

COLABORACIÓN ESPECIAL**EQA-17: PROPUESTA DE UN INDICADOR SINTÉTICO DEL PRODUCTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MAYORES DE 14 AÑOS**

Angel Vila Córcoles, Xabier Ansa Echeverría, Albert Gómez Sorribes, Joan Fort Sabaté, Jordi Grifoll Llorens e Ignacio Pascual Morón. Grupo SISINFO.

Servicio de Atención Primaria Tarragona-Valls. Gerencia de Ambito Tarragona-Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut

RESUMEN

Múltiples indicadores miden diferentes aspectos del amplio abanico de actividades que desarrollan los equipos de atención primaria (EAP). Sin embargo, su amplio número dificulta su interpretación puesto que la mayoría aportan información parcial y no proporcionan una visión global de los resultados. Este trabajo propone un modelo teórico para el cálculo estandarizado de un indicador «sintético» que permita medir y comparar el producto clínico-asistencial generado por los EAPs. Para la construcción del indicador sintético se realizó una metodología de trabajo en seis fases: 1) identificación y selección de componentes para el indicador; 2) determinación de prevalencias y coberturas teóricas esperadas; 3) ponderación de los componentes; 4) establecimiento de estándares; 5) formulación de los subindicadores; 6) operativización del indicador sintético final. Se seleccionó un total de 10 problemas de salud propios de la AP, que se desglosaron finalmente en una escala estandarizada de calidad asistencial (EQA) con 17 ítems. Los problemas de salud que componen este indicador sintético contemplan tanto la realización de actividades de promoción de la salud (lucha antitabáquica) como actividades de prevención primaria (vacunaciones antitetánica y antigripal), atención a patologías agudas (prescripción de antibióticos), y atención de patologías crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, dislipemia, diabetes, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular). El concepto de un indicador "sintético" del producto clínico-asistencial generado por los EAP puede aportar un mensaje dinamizante y motivador para muchos profesionales asistenciales, y su introducción podría ser útil para la mejora de los actuales modelos de gestión en atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Evaluación. Indicador. Resultados.

ABSTRACT**EQA-17: Proposing a Synthetic Indicator to Measure the Outcomes of Primary Care Teams in People over 14 Years**

There are many indicators to measure different aspects of the Primary Health Care activities. However, the interpretation of most of them it is difficult because the majority give partial information. This work proposes a standardised model to calculation of a synthetic indicator to measure the product of primary care teams. We made this work based on the sequential realization of a bibliographical review, a retrospective study to know registered morbidity, and the consent of a working group. For the design of the synthetic indicator we carried out a sequential working methodology in six phases: 1) identification and selection of components for the indicator; 2) determination of theoretical prevalences and coverages; 3) ponderation of the components; 4) establishment of standards; 5) formulation of the components; 6) application of the scale and calculation of the indicator. Ten health problems were selected; that supposed a standardised scale of 17 items (EQA-17). The 10 problems of health which composed this synthetic indicator contemplate the realization of activities of promotion of the health (smoking cessation), activities of primary prevention (tetanus and influenza vaccination), care of acute problems (prescription of antibiotics), and care of chronic diseases (diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, patients with high-risk cardiovascular index, atrial fibrillation, and heart failure). The concept of a synthetic indicator to measure the level of quality of the product generated by the primary care teams could be useful for the improvement of the current evaluation models in primary care services.

Key words: Primary Health Care. Evaluation. Indicators. Outcomes.

Correspondencia:
Angel Vila Córcoles
Servei d'Atenció Primària Tarragona-Valls. ICS.
C/ Prat de la Riba 39. Tarragona 43001
Correo electrònic: avila.tarte.ics@gencat.net

INTRODUCCIÓN

El «producto» de la atención primaria (AP) es un concepto amplio que incluye tanto la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como también el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas y la detección y tratamiento o control de patologías crónicas¹⁻³. Los servicios de AP son evaluados en base a múltiples indicadores que intentan medir de forma más o menos exhaustiva las diferentes dimensiones relacionadas con su producto asistencial³. Generalmente estos indicadores contemplan apartados tan amplios y heterogéneos como acreditación de estructura, utilización de registros, información cuantitativa de actividad asistencial, grado de registro y control de patologías crónicas, atención al usuario, desarrollo de programas e intervenciones específicas (atención domiciliaria, salud bucodental, etc), prescripción farmacéutica, coordinación entre niveles, formación continuada y/o investigación^{4,5}.

Existen numerosos indicadores que, de forma más o menos compleja, tratan de medir los diferentes aspectos del amplio abanico de actividades que desarrolla la AP. Sin embargo, su amplio número dificulta una fácil interpretación global, puesto que todos ellos aportan información parcial y difícilmente proporcionan una visión general del producto clínico asistencial generado en los equipos de atención primaria (EAP)^{2,6}.

Resulta necesario desarrollar indicadores globales del producto asistencial que sean más representativos y fácilmente interpretables⁷. En este sentido, consideramos pertinente la búsqueda de indicadores sintéticos que permitan comparar de forma clara y sencilla los resultados en salud generados en los EAPs⁸.

El objetivo del presente trabajo es proponer un modelo teórico para el cálculo estandarizado de un indicador «sintético» que

permita medir y comparar el producto clínico-asistencial generado por los EAP en la población mayor de 14 años.

METODOLOGÍA

Entre enero y noviembre de 2004 en el Servicio de Atención Primaria (SAP) de Tarragona-Valls del Institut Català de la Salut se realizó una metodología de trabajo secuencial que incluyó la realización de una revisión bibliográfica (fase 1), un audit informático de la totalidad de historias clínicas de atención primaria (HCAP) de sujetos mayores de 14 años (fase 2) y el consenso de un grupo de trabajo del SAP (fases 1, 3-6) formado por tres directivos, el técnico de salud, el responsable de sistemas de información, un farmacólogo y dos médicos de familia.

1. Identificación y selección de componentes para el indicador. En esta fase se efectuó una búsqueda bibliográfica centrada en revisiones en la Base de Datos Cochrane y en la Base de Datos de Abstractos de Revisiones de la Efectividad. Posteriormente se realizó discusión y consenso (por los miembros del grupo de trabajo) acerca de qué intervenciones eran más propias de la atención primaria; habían mostrado su efectividad desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia, y además era factible la obtención de información sobre su prevalencia y/o cobertura en las Áreas Básicas de Salud (ABS) del SAP.

2. Determinación de prevalencias y coberturas teóricas. Se realizó un audit informático de todas las HCAP >14 años correspondientes a las 12 Áreas Básicas de Salud (ABS) del SAP (164.954 HCAP auditadas) con recuento de todos los códigos diagnósticos o de actividades relativos a los problemas de salud seleccionados en la fase anterior. Los resultados de este audit se usaron para determinar las prevalencias máximas teóricas o esperadas [P(e)] para cada problema de salud seleccionado en la fase 1.

3. Ponderación de los componentes del indicador. Esta fase fue desarrollada por el mismo grupo de trabajo, el cual realizó una ponderación relativa del peso global de cada uno de los problemas e intervenciones previamente seleccionados, en función de la magnitud/gravedad del problema y/o efectividad de la intervención.

4. Establecimiento de estándares. Para establecer el valor de los estándares mínimos y óptimos, se utilizó como punto de partida el audit informático mencionado, considerándose como referencia para los estándares básicos y óptimos los valores inferior y superior respectivamente observados en las 12 ABS para cada una de las prevalencias y coberturas estudiadas.

5. Formulación de los subindicadores. En los problemas de salud crónicos se estableció un subindicador para medir el grado de detección o registro del problema [P(o)=Prevalencia observada]) y otro para medir el grado de control o cobertura de la intervención [C(o)=Cobertura de la intervención/grado de control]. Para los problemas de salud agudos o en el caso de actividades preventivas sobre población sana sólo se consideró la cobertura de la intervención. Todos los subindicadores sobre grado de detección del problema [P(o)] y grado de control o cobertura de la intervención [C(o)] fueron formulados en base a la máxima prevalencia teórica o esperada [P(e)] para cada problema o intervención. Asimismo, en la formulación de cada subindicador se contempló un ajuste por grado de envejecimiento de la población asignada (personas >65 años / total personas >14 años) mediante el método de estandarización directa considerando como referencia a la población total del SAP Tarragona-Valls⁹.

6. Operativización del indicador sintético global. En base a una escala ordinal de 0 a 100 puntos que considera la ponderación relativa asignada a cada subindicador en la fase 3, se construyó una hoja de cálculo que

contempla la formulación de los diferentes subindicadores. De este modo, la escala asigna a cada subindicador una puntuación que oscila en un rango mínimo de 0 puntos (cuando el valor observado está por debajo del estándar básico) y el máximo de puntos ponderados (cuando el valor observado alcanza el estándar óptimo).

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Durante la fase 1 se seleccionaron y priorizaron 10 problemas/intervenciones, los cuales contemplaban tanto la realización de actividades de promoción de la salud (lucha antitabáquica) como actividades de prevención primaria (vacunaciones antitetánica y antigripal), atención a patologías agudas (prescripción de antibióticos), y atención de patologías crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, dislipemia, diabetes, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular).

El subindicador elegido como indicativo de la prescripción de antibióticos fue la dosis total prescrita de antibióticos por 1000 habitantes/día (DHD). Para las dos actividades de prevención primaria se eligieron como subindicadores las coberturas vacunales observadas [C(o)] para tétanos en mayores de 14 años y gripe en mayores de 65 años. En el caso de la lucha antitabáquica y de los 6 problemas de salud crónicos se decidió contemplar 2 subindicadores para cada uno: grado de detección del problema o prevalencia observada [P(o)] y nivel de cobertura de la intervención [C(o)]. Todo ello supuso finalmente un indicador sintético o «estándar de calidad asistencial» (EQA) compuesto por 17 ítems.

En la tabla 1 se describe la formulación de cada uno de los 17 subindicadores, así como la ponderación porcentual que se atribuye a cada componente del indicador sintético «EQA-17». Como puede verse en la citada tabla, este indicador sintético tiene un rango

Tabla 1

Descripción del indicador sintético EQA-17. Componentes, ponderación y estándares propuestos en base a los resultados observados en un audit informático retrospectivo de 164.954 historias clínicas correspondientes a 12 Áreas Básicas de Salud del Servicio de Atención Primaria de Tarragona-Valls

	Ponderación	ESTÁNDAR básico / óptimo
E1.- P(o) de personas fumadoras*	7,5 puntos	10% - 25%
E2.- C(o) del consejo antitabaco**	7,5 puntos	10% - 60%
E3.- P(o) de personas con EPOC*	2,5 puntos	2% - 4,5%
E4.- C(o) EPOC con espirometría**	2,5 puntos	10% - 60%
E5.- P(o) de personas con HTA*	7,5 puntos	10% - 18%
E6.- C(o) HTA con TA<140/90**	7,5 puntos	25% - 50%
E7.- P(o) adultos 45-74 a. con riesgo CV alto*	7,5 puntos	2,5 - 10%
E8.- C(o). LDL<130 en riesgo CV alto**	7,5 puntos	25% - 50%
E9.- P(o) de personas con Diabetes Mellitus*	7,5 puntos	5% - 7,5%
E10.- C(o) DM con H. Glicosilada < 7.51**	7,5 puntos	25% - 50%
E11.- P(o) de insuficiencia Cardiaca*	2,5 puntos	0,5% - 1%
E12.- C(o) de IC tratados con IECA**	2,5 puntos	25% - 75%
E13.- P(o) de fibrilación auricular (ACxFA)*	2,5 puntos	0,6% - 1,2%
E14.- C(o) ACxFA con anticoagulación/AAS**	2,5 puntos	25% - 75%
E15.- Dosis por 1000 habitantes/día (DHD) prescritas de antibióticos	10 puntos	17,5 - 7,5
E16.- C(o) vacunación antitetánica	5 puntos	10% - 60%
E17.- C(o) vacunación antigripal en >65 años	10 puntos	50% - 75%
Total EQA-17	100 puntos	

* P(o) = prevalencias observadas (registradas en HCAP) y ajustadas según grado de envejecimiento de la población asignada. Las P(o) son ajustadas en función del grado de envejecimiento de la población adscrita (nº personas >65 años / nº total personas >14 años) en relación al grado de envejecimiento de la población estándar de referencia, y que en el caso del Servicio de Atención Primaria Tarragona-Valls fue 18,5% (30.528 personas >65 años sobre un total de 164.954 personas >14 años).

** C(o) = coberturas observadas (registradas en HCAP) y corregidas en función de las prevalencias teóricas o esperadas para cada problema de salud (ajustada también por grado de envejecimiento).

de puntuación entre 0 y 100 puntos, que son asignados en base a una relación directa-

mente proporcional entre el resultado alcanzado a partir de un objetivo o estándar básico

co (mínimo exigible) y un estándar óptimo (nivel de excelencia) para cada uno de los 17 subindicadores.

Considerando el papel determinante que la estructura etaria de la población tiene sobre la prevalencia de la mayoría de problemas de salud, las [P(o)] incluidas en el EQA-17 se ajustan en función del grado de envejecimiento de la población asignada en relación al grado de envejecimiento de la población total del SAP Tarragona-Valls tomado como población estándar de referencia (30.528 personas >65 años sobre un total de 164.954 personas >14 años).

Las coberturas observadas [C(o)] que se incluyen en el EQA-17 para el consejo anti-tabaco y el manejo de patologías crónicas se calculan de forma ajustada considerando en el numerador el número de casos que cumplen la condición (p. ej.: número total de diabéticos con hemoglobina glicosilada <7,5%), mientras que para el denominador no se utiliza el número de pacientes detectados/registrados [P(o)] sino que es construido

con el número teórico de pacientes esperados para cada patología en base a la prevalencia teórica esperable [P(e)] en esa población según su grado de envejecimiento.

En la tabla 2 se muestra el valor propuesto para las prevalencias teóricas o esperadas [P(e)] para cada uno de los problemas de salud incluidos en el indicador. La [P(e)] fue obtenida considerando el valor máximo de las prevalencias observadas por grupos de edad y para cada problema de salud en los particulares audits de HCAP de cada una de las 12 ABS del SAP Tarragona-Valls.

En la tabla 3 se describe un ejemplo de cálculo de puntuaciones para los dos subindicadores relacionados con la hipertensión arterial (indicadores E5 y E6) en el hipotético caso de un EAP con una población asignada de 1000 personas >14 años, con un porcentaje de envejecimiento del 23% y en la que hay un total de 160 pacientes diagnosticados de HTA (de los cuales 80 presentan cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg). Teniendo en cuenta que para el caso

Tabla 2

Prevalencias teóricas esperadas para los diferentes problemas de salud incluidos en el indicador sintético EQA-17. Valores obtenidos de las prevalencias más altas observadas por grupos de edad en el audit informático retrospectivo de historias clínicas de cada una de las 12 ABS del SAP Tarragona-Valls (n = 164.954 registros)

Problema de salud	15-64 años	>= 65 años	Total población*
Tabaquismo	28%	12%	25%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	2.4%	12%	4.5%
Hipertensión arterial (HTA)	11%	48%	18%
Riesgo cardiovascular elevado	4%	16%	10%
Diabetes Mellitus (DM)	4%	20%	7.5%
Fibrilación auricular (ACxFA)	0.25%	5%	1.2%
Insuficiencia Cardíaca (IC)	0.2%	4%	1%

* Prevalencia global esperada para personas mayores de 14 años, considerando un grado de envejecimiento poblacional (personas >=65 / personas >=14) del 18.5.

Tabla 3

Ejemplo de cálculo de puntuaciones para los dos subindicadores relacionados con la hipertensión arterial (indicadores E5 y E6) en una hipotética población de 1000 habitantes con una prevalencia cruda de HTA del 16% y un nivel de control no ajustado del 50% (*)

Indicadores E5 y E6	Objetivo/estándar	Resultado	Puntos
Nivel de detección/registro y control HTA	(básico-óptimo)	observado	
Población asignada 15-99 años	-	1000	-
Población asignada 65-99 años	-	230	-
Grado de envejecimiento poblacional	-	0.23	-
Número de personas diagnosticadas de HTA	-	160	-
Prevalencia cruda de HTA	-	16 %	5,875
INDICADOR E5			
Prevalencia ajustada de HTA [P(o)] <i>(Nº HTA registrados / población asignada ajustada por grado de envejecimiento)</i>	10% a 18% (0 a 7,5 puntos)	14.2%	3,937
Número teórico o esperado de hipertensos	-	202	-
Nº total HTA bien controlados (TA<140/90)	-	80	-
Porcentaje crudo de HTA en buen control	-	50 %	7,5
INDICADOR E6			
Cobertura ajustada buen control HTA [C(o)] <i>(Nº HTA buen control / Nº HTA esperados)</i>	25% a 50% (0 a 7,5 puntos)	40%	4,5

* Cálculos realizados considerando una prevalencia esperada de HTA del 18% y una población estándar de referencia con un 18,5% de personas mayores de 65 años.

de la detección/registro de la HTA se ponderan 7,5 puntos, y que se marca una prevalencia mínima exigible del 10% y un estándar óptimo para todos aquellos EAPs con prevalencias registradas del 18% o superior, observamos que nuestro hipotético EAP obtendría 5,675 puntos por una prevalencia cruda observada del 16% (160 HTA / 1000 habitantes). Sin embargo, y puesto que se trata de un EAP más envejecido (23%) que un EAP promedio (18,5%) sería de esperar que tuviera más población hipertensa (202 hipertensos) que un EAP promedio (180 hipertensos) y por tanto si consideramos su prevalencia ajustada de HTA (14,6%) obser-

vamos que obtendría sólo 3,8 puntos para este subindicador en un cálculo ajustado por grado de envejecimiento poblacional. Este cálculo ajustado permite la comparabilidad de los EAPs independientemente del mayor o menor grado de envejecimiento de su población asignada puesto que corrige las prevalencias observadas de factores de riesgo y patologías en aquellos EAPs cuya población asignada tenga un grado de envejecimiento desproporcionadamente alto o bajo respecto a un EAP promedio.

Del mismo modo, como puede verse también en la tabla 3, si consideramos la cober-

tura observada de la intervención (grado de control de la HTA), nuestro hipotético EAP alcanzaría 7,5 puntos en este subindicador si lo consideramos de forma cruda (80 HTA bien controlados sobre un total de 160 HTA detectados) mientras que sólo obtendría 4,5 puntos si realizamos el cálculo de forma ajustada (80 HTA bien controlados sobre 202 HTA esperados). En este caso el cálculo ajustado permite corregir aquellos casos frecuentes de EAPs con muy buenos niveles de control pero con niveles muy bajos de detección/registro del problema de salud.

COMENTARIOS

En la actualidad, los diferentes sistemas de gestión y/o evaluación de los servicios de AP contemplan un número cada vez mayor de apartados e indicadores^{4, 5}. Incluso los nuevos sistemas de gestión de la AP basados en la Dirección Clínica, con una mayor orientación clínico-asistencial, contemplan casi un centenar de indicadores¹⁰.

Por otra parte, la multiplicidad de organismos, departamentos y servicios involucrados en mayor o menor medida en la gestión de la AP, genera solicitudes continuas de información a los EAP, los cuales necesitan mantener un elevado número de registros paralelos o complementarios a la historia clínica simplemente con la finalidad de poder dar respuesta y proporcionar la información necesaria para el cálculo de los numerosos indicadores que periódicamente son solicitados desde diversas procedencias^{4, 5, 10}.

Habitualmente, en el aluvión de indicadores se mezclan aspectos realmente evaluativos con otros que sólo tienen un interés informativo, otros que abordan aspectos puramente organizativos, y otros que no tienen un objetivo definido ni un interés claro⁶.

Sin embargo, a pesar de la existencia de un gran número de indicadores, pocos de ellos se refieren a aspectos de efectividad de

las intervenciones sanitarias y sólo alguno contempla de manera sintética el resultado final del «producto» clínico-asistencial generado por los EAP^{8, 11}. Dejando aparte algunos indicadores intermedios entre el proceso y el resultado final (como las coberturas vacunales o el grado de control de algunas patologías crónicas), pocos indicadores se refieren al producto clínico-asistencial de los EAP, mientras que la mayoría de ellos miden aspectos estructurales, organizativos, económicos y realización de actividades (visitas, número de anotaciones sobre protocolos, programas y registros diversos, etc). Muchos profesionales asistenciales no perciben la utilidad de la información que se les solicita y que deben registrar y, teniendo en cuenta que el tiempo en las consultas de AP es muy limitado, resulta obvio que la multiplicidad de indicadores perjudica la fiabilidad de los datos y favorece el infraregistro. A pesar de ello, sigue siendo pertinente preguntarse si muchos indicadores miden realmente la realización de la actividad o únicamente su registro.

En nuestra opinión, la medición del producto asistencial de los EAP ha de estar basada no en actividades (visitas, solicitudes, etc) o tipo de atención (urgente, domiciliaria, programada) sino en aspectos más clínicos, ya que este es el objetivo de la labor diaria de los EAP, y además son los aspectos que más interesan y el lenguaje que mejor entienden los profesionales asistenciales. Aquellos indicadores ligados a conceptos de efectividad, eficiencia y/o resolución de problemas son mejor asumidos por los profesionales asistenciales que aquellos otros que hacen referencia a aspectos estructurales, organizativos o de proceso¹².

En este trabajo nosotros seleccionamos un total de 10 problemas de salud que pueden ser bastante representativos del trabajo asistencial diario en los EAP. Los problemas seleccionados fueron priorizados en base a criterios de magnitud/gravedad del problema y efectividad de la intervención, pero

también fue considerada la facilidad para la obtención del indicador y la carga proporcional que su atención supone en el trabajo asistencial diario de los profesionales de atención primaria. En conjunto, los indicadores que componen el EQA-17 representan tanto las vertientes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como el tratamiento de patologías agudas y crónicas. Todos ellos incluyen en su población diana a un alto porcentaje de la población total y su atención supone una buena parte de las consultas que se realizan cotidianamente en un centro de salud.

En la vertiente concreta de la atención a patologías agudas no pudimos identificar un único problema que pudiera considerarse altamente representativo del producto asistencial de la AP en este campo. Por ello, teniendo en cuenta además las dificultades para la obtención de indicadores de atención a patologías agudas basados en la HCAP, se decidió seleccionar el problema de las enfermedades infecciosas como indicativo de la atención a los problemas de salud agudos, optándose por la medida de la prescripción de antibióticos como indicador cuantitativo indirecto de la atención a estas patologías. Somos conscientes de que el producto asistencial de la AP en patologías agudas probablemente está infrarepresentado en el EQA-17, pero la dificultad para obtener indicadores con los registros actualmente existentes limita mucho el número de problemas de salud agudos potencialmente elegibles para su inclusión en un indicador sintético del producto asistencial en AP.

A diferencia de los indicadores habitualmente utilizados para medir el grado de control de las patologías crónicas (que utilizan como denominador el número de pacientes diagnosticados), en el EQA-17 nosotros proponemos considerar en el denominador el número de sujetos «esperados» que probablemente tienen esa patología (haya o no sido diagnosticada/registrada). Este ajuste evita que se observen, como sucede con los

indicadores clásicos, supraestimaciones del grado de control en presencia de prevalencias registradas muy por debajo de las reales. En este mismo sentido, nosotros proponemos también un ajuste de las prevalencias observadas en función del grado de envejecimiento de la población asignada a cada EAP, evitando así que se produzcan supra o infraestimaciones de las prevalencias en el caso de poblaciones asignadas con alto o bajo grado de envejecimiento respectivamente⁹.

Aunque muchos de los indicadores de actividad asistencial que se utilizan actualmente tienen como referencia la población atendida^{5,9}, nosotros hemos optado por mantener el total de la población «asignada» para el cálculo del EQA-17, en base al criterio de que muchos de sus componentes se refieren a medidas de prevención primaria o secundaria (vacunaciones, detección de casos no diagnosticados, control adecuado de enfermos) que van dirigidas también a la población menos demandante.

El hecho de que nuevos modelos de evaluación no contemplen la utilización de un indicador sintético del producto clínico-asistencial^{10, 13, 14}, probablemente se debe tanto a la dificultad para definir el «producto» sanitario generado como a la complejidad técnica para el desarrollo y validación de un indicador de estas características y a las dificultades inherentes a la obtención estandarizada y fiable de sus componentes. En nuestra opinión, un indicador sintético del tipo EQA-17 responde satisfactoriamente a las anteriores cuestiones, puesto que el conjunto de sus componentes es bastante representativo de las 4 vertientes de la AP, su metodología de cálculo es relativamente sencilla, la información necesaria para su cálculo es relativamente fácil de obtener de forma homogénea y comparable y, además, no se requiere un esfuerzo «registrator» extra por parte de los EAP pues todos los problemas de salud e intervenciones que incluye son ya mayoritariamente registra-

dos por los profesionales de atención primaria.

Si bien no existe una validez de criterio (ausencia de gold estándar), creemos que el EQA-17 posee una aceptable validez de construcción y contenido pues abarca un elevado número de intervenciones teóricamente eficaces y tiene en cuenta además los niveles de registro y coberturas alcanzados. El hecho de que el EQA-17 es calculado de forma proporcional y en base a una escala continua, comportaría una aceptable capacidad discriminante y una buena sensibilidad puesto que su puntuación sufriría variaciones significativas en función de pequeños cambios producidos en las prevalencias y/o coberturas observadas y, por tanto, podría ser usado como instrumento de monitorización, si se disponen de unos sistemas de información adecuados.

Algunas consideraciones metodológicas deben ser comentadas. Las fuentes de búsqueda de la evidencia fueron limitadas y no pueden considerarse exhaustivas. Las prevalencias esperadas propuestas, aunque fueron estimadas en base a la revisión de los registros informáticos de más de 160.000 HCAP, pueden no ser totalmente extrapolables a otras poblaciones, y por ello sería recomendable disponer de esta información sobre una población de referencia aún más amplia y representativa. Del mismo modo, aunque el EQA-17 incorpora el ajuste de las prevalencias y coberturas en base al grado de envejecimiento de la población asignada, podría resultar aún más preciso su ajuste por más subgrupos de edad. Nosotros hemos incluido la población del SAP Tarragona-Valls como población estándar para realizar el ajuste directo de las tasas observadas, pero esto es una limitación, puesto que sería deseable que el ajuste se realizase en base a una gran población estándar de referencia.

Nuestra propuesta de un indicador sintético del tipo EQA-17 debe considerarse como un instrumento inicial susceptible de incor-

porar diversas mejoras. Sin embargo, debe resaltarse que se trata de un indicador que es poco rígido en su concepción puesto que permitiría ser formulado en base a una diferente población estándar de referencia, y permitiría también la modificación o sustitución de algunos de los subindicadores que lo componen, así como la introducción de otros que la medicina basada en la evidencia pueda aportar^{11, 12}.

Por otra parte, la determinación de un indicador sintético del tipo EQA-17 resulta especialmente factible si tenemos en cuenta que el cálculo de este indicador sintético va estrechamente ligado a aspectos ya trabajados y asumidos actualmente por los profesionales de atención primaria (tales como la detección y/o registro de la población susceptible y/o de riesgo, y la medida de la cobertura de las intervenciones). En la línea de recientes propuestas sobre el diseño e implementación de indicadores en atención primaria, el EQA-17 se «alimentaría» de datos que ya son informatizados rutinariamente y, por tanto, no requiere un esfuerzo «registrator» extra por parte de los profesionales asistenciales^{15, 16}. Esta es, en nuestra opinión, una característica esencial que debería tener cualquier nuevo indicador que se desee introducir en la evaluación de los servicios de AP puesto que la actual sobrecarga de las consultas y el gran número de requerimientos de registro haría poco factible en la práctica la introducción de nuevos indicadores de gestión/evaluación que requiriesen esfuerzos sobreañadidos de los profesionales de AP, especialmente si estos esfuerzos «registrator» suplementarios no son visualizados como útiles o efectivos para mejorar la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? *Lancet* (ed. esp.) 1995; 26 (3): 58-62.
2. Grupo de trabajo de la Subdivisión. El producto de la Atención Primaria. Subdivisión de Atención Pri-

- maria de Costa de Ponent, Tarragona y Tortosa. Institut Català de la Salut: Hospitalet de Llobregat; 1995.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma; 1994.
 4. Departament de Sanitat. Pla de salut de Catalunya, 2002-2004. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2002.
 5. Servei Català de la Salut. Indicadors del Contracte de Serveis d'Atenció Primària amb les ABS per l'any 2005. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2005.
 6. 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 en Atención Primaria 1996; 2: 59-62.
 7. Casajuana J. Experiència en l'aplicació del contracte de serveis d'atenció primària en una ABS urbana. Butlletí Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 1995; 2: 26-27.
 8. Vila Córcoles A, Bria Ferré X. La mortalidad evitada como producto de la Atención Primária. Cuadernos de gestión en la Atención Primária 2001; 3, 134-141.
 9. Argimón J, Jiménez JM. Métodos de investigación en Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1992.
 10. Divisió d'Atenció Primària. Contracte de Direcció Clínica dels Equips d'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la Salut. 2002.
 11. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 1998; 317:1354-60.
 12. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ 1997; 315: 418-21.
 13. Shortell SM, Schmittiel J, Wang MC, Li R, Gillies RR, Casalino LP, Bodenheimer T, Rundall TG. An empirical assessment of high-performing medical groups: results from a national study. Med Care Res Rev 2005; 62 (4): 407-34.
 14. Kollberg B, Elg M, Lindmark J. Design and implementation of a performance measurement system in Swedish health care services: a multiple case study of 6 development teams. Qual Manag Health Care. 2005; 14 (2): 95-111.
 15. Raftery J, Roderick P, Stevens A. Potential use of routine databases in health technology assessment. Health Technol Assess. 2005; 9 (20): 1-106.
 16. Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Rachet B. Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1, performance indicators closely linked to clinical care. BMJ. 2005; 330 (7505): 1426-31.