).
- Ciutat: Dona > 50 anys, crònica (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc).
- Ciutat: Home, > 50 anys, en atur, crònic (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.)

**Grup E2: 3 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Ciutat: Home > 40 anys, treballador industrial, administració, professions diverses, i també serveis. Diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. Digestiu, trauma, pneumologia, etc.)
- Província (rural): Dona > 65 anys, pensionista, crònica, viu lluny ABS).
- Ciutat: Dona > 50 anys, crònica (diabetis, problemes cardiovasculars, problemes respiratoris, etc.).

**Grup F: gestors i farmacòlegs**

**BARCELONA:****MERCE ROURA (1),****AMELIA FABREGAT (2),****ANDREU MARTIN (3),****XAVIER BAYONA (4)****1. BARCELONA: MERCE ROURA****Grup A: 1 metges i 1 pediatres**

- Ciutat: 1 metge general, home, > 40 anys,
- Ciutat: 1 pediatra, dona, > 50 anys,

**Grup B: 1 infermers i 0 treballadors socials**

- Província (ciutat): 1 infermera, dona, > 40 anys, privada/EBA

**Grup C: 1 personal UAAU**

- Ciutat: 1 UAAU, dona, > 40 anys, privada/EBA

**Grup D: 2 especialistes**

- 1 dermatòleg
- 1 de salut mental, dona

**Grup E1: 2 usuaris sense estudis / primaris**

- Ciutat: Home > de 80 anys, pensionista, crònic, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris (viu amb algú de la seva família). EN AQUEST CAS POTSER MILLOR QUE VINGUI LA CUIDADORA.
- Ciutat: Home (immigrant regularitzat),

**Grup E2: 1 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Ciutat: Dona jove (18 i 30 anys), treball temporal o estudiant. Consulta al Programa d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.

**Grup F: gestors i farmacòlegs**

## **2. BARCELONA: AMELIA FABREGAT**

### **Grup A: 1 metges i 0 pediatres**

- Ciutat: 1 metge de família, dona, > 40 anys, EBA

### **Grup B: 1 infermers i 0 treballadors socials**

- Província (rural): 1 infermer, home, > 40 anys, pública

### **Grup C: 1 personal UAAU**

- Ciutat: 1 UAAU, home, > 30 anys,

### **Grup D: 1especialistes**

- 1 pneumòleg/a

### **Grup E1: 1 usuaris sense estudis /primaris**

- Província (rural): Home, > 65 anys, pensionista, crònic, viu lluny ABS.

### **Grup E2: 1 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Ciutat: Dona > 30 anys, estudiant i/o treball eventual (indústria, serveis).  
Consulta Ginecologia, Obstetrícia i Pediatria.

### **Grup F: gestors i farmacòlegs**

## **3. BARCELONA: ANDREU MARTIN**

### **Grup A: 1 metges i 0 pediatres**

- Província (costa ponent, centre...): 1 metge de família, dona, > 40 anys

### **Grup B: 0 infermers i 1 treballadors socials**

- Província (rural): 1 treballador social, home, > 50 anys

### **Grup C:1 personal UAAU**

- Província (rural): 1 UAAU, home, > 50 anys,

### **Grup D: 2 especialistes**

- 1 de centre socisanitari, home
- 1 del PADES, home

**Grup E1: 2 usuaris sense estudis /primaris**

- Ciutat: Dona > de 80 anys, crònica, viu nucli urbà. Utilitza serveis domiciliaris. EN AQUEST CAS POTSER MILLOR QUE VINGUI LA CUIDADORA.
- Província (rural): Dona immigrant (regularitzada)

**Grup E2: 1 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Ciutat: Home jove (18 i 30 anys), estudiant i/o treball eventual. Consulta per diferents problemes aguts (constipats, trauma, etc.)

**Grup F: gestors i farmacòlegs**

**4. BARCELONA: XAVIER BAYONA**

**Grup A: 0 metges i 1 pediatres**

- Província (costa ponent, centre...): 1 pediatra, home, > 50 anys,

**Grup B: 1 infermers i 0 treballadors socials**

- Ciutat: 1 infermera, dona, > 40 anys, privada

**Grup C: 1 personal UAAU**

- Província (rural): 1 UAAU, home, > 50 anys,

**Grup D: 1 especialistes**

- 1 del programa d'atenció a la dona, dona

**Grup E1: 1 usuaris sense estudis /primaris**

- Província (rural): Dona > 40 anys, treballa empreses serveis, administració, professions d'ajuda, etc. Utilitza diferents consultes per problemes aguts o crònics (per ex. Digestiu, trauma, pneumologia, etc.)

**Grup E2: 1 usuaris amb estudis mitjans/universitaris**

- Província (rural): Dona immigrant (regularitzada).

**Grup F: gestors i farmacòlegs**



**ANNEX 3: ARTICLES PUBLICATS**

- Mireia Sans-Corrales, Enriqueta Pujol-Ribera, Joan Gené-Badia, Maria Isabel Pasarín-Rua, Begoña Iglesias-Pérez and Josep Casajuana-Brunet. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Family practice, vol 23, num 3, 308-316 (june 2006)
  
- Enriqueta Pujol Ribera, Joan Gené Badia, Mireia Sans Corrales, Laura Sampietro-Colom, Maria Isabel Pasa Rin Rua, Begoña Iglesias-Pérez, Josep Casajuana-Brunet, Georgia Escaramis-Babiano "El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios". GACETA SANITARIA 2006; 20 (3). Ref: 2005079
  
- Gené-Badia, Joan; Ascaso, Carlos; Escaramis-Babiano, Georgia; Sampietro-Colom, Laura; Catalán-Ramos, Arantxa; Sans-Corrales, Mireia; Pujol, Enriqueta. Personalised care, Access, Quality and Team Coordination are the Main Dimensions of Family. Medicine Output. Family practice 2007; 24: 41-47.