

# La Evaluación de los Centros de Salud Familiar

Dr. Tomás Pantoja<sup>1</sup>

En relación con las decisiones en las políticas públicas, es habitual que grupos de interés específicos traten de influir en aquellos que toman decisiones. Uno de los instrumentos utilizados –cada vez con mayor frecuencia– por dichos grupos es la recolección y presentación de “evidencia” de diferentes tipos<sup>1</sup>. Para generar dicha evidencia es necesario “medir” y “evaluar” en alguna medida lo que se está realizando o lo que se ha realizado, especialmente si lo que se quiere es justificar la inversión que “alguien” (en el sector público, el gobierno) está o estuvo dispuesto a realizar.

El sector salud y, la Atención Primaria como área específica, no escapan a esta corriente de medición y evaluación. El desarrollo del llamado “movimiento de la medicina basada en evidencia” puede ser visto como uno de los resultados de esta corriente<sup>2-5</sup>. Gran parte de este desarrollo se ha dado en el ámbito de la evaluación de intervenciones específicas –diagnósticas, preventivas y/o terapéuticas– o de la evaluación de tecnologías sanitarias. Sin embargo, existe un creciente reconocimiento que el desarrollo y evaluación de nuevos tratamientos y herramientas diagnósticas es sólo parte de la respuesta para un mejor cuidado de salud. Crecientemente, se ha desarrollado un interés en la manera como el cuidado de salud es organizado y los servicios de salud son otorgados. De esta manera, el estudio de la organización y provisión de los servicios de salud se ha establecido como un área de estudio de los servicios de salud bastante consolidada en el Reino Unido, los Estados Unidos y muchas partes de Europa en los últimos diez años<sup>6</sup>.

Es en este ámbito en donde las preguntas acerca de la evaluación de los servicios de Atención Primaria pudieran situarse. La propuesta de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) intenta, básicamente, modificar la manera cómo la organización y la provisión de los servicios de salud de Atención Primaria son realizadas<sup>7</sup>. Sin embargo, al intentar avanzar en la evaluación de este tipo de intervención surgen una serie de preguntas que es necesario abordar previo a

cualquier análisis ulterior. En primer lugar, es necesario definir más claramente el “fenómeno” o intervención a medir: cuáles son sus componentes básicos, qué lo diferencia del modelo implementado en otros Centros (no-CESFAM), cuál es su variabilidad en los distintos Centros (CESFAMs), etc. En segundo lugar, es necesario establecer cuáles son las áreas de resultados en las que se pretende impactar con la implementación de esta intervención, es decir, cuál(es) es(son) la(s) medida(s) de “efecto”. Obviamente esto debe ser coherente con el diseño del modelo, ya que las características intrínsecas de la intervención condicionan de forma importante los resultados obtenidos. Además, la definición de áreas de resultados permite definiciones más precisas de los indicadores a ser usados en el proceso de evaluación. Finalmente, y condicionado por los dos puntos anteriores, está el tema del diseño de evaluación que debiera ser utilizado. Diferentes metodologías evaluativas pueden dar cuenta de diferentes etapas en el desarrollo conceptual de la intervención, así como de diferentes áreas de indicadores de resultados.

Los tres ámbitos de preguntas mencionadas anteriormente están íntimamente relacionados uno con el otro. Las eventuales respuestas en cada uno de ellos podrán, sin duda, iluminar el debate en los otros. Por otro lado, dichos ámbitos no representan, en ningún modo, un listado exhaustivo de las áreas de análisis en este tema, sino más bien intentan delimitar la discusión presentada en este documento. Así, el objetivo es contribuir al desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria chilena, en el marco del enfoque de Salud Familiar, a través de la discusión de temas relevantes a la evaluación de la propuesta de Centros de Salud Familiar.

## El “objeto” de la evaluación

En toda evaluación una primera y necesaria etapa es la definición de aquello que estamos intentando evaluar. En el caso particular de la implementación de un nuevo modelo de

<sup>1</sup> Médico Familiar. MSc Health Management, Imperial College, London University.

atención (los CESFAM), la intervención parece incluir un número de elementos separados que son esenciales para el funcionamiento apropiado de ella (población a cargo, prestaciones, equipo de salud, sectorización, sistemas de información, etc.), aunque el (los) “ingrediente(s) activo(s)” de la intervención, que son efectivos son difíciles de especificar. En este sentido, parece corresponder a lo que en la literatura de investigación en servicios de salud se ha denominado intervenciones complejas<sup>8,9</sup>.

Las intervenciones complejas constan de una serie de componentes, que actúan independiente o interdependientemente. Los componentes habitualmente incluyen comportamientos, parámetros de dichos comportamientos, y formas de organizar y otorgar dichos comportamientos (por ejemplo, tipo de médico, localización, ambiente dónde los servicios son otorgados, etc.)<sup>8</sup>. La mayoría de las veces es difícil definir los “ingredientes activos” de la intervención en el complejo “paquete” de servicios: si la estrategia de los CESFAM es efectiva, ¿qué hace que sea efectiva? ¿la infraestructura y el equipamiento? ¿la mezcla de los recursos humanos involucrados? ¿las habilidades y conocimientos de los profesionales? ¿las modificaciones organizacionales?

Dichas preguntas representan los diferentes niveles en los cuáles es posible que una intervención compleja actúe: cuidado de salud del paciente individual (un nuevo tipo de tratamiento para la depresión), modificaciones organizacionales del servicio (sectorización), dirigido al profesional de la salud (implementación de guías de práctica clínica), o quizás a nivel poblacional (campañas de promoción de salud). Una misma intervención –como la propuesta CESFAM– puede actuar a diferentes niveles con diferente intensidad.

Por lo tanto, un primer desafío parece ser el delimitar los componentes de la intervención y las posibles interacciones que están funcionando entre ellos. Estas definiciones pueden condicionar esfuerzos evaluativos de mayor o menor intensidad que incluyan diferentes niveles y componentes: evaluación de la resolutivez de los equipos o de un profesional en particular, evaluación de las modificaciones organizacionales (p.e. sectorización, nuevos sistemas de citación, etc.), evaluación de los mejoramientos en equipamiento, o una evaluación más global que incluya todos los componentes y niveles. Pero, sin duda, el mayor desafío es el análisis de la intervención y sus componentes, de manera de iniciar cualquier esfuerzo evaluativo con una claridad respecto al “objeto” o “fenómeno” de la evaluación.

Un aspecto relacionado con la definición de la intervención y sus componentes se refiere a su homogeneidad y estabilidad en el tiempo. Probablemente, diferentes Centros han

implementado los componentes de la intervención con variables grados de intensidad: énfasis en aspectos organizacionales, en el trabajo en equipo, en la intervención familiar, etc. Por lo tanto, es necesario explorar cuán homogénea (o heterogénea) es la intervención y sus componentes, de manera de estar seguros de referirnos a la misma intervención con diferentes énfasis, y no a intervenciones diferentes. Asimismo, será necesario establecer la (in) estabilidad en el tiempo de la intervención y sus componentes, especialmente en etapas tempranas de implementación, como es el caso de los CESFAM, que están recién completando su tercer año de funcionamiento. Ambas definiciones serán claves al momento de realizar inferencias a proyectos de implementación mayores (por ejemplo, extensión de la estrategia a mayor número de Centros de Salud).

### ¿Cuál es la medida de “efecto” de la intervención?

Al evaluar cualquier intervención en salud – por compleja o simple que ésta sea – es necesario establecer cuáles son las áreas de “resultado” que la intervención debiera modificar. En el caso particular de los CESFAM, la “medida de efecto” probablemente abarca una serie de aspectos que es necesario analizar antes de plantear cualquier metodología o aproximación evaluativa. Una propuesta que hemos trabajado está basada en el análisis de cuatro áreas y una serie de dimensiones<sup>10</sup> basadas en marcos teóricos de gestión por desempeño en organizaciones fuera del sector salud<sup>11</sup>, y en el nuevo impulso a la gestión por desempeño en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico<sup>12,13</sup>.

Básicamente hemos definido cuatro “áreas de desempeño” que recogen diferentes aspectos del efecto que la intervención (Figura 1). La intención ha sido recoger diversos conceptos como calidad de los servicios, satisfacción usuaria, eficiencia, efectividad, etc.; en un marco común y balanceado.

Asimismo, en cada área es posible identificar “dimensiones” que recogen aspectos más específicos del efecto de la intervención. Estas dimensiones permiten un análisis más detallado de cada aspecto del efecto producido por la intervención, avanzando en la definición de indicadores específicos en cada una de ellas (Tabla 1).

De esta manera, en cada dimensión pudiera ser posible definir indicadores específicos de estructura, proceso y resultado que den cuenta en forma balanceada del “efecto” de la intervención<sup>14</sup>. En tal sentido, dado el tipo de información que entregan, parece razonable utilizar una mezcla balanceada de indicadores de proceso y resultado<sup>15-17</sup>, así como limitar el número de ellos a uno que razonablemente de cuenta del “fenómeno” que estamos midiendo.

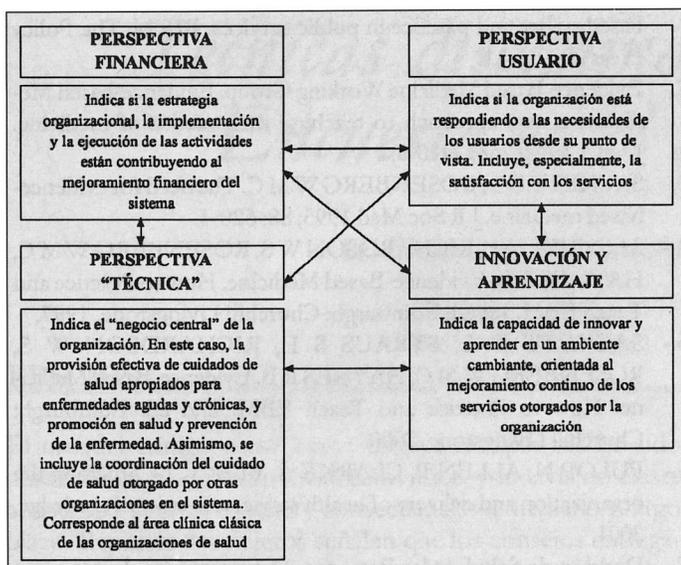


Figura 1. Áreas de evaluación del efecto de la propuesta CESFAM.

Tabla 1. Dimensiones en cada área de evaluación de la propuesta CESFAM

Área	Dimensión
Perspectiva Financiera	• Gestión financiera eficiente
Perspectiva del usuario	• Acceso • Experiencia del paciente/familia • Continuidad
Perspectiva Técnica	• Manejo condiciones agudas • Manejo patologías crónicas • Promoción de salud y prevención de la enfermedad • Coordinación
Innovación y Aprendizaje	• Experiencia de los trabajadores • Capacidad de innovar • Desarrollo del servicio

¿Cómo evaluaremos si una intervención – por compleja que sea – es efectiva o no?

El "cómo" en este caso se refiere a la metodología más apropiada para evaluar esta intervención. En la evaluación de este tipo de "intervenciones complejas" pueden surgir una serie de problemas porque, en muchas ocasiones, la intervención no se encuentra completamente definida o desarrollada. En el caso de los CESFAM, la intervención, sus componentes y las relaciones entre ellos están todavía en evolución y discusión, por lo que definir completa y nítidamente la intervención puede ser una tarea difícil en la actualidad.

Por lo tanto, una aproximación útil puede ser la consideración de diferentes etapas en el desarrollo de la evaluación de la intervención en forma secuencial o iterativa, de acuerdo al grado de desarrollo en la definición de la intervención (Figura 2)<sup>9</sup>. Así, en primer lugar, es posible identificar una fase observacional, en la cuál las teorías relevantes que sustentan la intervención son exploradas y se identifican los componentes de ésta y los mecanismos a través de los cuáles influyen en los resultados. Las metodologías cualitativas y los estudios descriptivos juegan un rol fundamental en esta etapa. En segundo lugar, en la fase exploratoria, la información obtenida anteriormente es utilizada para desarrollar la intervención y el diseño de investigación óptimos. El objetivo es describir los componentes fijos y variables de una intervención reproducible, y diseñar un protocolo "posible de realizar" para comparar la intervención con una alternativa apropiada. Además, las medidas de "efecto" elegidas debieran ser piloteadas en esta fase.

En tercer lugar, en la fase "explicativa" la intervención completamente definida es comparada con una alternativa apropiada, utilizando un protocolo que es teóricamente defendible, reproducible, y adecuadamente controlado; en un estudio con adecuado poder estadístico. Las metodologías cuantitativas – con especial referencia a los estudios randomizados – tienen aquí un papel central, adaptados al nivel en el cuál la intervención se realiza<sup>18</sup>. Finalmente, en una fase "pragmática" es posible determinar si otros pueden replicar consistentemente la intervención y sus resultados en ambientes menos

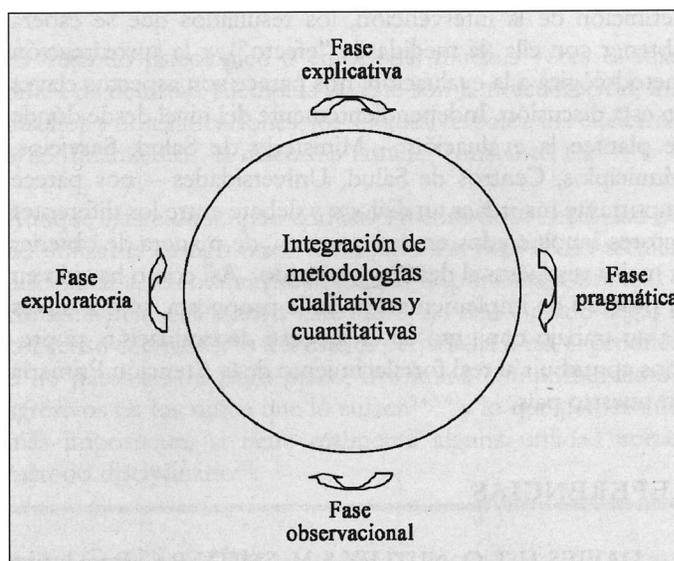


Figura 2. Etapas en el desarrollo de la evaluación de intervenciones complejas.

controlados y en el largo plazo. Nuevamente las metodologías cualitativas focalizadas en los procesos de implementación de la intervención juegan un importante papel, en conjunto con aproximaciones más cuantitativas que exploren la estabilidad de la intervención y los indicadores de proceso y resultados definidos previamente.

Sin duda, que el desarrollo de una metodología para la evaluación de este tipo de intervenciones ofrece una serie de desafíos. A través del esquema aquí presentado creemos que es posible iniciar el abordaje del tema. Identificar la etapa de desarrollo de la intervención, y utilizar de acuerdo a ello diferentes aproximaciones metodológicas – sean cualitativas o cuantitativas – permitirá avanzar en la evaluación del “efecto” de la intervención. Sin embargo, aparece claramente la necesidad de un trabajo interdisciplinario que recoja las diferentes perspectivas de evaluación, a través del aporte que profesionales de diferentes áreas de las ciencias sociales y de la salud, puedan realizar al proceso.

#### A modo de conclusión

La propuesta de CESFAMs se ha desarrollado durante los últimos tres años con variables grados de intensidad en la Atención Primaria de nuestro país. Las señales actuales en el sector salud apuntan hacia una urgente necesidad de evaluar la propuesta, especialmente en el marco de la Reforma de Salud. En este artículo, hemos intentado revisar algunos de los aspectos metodológicos relevantes relacionados con dicha evaluación. Si bien no representan un listado exhaustivo, nos parece que son centrales a la discusión de cómo evaluar lo que actualmente se está realizando en dichos Centros de Salud. La definición de la intervención, los resultados que se espera obtener con ella (la medida de “efecto”), y la aproximación metodológica a la evaluación, nos parece son aspectos claves en esta discusión. Independientemente del nivel desde dónde se plantee la evaluación – Ministerio de Salud, Servicios, Municipios, Centros de Salud, Universidades – nos parece importante mantener un diálogo y debate entre los diferentes actores involucrados en este proceso, de manera de obtener la mejor respuesta al desafío planteado. Así como ha sido en el proceso de implementación de la propuesta, sólo a través de un trabajo conjunto en el proceso de evaluación, podremos contribuir al real fortalecimiento de la Atención Primaria en nuestro país.

#### REFERENCIAS

- 1.- DAVIES H T O, NUTLEY S M, SMITH P C. Introducing evidence-based policy and practice in public services. In: Davies HTO, Nutley SM, Smith PC, editors. What works? Evidence-based policy and practice in public services. Bristol: The Policy Press 2000; 1-11.
- 2.- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.
- 3.- SACKETT D L, ROSENBERG W M C. The need for evidence-based medicine. J R Soc Med 1995; 88: 620-4.
- 4.- SACKETT D L, RICHARDSON W S, ROSENBERG W M C, HAYNES R B. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
- 5.- SACKETT D L, STRAUS S E, RICHARDSON W S, ROSENBERG W M C, HAYNES R B. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 6.- FULOP N, ALLEN P, CLARKE A, BLACK N. Studying the organization and delivery of health services. London: Routledge, 2001.
- 7.- División de Salud de las Personas. Departamento de Atención Primaria. El Modelo de Atención. Atención Primaria de Salud. Santiago: Ministerio de Salud Chile, 1997.
- 8.- Medical Research Council. A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London, 2000.
- 9.- CAMPBELL M J, FITZPATRICK R, HAINES A, KINMONTH A L, SANDERCOCK P, SPIEGELHALTER D J et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000; 321: 694-7.
- 10.- PANTOJA T, ATUN R. Performance Management in health care: the case of CESFAM in Chilean Primary Care (draft document). London, 2000.
- 11.- KAPLAN RS, NORTON D P. The balanced scorecard - measures that drive performance. Harvard Business Review Jan-Feb 1992; 71-9.
- 12.- NHS Executive. The new NHS Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance. Leeds: Department of Health, 1998.
- 13.- NHS Executive. The NHS Performance Assessment Framework. Leeds: Department of Health, 1999.
- 14.- DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
- 15.- EPSTEIN A M. The outcomes movement - Will it get us where we want to go? New England Journal of Medicine 1990; 323: 266-9.
- 16.- DAVIES H T O, CROMBIE I K. Interpreting health outcomes. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1997; 3: 187-99.
- 17.- CROMBIE I K, DAVIES H T O. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1998; 4: 31-8.
- 18.- UKOUMUNNE O C, GULLIFORD M C, CHINN S, STERNE J A C, BURNEY P G J, DONNER A. Evaluation of health interventions at area and organisation level. BMJ 1999; 319: 376-9.