

**Indicadores de Evaluación  
de la actividad profesional:  
Asistencia, Docencia e Investigación**





# Indicadores de Evaluación de la actividad profesional: Asistencia, Docencia e Investigación

“Hacer indicadores es fácil, hacerlos buenos es difícil”



## **Autores:**

Carles Llor Vilà  
Gaspar Tamborero Cao  
Xavier Albert Ros  
Karmele Ayerdi Navarro  
Antonio Cabrera de León  
Isabel Fernández Fernández  
Marcelino Galindo Jimeno  
Alicia Gómez Pérez  
Josefa Ruiz Rodríguez  
José Antonio Vecino González

© 2002 Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria  
Portaferrisa, 8, pral. 08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

ISBN: 84-        -2  
Depósito legal: B-51..703-2001

<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>Indicadores de evaluación de la actividad asistencial en atención primaria</b> .....	<b>10</b>
Áreas de evaluación de la actividad asistencial .....	16
Indicadores de actividad .....	16
Indicadores en actividades preventivas .....	16
Indicadores en patologías crónicas .....	17
Indicadores en patologías agudas .....	17
Indicadores en atención domiciliaria .....	17
Indicadores relacionados con la adquisición de nuevas habilidades .....	17
Indicadores de uso racional del medicamento .....	17
Indicadores de calidad percibida .....	17
Indicadores de eficiencia .....	17
Indicadores de grado de registro de la HACAP .....	17
<b>Indicadores de evaluación de la actividad docente e investigadora en atención primaria</b> .....	<b>18</b>
Bases para la formulación de indicadores de evaluación de la actividad docente e investigadora en atención primaria .....	18
Indicadores de medición de la actividad docente .....	19
El médico de familia como receptor de formación (discente) .....	19
El médico de familia como emisor de formación (docente) .....	21
Indicadores de medición de la actividad investigadora .....	21
<b>Conclusiones</b> .....	<b>24</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>25</b>



# INTRODUCCIÓN

---

Los indicadores son variables o instrumentos de evaluación, capaces de detectar modificaciones directa o indirectamente a partir de las intervenciones sanitarias realizadas. Para la medición de las modificaciones alcanzadas en un objetivo concreto, puede ser suficiente un solo indicador o varios, dependiendo de la amplitud con que se definió el objetivo. Por ejemplo, si un objetivo planteado es conseguir un determinado porcentaje en la tasa de vacunación de una comunidad, la medición del incremento de esta tasa será un indicador adecuado, pero si el objetivo es mejorar la atención dada a un grupo poblacional, será necesario utilizar varios indicadores.

Los indicadores para la evaluación de actuaciones en salud pueden ser de varios tipos: de cobertura sanitaria, de política sanitaria (por ejemplo, asignación de recursos suficientes para la atención primaria o grado de equidad en la distribución de recursos), de estado de salud (por ejemplo, tasa de mortalidad infantil), socioeconómicos, etc. Los indicadores también pueden ser entendidos desde la perspectiva de la garantía de calidad asistencial y más concretamente en la monitorización, entendida ésta como un proceso subsiguiente a la garantía de calidad asistencial, que se pone en marcha una vez alcanzados unos niveles de calidad aceptables, para evitar que dicha calidad descienda con el tiempo.

Probablemente nadie pondría en duda la necesidad de evaluar la actividad profesional y que los indicadores pueden ser un instrumento que puede ayudar, pero tras esta afirmación genérica que corresponde al título del documento, surgen muchas dudas y/o reflexiones. ¿Qué es actividad profesional?; ¿cómo la podemos evaluar y para qué?; ¿los indicadores pueden ser un buen instrumento para ello?; ¿hay otras formas de hacerlo?. El documento no pretende contestar todas estas preguntas (sería imposible), sino plantear reflexiones en torno al uso de Indicadores como herramienta para evaluar actividad profesional, incluyendo asistencia, docencia e investigación. Herramienta, instrumento, los indicadores son un medio, no un fin.

Entrado ya el siglo XXI, el papel que la atención primaria de salud juega en los servicios nacionales de salud sigue siendo muy discutido. En este sentido, el “producto” de la atención primaria es aún un término muy impreciso, poco definido y sujeto también a discusión. Es quizás por este motivo por lo que tradicionalmente los servicios de atención primaria se han gestionado y evaluado en base a un elevado número de indicadores, de procedencia y calidad variables, que han intentado medir de forma más o menos exhaustiva las diferentes dimensiones relacionadas con el producto de la atención primaria. 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 principalmente desde su vertiente cuantitativa, coordinación entre niveles, formación continuada e investigación. Sin embargo, hay un peligro en que esos esfuerzos no resulten en ganancias en calidad a causa de potenciales debilidades conceptuales o técnicas. Medir el desempeño profesional es más que un de medidas, implica un modo de manejo. A menudo la atención se focaliza sobre las características técnicas de medidas individuales más que en la aproximación conceptual.

Podríamos empezar preguntándonos: Indicadores, ¿para qué?, ¿con qué objetivo?, ¿qué función tiene evaluar, es decir, emitir un juicio de valor?. Es lógico que los indicadores puedan o deban variar, el indicador o su uso, en función del objetivo que se pretenda con ellos: mejora de la calidad, medir cumplimiento de objetivos ligados o no a cartera de servicios y/o incentivos, carrera profesional, acreditación de personas o centros, etc; es decir, pueden tener una función de regulación, de competición, de mejora continua de calidad o de incentivos financieros. Podríamos decir que el fin último de todas estas funciones sería mejorar la atención, mejorar la actividad profesional, mejorar la calidad. En la *tabla 1* podemos observar algunos motivos por los que los profesionales podemos querer indicadores .

**TABLA 1. ¿Para qué queremos indicadores?**

- Para saber lo que hacemos
- Para saber cuánto hacemos
- Para saber cómo lo hacemos
- Es una manera práctica de estimar la actividad profesional
- Para compararnos
- Para saber lo que deberíamos hacer
- Para que la gestión se haga con racionalidad
- Para valorar nuestra competencia
- Para mejorar

¿Evaluar a quién?, ¿con qué grado de agregación?. El objeto de la evaluación puede ser un individuo, un centro, parte o la totalidad de profesionales de un mismo ramo de un centro, un servicio, un área, una institución y en el caso de la docencia y sobre todo la investigación, la cosa aún se complica más, ya que podríamos añadir por ejemplo, un grupo de investigación, una red, etc. ¿Qué medimos?, ¿qué información necesitamos?. La única forma de juzgar la necesidad de un determinada información dentro de una organización es saber cuánto nos acerca o nos aleja de la meta. Por ello sería conveniente clarificar al máximo ésta. Una aproximación a estas necesidades quizás se podría lograr tratando de responder a las siguientes preguntas: ¿Qué hacemos?; ¿lo hacemos bien?; ¿lo hacemos barato?; ¿somos accesibles?; ¿la gente está contenta?; ¿los de dentro están contentos?.

En este punto, convendría recordar los principios de un sistema de información sanitaria ya que los indicadores pueden formar parte de éste: aplicabilidad, eficiencia y adaptabilidad. Habrá que tener en cuenta que una parte importante de la información que se genera en las organizaciones es de carácter informal, circula por los canales informales y nunca estará recogida formalmente. El desconocimiento de esta información repercute en la calidad de las decisiones.

¿Qué impacto tienen?. Todos los indicadores encarnan un sistema de valores y de cometido social. Diferentes indicadores producidos por diferentes organizaciones o procesos reflejarán diferentes valores. El impacto potencial de aplicar un conjunto de indicadores depende no solo de sus características técnicas, sino también del grado como se manejen (forma de aplicarlos), de la cultura profesional existente y de los cambios en esta cultura que pueden producir. Por ejemplo, cuando son aplicados a organizaciones, pueden

tender a desplazar o reemplazar a modos preexistentes formales o informales, internos, de mejorar la calidad. Los indicadores pueden considerarse tecnología sanitaria, y como tal habría que evaluar su impacto.

La información, además de sus indudables utilidades, también puede comportar riesgos y si no nos aseguramos que se cumplen unas premisas básicas, la posibilidad de “efectos indeseables” de la información es mucho mayor. La mala calidad de la información (en cuanto a su cantidad, facilidad de comprensión, fiabilidad, comparabilidad, precisión, etc.), puede ocasionar interpretaciones inadecuadas y por tanto, decisiones equivocadas. No debemos pensar que todas las personas que van a recibir la información tienen la misma capacidad para interpretarla. Cuanto más sencilla y clara sea, menos riesgo hay de que se presente “patología asociada”. En la *tabla 2* se muestran algunos ejemplos de posibles “efectos secundarios”. Muchos problemas se pueden originar por las dificultades inherentes en las tres actividades de sistemas de control: medida del desempeño, análisis o interpretación de los resultados y la acción subsiguiente a la luz de los resultados. Pueden crear incentivos perversos para cambiar la práctica asistencial; así, por ejemplo, los indicadores relacionados con la atención a domicilio por parte del personal de enfermería podrían promover que las enfermeras redujeran el número de las visitas adecuadas a los pacientes mayores de 75 años. De la misma forma, podría parecer que los médicos “actúan adecuadamente” reduciendo el número de las admisiones adecuadas al hospital de los mayores de 75 años y no ser así, por ejemplo, no derivando pacientes con pielonefritis

**TABLA 2. Efectos secundarios de los indicadores**

- Muchas veces se vivencian como un instrumento de tortura
- Pueden crear incentivos perversos para cambiar la práctica asistencial
- Los indicadores son un medio, no un fin
- Generación de rechazo
- Se mejora sólo lo que se mide
- Puede focalizarse demasiado en unos pocos indicadores, otros aspectos del servicio que no están siendo medidos o que no son medibles se les puede prestar menos atención
- Focalización excesiva hacia resultados más pobres
- Problemas de comparabilidad; las fuentes deben ser fiables y las medidas estandarizadas por factores que alteran su interpretación
- Dependiendo de los indicadores usados, estos pueden también engendrar una cultura a corto plazo
- Cuando se miden cambios sobre el tiempo, por ejemplo, como porcentaje de cambio, personas o centros que estaban a un alto nivel al principio, pueden parecer peores
- Coste oportunidad

o insuficiencia cardiaca graves o crisis asmáticas igualmente graves. Incluso se podrían dejar de notificar procesos infecciosos importantes cuando en realidad se debería hacer.

Para aumentar su utilidad los indicadores de la actividad asistencial, de docencia y de investigación deberían tener unos criterios mínimos antes de ser estudiados para su aceptación como indicadores válidos y pertinentes. Deberían de estar relacionados directamente con los servicios de salud, ser sensibles a posibles cambios, basados en información válida, definidos con precisión, que representen áreas clínicas importantes, y que cubran una gran variedad del servicio sanitario. En la tabla 3 se describen los requisitos de estos indicadores.

**TABLA 3. ¿Cómo tienen que ser los indicadores?**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiables</li> <li>• Válidos</li> <li>• Objetivos</li> <li>• Basados en información válida</li> <li>• Definidos con precisión</li> <li>• Medibles</li> <li>• Revisables</li> <li>• Sensibles</li> <li>• Específicos</li> <li>• Justos</li> <li>• Creíbles</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que permitan la comparabilidad</li> <li>• Apropriados para la atención primaria</li> <li>• Los necesarios</li> <li>• Basados en la evidencia</li> <li>• Adaptados al medio</li> <li>• Que representen áreas clínicas fundamentales</li> <li>• Que tengan una estrategia muy bien definida detrás</li> </ul> |
|---|--|

La información es para la acción. No debe recogerse una información si sus resultados no van a condicionar las actuaciones posteriores. De estas dependerá el impacto potencial beneficioso. Un indicador no es apropiado para un determinado programa de gestión de calidad de un determinado nivel dentro del sistema de salud si los resultados de su monitorización no pueden seguirse de acciones para la mejora por parte de quienes lo están utilizando cuando un problema es detectado.

En la evaluación de la actividad profesional es aplicable la frase: “Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto”. La tendencia del sujeto medido es satisfacer las condiciones de la medición o atacarla, y por tanto, el resultado que la organización considera bueno para cada indicador (subir, bajar, estabilizar) debe ser explícito, cuantitativo y objetivo o consensuado; así, por ejemplo, si medimos visitas, ¿qué es lo bueno?.

Si los indicadores de evaluación de la actividad profesional son instrumentos para medir aspectos de la calidad de los cuidados, quizás valga la pena detenerse un momento a considerar que significa la calidad. Que la calidad ocupe un lugar prominente en las políticas de salud y en la gestión es seguramente algo bueno, pero a menos que ésta sea definida y usada sensatamente, las llamadas para la mejora de la calidad o la calidad total, se convertirán en meros eslóganes o declaraciones de moda. No es sorprendente que la introducción de medidas externas en las cuales el juicio acerca de la calidad se basa sobre estándares precisos pueden contribuir a una sensación de temor y

de pérdida de control por parte de los profesionales de la salud. Las medidas y su comunicación, usadas inapropiadamente, pueden crear un ambiente de temor o alarma, en vez de fomentar la mejora de la calidad. Siguiendo el esquema de Roland, la calidad de la atención a nivel individual puede decirse que está determinada por la accesibilidad, una alta calidad de la atención clínica, como por ejemplo en el diagnóstico o tratamiento, y una alta calidad de la atención interpersonal, por ejemplo, escuchando, dirigiéndose a las preocupaciones de los pacientes, empatía, etc. A nivel poblacional, la equidad es importante para asegurar que algunos grupos de población no sean marginados en la atención que reciben. Habrá que hacer esfuerzos para que un sistema de indicadores tenga en cuenta todos estos aspectos.

Por otra parte, según esquema de Saturno, los indicadores a monitorizar pueden derivarse de ciclos de mejora, de actividades de diseño de los servicios, o ser fruto de una selección de aspectos o servicios relevantes de nuestra institución cuya calidad nos interesa controlar. Por lo tanto, a la monitorización puede llegarse esencialmente a través de tres situaciones diferentes resumidas en la *tabla 4* junto con sus objetivos inmediatos. En las tres situaciones, el objetivo último de la monitorización es la identificación de situaciones problemáticas.

**TABLA 4. Medición de la calidad con indicadores. Situaciones y objetivos**

SITUACIÓN	OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de indicadores sobre un aspecto o servicio que ha sido sometido a ciclo de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurarse que se mantiene la mejoría conseguida</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de listado de indicadores sobre aspectos o servicios relevantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurarse que están a niveles aceptables</li> <li>Identificar aspectos-problema, o priorizar oportunidades de mejora</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de indicadores sobre un aspecto o servicio de nuevo diseño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurarse que el diseño funciona como estaba previsto</li> </ul>

## INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

---

Las empresas proveedoras de servicios sanitarios pretenden dirigir la actividad asistencial de los profesionales del sistema de salud, elaborando unos indicadores para evaluar la actividad asistencial y los profesionales serán juzgados de acuerdo a su actuación profesional según unos indicadores. Muchos de los indicadores son atribuibles a la atención primaria, pero sólo algunos están relacionados con intervenciones que con seguridad van a producir una mejora en la salud.

Actualmente se mezclan como indicadores aspectos realmente evaluativos con otros que sólo tienen un interés informativo, otros que abordan aspectos organizativos que debieran ser de incumbencia exclusiva del centro de salud, y otros que no tienen un objetivo definido ni un interés claro. No se evalúan, o apenas lo hacen, aspectos como atención a patologías agudas, utilización adecuada de pruebas complementarias, continuidad de la atención, accesibilidad y tiempo de espera, aspectos todos ellos que tienen una importancia capital. Tampoco suele evaluarse la calidad, fiabilidad y homogeneidad de los registros. No obstante, lo más llamativo de todo y pese a la complejidad de los modelos de gestión actuales y de la existencia de los numerosos indicadores existentes, ninguno de ellos contempla el resultado final o la calidad del “producto” sanitario generado en los centros de atención primaria. 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, no existen en los modelos actuales indicadores para medir realmente el producto generado por la atención primaria, mientras que sí existen, por contra, numerosos indicadores para medir actividades (visitas, anotaciones en los registros, etc). Eso no implica que tengamos que abandonar ese tipo de indicadores pero, desde luego, no tienen que ser los únicos en ser evaluados y no hay que darles tanta importancia. Además, sigue siendo pertinente preguntarse si muchos de esos indicadores miden realmente la realización de actividades o únicamente su registro.

Los indicadores de la actividad asistencial deberían medir el “*doing things right*” haciendo lo que debemos hacer (pertinencia, eficacia de las intervenciones, disponibilidad) y el “*doing things right*” haciéndolo de la forma más adecuada (eficientemente, con efectividad, con seguridad, con cariño, con respeto, en el momento adecuado). Sobre los indicadores que expresan pertinencia, disponibilidad, eficacia y efectividad debería de haber una fuerte evidencia, de que las intervenciones sobre las cuales están basados, van a producir unos resultados en la mejora de la salud. El uso de esos indicadores para monitorizar la actividad asistencial podría ser una forma de promover el uso extensivo de intervenciones basadas en la evidencia médica, por ejemplo en la prevención secundaria de enfermedad coronaria.

En el Reino Unido, McColl et al buscaron bibliografía de las intervenciones que pueden tener un impacto en la mejora de la salud en atención primaria. Para ello, tuvieron en cuenta ensayos clínicos en atención primaria controlados y aleatorios, cuyos resultados producían una disminución en cuanto a mortalidad y casos graves no fatales. Para cada una de estas intervenciones que producen una mejora sustancial de la salud, se enumeran en *tabla 5* los indicadores de actividad asistencial que podrían monitorizar su uso en atención primaria. Hay indicadores de la proporción de la población con diagnóstico de hipertensión, de enfermedad coronaria, de fibrilación auricular y de insuficiencia cardiaca.

**TABLA 5. Existencia de evidencia o información sobre intervenciones en atención primaria (ampliado de McColl A, 1998)**

INTERVENCIÓN	Red. RR	Red. RA	Pob. eleg.	Cob.	Efic.	MSP	Observaciones
Ácido acetilsalicílico para pacientes con riesgo alto de isquemia coronaria o cerebrovascular	SI	SI	SI	S	SI	SI	Tiempo de seguimiento variable en los ensayos analizados. Beneficios mayores en el primer año. Problemas de efectos secundarios con el ácido acetilsalicílico
Control de la HTA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Disparidad en los criterios de control. Problema de efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos
Consejo para dejar de fumar o terapia con parches de nicotina	SI	SI	SI	SI	SI	SI	La reducción de riesgo relativo puede estar sobreestimada, ya que fue calculada en una cohorte de Inglaterra
IECA para tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca	SI	SI	SI	SI	SI	SI	En muchos ensayos la edad media de los pacientes es menor a la de la población general
Estatinas en prevención secundaria:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	El riesgo de AVC también puede ser reducido
Pacientes con muy alto riesgo de cardiopatía isquémica							
Estatinas en prevención primaria	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
Pacientes con alto riesgo de cardiopatía isquémica (prevención primaria)							
Anticoagulación oral en profilaxis de AVC en la fibrilación auricular crónica no valvular	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Posible problema de hemorragia intracraneal. Datos extrapolados de ensayos clínicos hospitalarios
Vacuna antigripal en mayores de 65 años	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Posible cambio de efectividad si hay cambio de cepa epidémica
Cuidados del diabético	SI	SI	SI	SI	SI	NO	En atención primaria son equivalentes al nivel hospitalario pero no han demostrado que reduzcan la mortalidad ni las admisiones hospitalarias. Es difícil traducir el control glucémico y pérdidas de seguimiento en resultados
Intervenciones para reducir el consumo de alcohol	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Imposibilidad de traducir la evidencia de la reducción del consumo de alcohol en la mejora de la salud (casos fatales o no fatales) a nivel poblacional
Inmunizaciones en general (excepto gripe en ancianos)	NO	NO	SI	SI	SI	NO	Datos observacionales sugieren que los programas de vacunación son efectivos. Es difícil trasladar dichos datos a las reducciones de RR y RA
Tratamiento de la obesidad en adultos	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Imposibilidad de traducir la eficacia de la reducción del peso en la mejora de la salud (casos fatales y no fatales) a nivel comunitario
Cribaje del cáncer de cérvix	NO	NO	SI	SI	SI	NO	Estudios observacionales sugieren que los programas de screening del cáncer de cérvix son efectivos. Es difícil trasladar estos datos observacionales en riesgos relativo y absoluto.
Prescripción de un contraceptivo con consejo sobre planificación familiar	NO	NO	SI	SI	SI	NO	

Red.: reducción; RR: riesgo relativo; RA: riesgo atribuible; Pob. eleg.: población elegible; Cob.: cobertura, Efic.: eficiencia; MSP: mejora en la salud de la población; HTA: hipertensión arterial; AVC: accidente vascular cerebral; IECA: inhibidores del enzima conversor de la angiotensina  
 SI = información o evidencia disponible  
 No = información o evidencia no disponible

Algunas intervenciones, a pesar de necesitar de un elevado número de individuos a los que se tendría que aplicar, podrían producir un gran impacto en la salud de la población. Por ejemplo, hacen falta 108 usuarios por año, mayores de 65 años en el caso de la vacuna de la gripe, para prevenir una muerte, pero en una población de 100.000 habitantes esta intervención podría prevenir la muerte a 146 personas por año. Con una magnitud algo inferior pero una mayor eficiencia destaca el tratamiento con inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina de la insuficiencia cardiaca, puesto que sólo sería necesario tratar a 20 pacientes para prevenir una muerte, y si todos los pacientes fuesen tratados se prevendrían un total de 76 muertes anuales por 100.000 habitantes. En el otro extremo encontramos la vacunación antitetánica en adultos, que requiere 80.000 sujetos a tratar para prevenir una muerte en 10 años. Esto es debido, pese a la amplia y significativa reducción del riesgo relativo que produciría, a la muy baja incidencia de casos esperados de la enfermedad. A pesar de ello, estamos acostumbrados a que nos evalúen este último y no, en cambio, los dos primeros, cuando la eficiencia de la vacuna antitetánica es muy baja. En la *tabla 6* se describen las 10 intervenciones más eficientes, en base a esta búsqueda bibliográfica. Podemos apreciar en esta tabla que la mortalidad teórica evitable ascendería a 479 muertes anuales evitables por 100.000 habitantes, si la cobertura de las 10 intervenciones alcanzase el 100% en todos los casos. De las 10 intervenciones en atención primaria que se presentan, el control de la tensión arterial en los pacientes hipertensos es el que presenta una mejor combinación de evidencia, impacto potencial y razón de coste-efectividad.

El número adicional de las muertes o casos prevenibles en la situación de una cobertura completa depende mucho de la cobertura actual. Los pocos estudios que han estimado la cobertura actual hablan de una cobertura baja. Una mejora considerable en la salud resultaría si los grupos de médicos de familia con coberturas bajas de estas intervenciones mejoraran su cobertura. Por ejemplo, considerando una cobertura inicial del 50%, se podría prevenir la muerte de 24 personas por año si todos los pacientes con alto riesgo de coronariopatía en una área de 100.000 habitantes tomaran ácido acetilsalicílico.

El uso de indicadores clásicos de la actividad asistencial, por sí mismos, como un método para mejorar la efectividad de los cuidados de salud en las gerencias de atención primaria está abocado al fracaso. Normalmente se escogen indicadores por la facilidad en su recogida más que por la validez científica que tienen. Por todo ello, pensamos que aunque el abordaje de lo que se puede denominar como “producto” de la atención primaria es un problema complejo, su abordaje es fundamental e inevitable si se pretenden implementar con cierta credibilidad modernos modelos de evaluación de los servicios de atención primaria de salud. Estos indicadores, basados en la evidencia a diferencia de los que clásicamente se utilizan, tienen una menor probabilidad de promover incentivos perversos ya que están basados en evidencia clara e indiscutible. Además, son pocas las intervenciones aplicables desde la atención primaria que han demostrado inequívocamente su efectividad para reducir morbilidad entre la población diana de estas intervenciones y al estar relacionados con una ganancia directa de la salud, podrían ser usados en la práctica de forma interactiva o en reuniones educacionales en los diversos equipos de atención primaria.

Antes de usar los indicadores propuestos en la *tabla 6* es fundamental desarrollar definiciones claras de los numeradores y denominadores para cada indicador. Los indicadores requieren una evaluación antes y después de su introducción para uso corriente para que sean capaces de cumplir con unos criterios científicos y prácticos. En la *tabla 7* se proponen indicadores para medir las 8 intervenciones más eficientes. Para algunos indicadores se requiere recoger datos adicionales y algunos profesionales pueden argumentar que ya tienen demasiadas cosas que hacer. Ciertamente, se pierde mucho tiempo en recoger información en atención primaria, por ello, es fundamental avanzar hacia el camino de la informatización completa de la historia clínica para hacerlo más fácil. No hay duda en que

**TABLA 6. Aplicación práctica de un modelo cuantitativo estandarizado para la evaluación de resultados de los servicios de atención primaria en base al cálculo de la mortalidad evitada mediante la implementación de 10 intervenciones propias de la atención primaria de salud (ampliado de Vila A, 2001)**

<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>Reducción de riesgo relativo (IC 95%)</b>	<b>Prevalencia estimada Número de casos elegibles (100.000 h)(*)</b>	<b>Número de sujetos necesarios a tratar para prevenir 1 caso</b>	<b>Número de casos evitables si todos recibiesen la intervención</b>
<b>Ácido acetilsalicílico en pacientes con alto riesgo cardiovascular:</b> Muertes totales en 1 año Muertes vasculares en 1 año IAM no mortales en 1 año AVC no mortales en 1 año	17% (11-23) 18% (12-24) 35% (27-43) 31% (21-41)	3.000 (3%)	62 67 68 111	48 45 44 27
<b>Control de la HTA:</b> Muertes totales a los 4 años Muertes coronarias a los 4 años Muertes por AVC a los 4 años	16% (5-27) 25% (14-36) 43% (21-58)	18.000 (18%)	63 100 116	286 179 154
<b>Consejo antitabaco o terapia sustitutiva con nicotina:</b> Muertes totales en 1 año	13%	30.000 (30%)	256	120
<b>IECA en insuficiencia cardiaca:</b> Muertes totales en 3 meses	23% (12-33)	1.500 (1,5%)	20	76
<b>Estatinas en prevención secundaria:</b> Muertes totales a los 5 años Muertes coronarias a los 5 años Eventos coronarios en 5 años	30% (15-42) 42% (17-54) 34% (25-41)	2.000 (2%)	29 28 13	69 70 154
<b>Estatinas en prevención primaria:</b> Muertes totales a los 5 años Muertes coronarias a los 5 años Eventos coronarios a los 5 años	22% (0-40) 28% (-10-53) 31% (17-43)	1.400 (1,4%)	111 155 41	14 9 34
<b>Anticoagulantes orales en profilaxis de AVC en fibrilación auricular no valvular:</b> Muertes en 1 año AVC en 1 año	33% (9-51) 68% (50-79)	1.900 (1,9%)	5633	3358
<b>Vacuna antigripal en mayores de 65 años:</b> Muertes por año Episodios cada año	68% (56-76) 58% (26-77)	15.600 (15,6%) 57	108 273	146
<b>Vacuna antineumocócica en mayores de 65 años:</b> Muertes en 1 año Bacteriemias en 1 año Neumococias no fatales en 1 año	50% (30-70) 50% (30-70) 30% (0-60)	15.600 (15,6%)	5.200 3.240 1.300	3 5 12
<b>Vacuna antitetánica en adultos:</b> Muertes en 10 años Casos no fatales en 10 a.	95% (90-98)	83.960 (83,9%)	85.000 34.000	1 1,4
<b>TOTAL muertes en 1 año (media)</b>				<b>MTE: 479</b>

(\*) cifra estimada

HTA: hipertensión arterial; AVC: accidente vascular cerebral; IECA: inhibidores del enzima conversor de la angiotensina; IAM: infarto agudo de miocardio; MTE: mortalidad total evitable

**TABLA 7. Posibles indicadores que reflejan el uso de las 8 intervenciones**

INTERVENCIONES Y POSIBLES INDICADORES	EVIDENCIA DE QUE EL VALOR DE LOS INDICADORES REFLEJA MEJORAS DE LA SALUD
<b>Ácido acetilsalicílico en pacientes de alto riesgo coronario o cerebrovascular</b>	
% de población diagnosticada de cardiopatía isquémica	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia observada de cardiopatía isquémica es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de población diagnosticada de cardiopatía isquémica que toma ácido acetilsalicílico	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado ácido acetilsalicílico
% de población diagnosticada de AVC isquémico o accidente isquémico transitorio similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia observada de AVC y accidente isquémico transitorio es observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de población diagnosticada de AVC isquémico o accidente isquémico transitorio que toman ácido acetilsalicílico	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado ácido acetilsalicílico
% de la población diagnosticada de hipercolesterolemia	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de hipercolesterolemia observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de la población diagnosticada de hipercolesterolemia a quien se ha calculado el riesgo cardiovascular	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de riesgo alto (> 20% en 10 años) observada es similar a la esperada
% de la población diagnosticada de hipercolesterolemia y con riesgo cardiovascular alto que toman ácido acetilsalicílico	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado ácido acetilsalicílico
% de la población diagnosticada de hipertensión arterial	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de hipertensión arterial observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de la población diagnosticada de hipertensión arterial a quien se ha calculado el riesgo cardiovascular	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de riesgo alto (> 20% en 10 años) observada es similar a la esperada
% de la población diagnosticada de hipertensión arterial y con riesgo cardiovascular alto que toman ácido acetilsalicílico	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado ácido acetilsalicílico
% de la población diagnosticada de diabetes mellitus	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de diabetes mellitus observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de la población diagnosticada de diabetes mellitus a quien se ha calculado el riesgo cardiovascular	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de riesgo alto (> 20% en 10 años) observada es similar a la esperada
% de la población diagnosticada de diabetes mellitus y con riesgo cardiovascular alto que toman ácido acetilsalicílico	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado ácido acetilsalicílico
% de la población diagnosticada de tabaquismo	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de tabaquismo observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de la población fumadora a quien se ha calculado el riesgo cardiovascular	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de riesgo alto (> 20% en 10 años) observada es similar a la esperada
% de la población fumadora y con riesgo cardiovascular alto que toman ácido acetilsalicílico	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado ácido acetilsalicílico
<b>Control de hipertensión arterial</b>	
% de población cuya TA se ha registrado en los últimos 5 años	Sí

% de población con el diagnóstico de hipertensión arterial	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de hipertensión arterial observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de población registrada como hipertensa que tiene la TA del último año registrada	Sí, si el tratamiento adecuado sigue a la lectura de las tres tomas anormales.
% de población registrada como hipertensa y que tienen como mínimo una cifra tensional registrada en el último año y cuya TA sistólica más reciente es < 140 mm Hg	Sí
% de población registrada como hipertensa y que tienen como mínimo una cifra tensional registrada en el último año y cuya TA diastólica más reciente < 90 mm Hg	Sí
<b>Consejo antitabaco o terapia sustitutiva con nicotina</b>	
% de población cuyo hábito tabáquico está registrado	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al registro
% de población fumadora habitual que ha recibido consejo antitabáquico o terapia sustitutiva	Sí
<b>IECA en la insuficiencia cardiaca</b>	
% de población con diagnóstico registrado de insuficiencia cardiaca	Sí, si el diagnóstico está confirmado por ecocardiograma. Hay que asegurarse de que la prevalencia de insuficiencia cardiaca observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de población con insuficiencia cardiaca que toman IECA	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado algún fármaco que contenga un IECA
<b>Estatinas en prevención secundaria</b>	
% de población diagnosticada de cardiopatía isquémica	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia observada de cardiopatía isquémica es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de pacientes con el diagnóstico de cardiopatía isquémica que se les ha medido el perfil lipídico	Sí
% de pacientes con colesterol-LDL por encima de 130 mg/dl que llevan hipolipemiantes.	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado una estatina
<b>Estatinas en prevención primaria</b>	
% de la población diagnosticada de hipercolesterolemia	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de hipercolesterolemia observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de la población diagnosticada de hipercolesterolemia a quien se ha calculado el riesgo cardiovascular	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de riesgo alto (> 20% en 10 años) observada es similar a la esperada
% de la población diagnosticada de hipercolesterolemia y con riesgo cardiovascular alto que toman estatinas	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado una estatina
% de la población diagnosticada de diabetes mellitus	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de diabetes mellitus observada es similar a la esperada. Se necesita comparar la prevalencia observada y esperada para estimar los casos no detectados
% de la población diagnosticada de diabetes mellitus a quien se ha calculado el riesgo cardiovascular	Sí, pero hay que asegurarse de que la prevalencia de riesgo alto (> 20% en 10 años) observada es similar a la esperada
% de la población diagnosticada de diabetes mellitus y con riesgo cardiovascular alto que toman estatinas	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado una estatina
<b>Anticoagulantes orales para la profilaxis del AVC en fibrilación auricular no valvular</b>	
% de población con el diagnóstico de fibrilación auricular no valvular	Sí, pero se necesita comparar la prevalencia de fibrilación auricular observada con la esperada para estimar los casos no detectados. Hay que asegurarse de que la prevalencia observada es similar a la esperada.
% de pacientes con el diagnóstico de fibrilación auricular no valvular que toman anticoagulantes orales	Sí, si el tratamiento adecuado sigue al diagnóstico. Hay que registrar que se ha indicado acenocumarol o warfarina
<b>Vacunación antigripal &gt; 65 años</b>	
% de población > 65 años que recibe la vacuna antigripal anual.	Sí.

recoger información de calidad clínica se hace mejor con la historia clínica informatizada; además, ayuda al clínico, por ejemplo, permite un sistema de alerta en los pacientes con patologías crónicas, como diabetes mellitus y la hipertensión arterial, alertando periódicamente sobre la necesidad de efectuar una analítica, por ejemplo.

Hay también otros aspectos diferentes de las intervenciones basadas en la evidencia que son igualmente muy importantes recogerlos, como son la capacidad y habilidades de la entrevista clínica en la consulta, indicadores que están relacionados con la eficiencia y la accesibilidad, como por ejemplo, la accesibilidad del servicio en la comunidad, la comunicación dentro del personal del centro de salud, la gestión de los aspectos administrativos y económicos dentro de las normas establecidas, la coordinación con la comunidad o la atención de los pacientes a nivel secundario. Los indicadores de eficiencia son importantes, puesto que la implementación correcta de los indicadores basados en la evidencia fomenta que aumenten los costes de prescripción. Al mismo tiempo, es necesario que haya más investigación para desarrollar indicadores más precisos que expresen estas otras dimensiones del servicio. Es fundamental identificar intervenciones de eficacia probada de las cuales el equipo de atención primaria tiene una responsabilidad directa. Es importante, en este sentido, diseñar algunos indicadores más “locales”, aunque no permitan la comparabilidad con otras áreas, porque esto permitirá que los profesionales los acepten como propios. Hay que mezclar evidencia y experiencia clínica personal.

A continuación y sin ánimo de exhaustividad, se mencionan algunos indicadores agrupados en áreas.

### **Áreas de evaluación de la actividad asistencial**

- Indicadores de actividad asistencial
- Indicadores de actividades preventivas
- Indicadores de actividades en patologías crónicas
- Indicadores de actividades en patologías agudas
- Indicadores de atención domiciliaria
- Indicadores relacionados con la adquisición de nuevas habilidades
- Indicadores de uso racional del medicamento
- Indicadores de calidad percibida
- Indicadores de eficiencia
- Indicadores de calidad de registro de la HCAP

#### *Indicadores de actividad*

- Número de pacientes por cupo
- Porcentaje de consultas programadas
- Porcentaje de consultas domiciliarias
- Porcentaje de consultas espontáneas / urgentes
- Depuración de historias clínicas, captación de población activa
- Índice de frecuentación
- Índice socioeconómico
- Grado de derivación improcedente
- Grado de solicitud de pruebas complementarias improcedentes

#### *Indicadores en actividades preventivas*

- Cálculo del riesgo cardiovascular en pacientes con un factor de riesgo mayor
- Consejo mínimo antitabáquico
- Cobertura de vacunación antigripal

### *Indicadores en patologías crónicas*

- Grado de control de la tensión arterial
- Grado de control de la diabetes mellitus
- Grado de control de la hipercolesterolemia en pacientes con riesgo cardiovascular alto
- Grado de control en prevención secundaria
- Grado de diagnóstico espirométrico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

### *Indicadores en patologías agudas*

- Adecuación de la indicación al diagnóstico
- Nivel de registro en algunas patologías

### *Indicadores en atención domiciliaria*

- Porcentaje de población mayor incluida en programas de atención domiciliaria

### *Indicadores relacionados con la adquisición de nuevas habilidades*

- Captación de las embarazadas antes de las 12 semanas
- Mantenimiento del INR dentro de los límites de referencia en anticoagulación oral
- Grado de correlación diagnóstica de las piezas que se envían a anatomía patológica

### *Indicadores de uso racional del medicamento*

- Pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca tratados con inhibidores del enzima conversor de la angiotensina
- Pacientes diagnosticados de fibrilación auricular tratados con anticoagulantes orales
- Pacientes con riesgo cardiovascular alto tratados con ácido acetilsalicílico
- Adecuación de la indicación terapéutica con el diagnóstico

### *Indicadores de calidad percibida*

- Reclamaciones
- Cambios de médico y análisis de éstos
- Encuestas de satisfacción del usuario
- Debiera contrastarse con parámetros objetivos
- Indicadores de confort

### *Indicadores de eficiencia*

- Utilización de recursos por DHD frente a pacientes bien controlados
- Adecuación del consumo de tiras reactivas por pacientes bien controlados

### *Indicadores de grado de registro de la HCAP*

- Determinación de datos clínicos mínimos que deben constar en la HCAP (factores de riesgo personales y familiares, motivo de consulta, listado de problemas y plan de actuación)

# INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA EN ATENCIÓN PRIMARIA

---

## Bases para la formulación de indicadores de evaluación de la actividad docente e investigadora en atención primaria

Partimos de la premisa de que la docencia y la investigación son, sin duda, un componente esencial de la actividad profesional y del “producto” de la atención primaria y, por tanto, competencias integradas en el perfil profesional del médico de familia. Esta consideración es trascendente y su asunción o rechazo implica aceptar una visión reduccionista de la atención primaria o, por el contrario, adoptar una conceptualización más integral y adecuada a las expectativas sociales y profesionales que se esperan de un médico de familia. Asimismo, como condición *sine qua non*, la producción docente e investigadora en AP debe poder ser medida, e incorporada a los sistemas de evaluación de la actividad o producto asistencial, bien del médico de familia a título individual o de la atención primaria en su conjunto. Una manera pragmática de estimar esta actividad es mediante indicadores.

Por otra parte, nos encontramos con frecuencia con importantes dificultades para distinguir si una actividad determinada se debe encuadrar como docente o investigadora. Este es un debate un tanto académico, sin excesiva importancia práctica. No obstante, en aras a poder clasificar los grupos de indicadores los separaremos en estos dos grupos.

Los mencionados indicadores pueden ser contemplados bajo dos puntos de vista: el individuo (médico de familia), o bien, el grupo de trabajo donde éste se integra (equipo de atención primaria). Obviamente, dependiendo de qué uso queramos hacer de los resultados obtenidos de la medición, será más adecuado escoger o enfatizar más los individuales o los grupales, o ambos simultáneamente.

Además de las características generales que debe cumplir cualquier indicador, los de docencia e investigación en atención primaria, deben tener en cuenta siempre: el grado de adecuación o pertinencia de la actividad docente o investigadora a la atención primaria y el nivel de validez, acreditación o calidad de la actividad.

Un nuevo aspecto a precisar es el período de tiempo a que se refiere la medición. Los indicadores se pueden medir en un momento puntual (corte transversal) o a lo largo de un período de tiempo (longitudinal), que puede abarcar desde unas semanas hasta toda una vida profesional. Naturalmente, el periodo a considerar está muy vinculado a la función que esperamos de los indicadores de medición.

Un último aspecto clave a comentar es: ¿la docencia para qué?, ¿para qué investigar?. Como profesionales de atención primaria, se espera que dispongamos de una serie de conocimientos, destrezas y habilidades necesarias que nos capaciten para ejercer adecuadamente el rol de médico de familia. Ésta sería la meta última de la formación e investigación en atención primaria y, por tanto, este debe ser el foco hacia el que orientemos los indicadores. Un error frecuente, a evitar, es la realización en atención primaria de actividades docentes e investigadoras que tienen poco que ver con el ámbito

competencial de la atención primaria y que, por tanto, difícilmente tendrán una repercusión tangible en la práctica profesional del médico de familia.

## **Indicadores de medición de la actividad docente**

Cabe considerar al médico de familia bajo una doble perspectiva: receptor de formación (discente) y emisor de formación (docente). Cualquier profesional de atención primaria, debe alcanzar un equilibrio armónico entre estos dos componentes. No obstante, en la práctica suele predominar el papel de receptor de formación –que tiene un carácter *quasi* obligatorio muy interiorizado–, siendo minoritario el papel docente del médico de familia, que se suele considerar como una actividad ocasional y mérito añadido más que como una obligación. En este sentido, sin duda, la promoción del papel docente del médico de familia es una de las metas a conseguir en los próximos años, y que añade indudablemente un valor adicional al perfil del médico de familia.

### **El médico de familia como receptor de formación (discente)**

En este ámbito, dependiendo del origen o iniciativa de la formación, podemos distinguir tres tipos de actividades formativas:

- La autoformación (depende esencialmente de la voluntad última del profesional)
- La formación corporativa (proporcionada por la institución a la que se pertenece)
- Otras actividades formativas

No olvidemos que la autoformación debe suponer una buena parte de la carga formativa de un médico de atención primaria y que en cambio habitualmente no suele ser medida o tenida en cuenta.

Asimismo, según el tipo, método ó ámbito de la actividad formativa podemos diferenciar, entre otras:

- Formación en horario laboral o fuera del horario laboral
- Formación presencial, no presencial (*on line...*) o mixta
- Formación individual o grupal
- Formación en el centro de trabajo o fuera del centro
- Formación reglada, programada, “a la carta” vs formación espontánea
- Cursos, talleres, estancias, reciclajes...
- Formación evaluada o no evaluada, teórica o práctica...

La anterior clasificación podría extenderse hasta casi el infinito. No obstante, si retornamos a aspectos prácticos, habitualmente la formación recibida por un profesional suele ser una mezcla entre autoformación y formación corporativa, con una combinación de tipos, métodos y ámbitos formativos.

Una meta a conseguir es que cualquier sistema de medición de la actividad docente tenga un carácter holístico (que abarque la globalidad de lo pretendidamente medible). Por tanto, a la hora de intentar una aproximación pragmática a estos posibles indicadores debemos considerar: todos los tipos de actividades formativas

relevantes que recibe un profesional (sin olvidar la autoformación), y todos los métodos y ámbitos formativos.

Por desgracia la ausencia de un indicador único que nos permita estimar todo lo anterior, nos conduce a la necesidad de proponer una batería de indicadores, que por otra parte debe ser limitada en su número —en aras a la practicidad—, y que permita aproximarnos a una valoración global de la carga formativa recibida, de su calidad y de su pertinencia o adecuación.

En la *tabla 8* figuran algunos ejemplos de posibles indicadores de medición de la actividad recibida como discente.

**TABLA 8. Indicadores de medición de la actividad docente recibida**

<b>ÁREA</b>	<b>FORMULACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Autoformación	<i>Número (horas/créditos) de actividades autoformativas acreditadas y adecuadas por profesional y período evaluado</i>	Estas actividades idealmente deberían estar acreditadas, ser adecuadas y pertinentes a la atención primaria y estar evaluadas. Tiene la dificultad de cómo se objetiva la autoformación
Formación Corporativa	<i>Número (horas/créditos) de actividades formativas corporativas por profesional y período evaluado</i>	Estas actividades idealmente deberían estar acreditadas, ser adecuadas y pertinentes a la atención primaria y estar evaluadas. Debe incluir tanto la formación en el centro de trabajo (in situ), como la formación corporativa realizada en otros lugares. Incluirá todo tipo de formación (sesiones, cursos...)
Participación en reciclajes, estancias, rotaciones en centros acreditados	<i>Número (horas /créditos) de participaciones en este tipo de actividades por profesional y período evaluado</i>	Debe valorarse el tipo de rotación, reciclaje..., su adecuación/pertinencia a la atención primaria, la acreditación del centro, y el tipo de evaluación de la estancia
Participación en congresos, jornadas, talleres y grupos de trabajo	<i>Número (créditos) de méritos obtenidos en este tipo de actividades por profesional y período evaluado</i>	Es importante distinguir el tipo de participación en esta actividad (acreditación de asistencia real) y su coherencia o adecuación con los planes formativos del centro o con las líneas de investigación
Obtención de becas de estudios, de perfeccionamiento...	<i>Número (horas/créditos) de participaciones en este tipo de actividades por profesional y período evaluado</i>	
Superación de "pruebas de competencia clínica"		La entidad evaluadora debería estar correctamente acreditada. Los contenidos de la prueba deberían ser adecuados para la atención primaria

## El médico de familia como emisor de formación (docente)

La segunda faceta de cualquier médico de familia en el campo de la docencia, es su papel como discente. Cuantitativamente suele ser menos frecuente que el rol como docente, si bien no es menos importante, y debe ser incorporada al perfil de médico de familia.

También aquí cabe clasificar la docencia efectuada de múltiples maneras:

- Según el grupo diana a la que va dirigida: médicos, enfermeras, estudiantes de enfermería o de medicina, etc.
- Según el momento de desarrollo profesional de los discentes: pregrado, postgrado...
- Permanente, continuada
- Según la “cobertura” o número de profesionales a los que va dirigida.
- Según el ámbito: universitaria...
- “A la carta”...
- Presencial o a distancia...
- Dirigida a profesionales de la salud o a colectivos ajenos (maestros, asociaciones...)

Además, de la clasificación anterior hay que distinguir el tipo de actividad docente que ejercemos. Así, cabe distinguir:

- Actividades formativas “clásicas”: cursos, talleres, seminarios...
- “Tutorización” de profesionales
- Dirección de tesis doctorales / tesinas
- Otros:
  - Participación en grupos de trabajo, grupos de expertos, comisiones...
  - Participación en comités editoriales de revistas científicas, correctores...
  - Docencia universitaria, en escuelas de gestión...

En la *tabla 9* figuran algunos ejemplos de posibles indicadores de medición de la actividad docente efectuada.

## Indicadores de medición de la actividad investigadora

La actividad investigadora es una parte fundamental y relativamente poco desarrollada en la medicina de familia en general y en nuestro país en particular. Esta realidad fácilmente objetivable contrasta con las múltiples recomendaciones de expertos sobre la necesidad de incrementar cuantitativa y cualitativamente la producción investigadora en atención primaria.

También aquí podemos distinguir:

- Producción investigadora: individual/grupal
- Producción de centro/multicéntrica
- Producción sólo de atención primaria o cooperativa/colaborativa con la atención especializada u otros organismos

**TABLA 9. Algunos indicadores de medición de la actividad docente efectuada (discencia)**

ÁREA	FORMULACIÓN	OBSERVACIONES
Actividades formativas impartidas	<i>Número(horas/créditos) de actividades formativas impartidas por profesional y período evaluado</i>	Estas actividades idealmente deberían estar acreditadas, ser adecuadas y pertinentes a la atención primaria y estar evaluada la discencia. Debe incluir todo tipo de actividades formativas
“Tutorización” de profesionales	<i>Número (horas/créditos) de actividades formativas corporativas por profesional y período evaluado</i>	La capacidad para actuar de tutor debería estar previamente acreditada
Dirección de tesis doctorales/tesinas...	<i>Número (horas / créditos) de tesis/tesinas dirigidas por profesional y período evaluado</i>	
Otras		Participación en grupos de trabajo, grupos de expertos, comisiones... Participación en comités editoriales de revistas, correctores... Profesor (universidad, escuela de gestión...) Actividades formativas dirigidas a otros profesionales/grupos externos (EPS en la escuela, profesores, asociaciones...)

A la hora de intentar señalar indicadores actividad investigadora hemos distinguido (tabla 10):

- Participación en proyectos de investigación
- Publicaciones
- Aportaciones a congresos, jornadas
- Otros

**TABLA 10. Algunos indicadores de medición de la actividad investigadora**

<b>ÁREA</b>	<b>FORMULACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Participación en proyectos de investigación	<i>Número (créditos) de proyectos de investigación participados por profesional y período evaluado</i>	Debe ponderarse en función de: grado de participación del investigador evaluado, del tipo de proyecto, si está aprobado / financiado por agencia externa, si es colaborativo o multicéntrico, su aplicabilidad (llevados a la práctica), si generan contratación de becarios, si es liderado desde el centro o es una simple colaboración, si es fruto de un proyecto de investigación ó línea estable de investigación...
Publicaciones	<i>Número (créditos) de publicaciones por profesional y período evaluado</i>	Debe valorarse el tipo de rotación, reciclaje..., su adecuación/pertinencia a la atención primaria, la acreditación del centro, y el tipo de evaluación de la estancia
Aportaciones a jornadas, congresos, simposiums...	<i>Número( créditos) de aportaciones por profesional y período evaluado</i>	Se debe tener en cuenta el tipo de "producto": ponencia, comunicación oral, póster... A su vez para cada producto se debe tener en cuenta la difusión del congreso o actividad (local, nacional, internacional), su adecuación a la atención primaria y el grado de participación del profesional evaluado, si es fruto de un proyecto de investigación o línea estable de investigación...
Otras		Tesis doctorales, tesinas Premios de investigación Pertenencia a: Unidades de Investigación, Comités éticos – CEIC... Becas obtenidas...

## CONCLUSIONES

---

Ciertas lecciones pueden ser aprendidas de la experiencia internacional. En primer lugar, cualquier sistema para medir y mejorar el desempeño debería integrarse o coordinarse con otras partes del servicio que estén intentando promover la calidad, por ejemplo, con servicios de elaboración y difusión de guías de práctica clínica. En segundo lugar, es más probable que los indicadores sean medibles, interpretables y utilizados para la acción a un nivel local que a un nivel nacional, porque los procesos subyacentes son más visibles y puede usarse el conocimiento local.

Cualquier servicio de salud embarcado en medir el desempeño debería intentar establecer si esto produce los efectos deseados y a que coste antes de que se implemente completamente.

Es imprescindible para mejorar la organización del centro de salud, una formación en gestión clínica, así como una cultura de mejora de la calidad, la cual para que sea efectiva debe incluir tanto la formación, como un clima organizacional adecuado. Sin estas premisas, difícilmente podrá haber un sistema de información y de indicadores válidos y fiables, imprescindible para poder mejorar y para poder medir objetivos pactados, incentivos, etc.

En la evaluación de nuestra actividad profesional no hay que recoger un elevado número de indicadores, tal como se hace actualmente y menos la batería de indicadores que no contemplan el resultado final o la calidad del producto sanitario generado en los equipos de atención primaria sino escoger los necesarios y que posean el peso de la evidencia científica de su utilidad. Además, deberíamos ser capaces de elaborar indicadores de eficiencia ya que la implementación de estos indicadores fomenta que se incrementen los gastos de farmacia. No menos importante es la necesidad de una informatización completa de los centros de salud, en los que los profesionales no tuviesen que perder una parte de su tiempo en recoger estas variables y que sea el mismo programa informático el que nos ayude con el feedback periódico de la información que mida cómo lo estamos haciendo y cómo podemos mejorar.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. *Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach*. BMJ 1998; 317: 1354-1360.
- Vila A, Bria X. *La mortalidad evitada como producto de la atención primaria*. Cuadernos de Gestión de Atención Primaria 2001; 7: 134-141.
- McColl A, Roland M. *Clinical governance in primary care: knowledge and information for clinical governance*. BMJ 2000; 321: 871-874.
- Wilkinson EK, McColl A, Exworthy M, Roderick P, Smith H, Moore M, et al. *Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study*. Qual Health Care 2000; 9: 166-174.
- McColl A, Roderick P, Smith H, Wilkinson E, Moore M, Exworthy M, et al. *Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators*. Qual Health Care 2000; 9: 90-97.
- Myers P. *Performance indicators for primary care groups. Current indicators have been chosen for ease of collection rather than scientific validity*. BMJ 1999; 318: 803-804.
- Keyes MA. *CONQUEST 2.0: an emerging clinical performance measurement tool*. J Healthc Qual 2000; 22: 29-36.
- Lember M, Zeibene E and EURACT Specific Task Force. *EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice*. European academy of Teachers in General Practice: Tartu, 2002.
- Center for Disease Control and Prevention: *Adult immunization programs in nontraditional settings: quality standards and guidance for program evaluation-a report of the National Vaccine Advisory Committee*. MMWR 2000; 49 (No. RR-1): 1-14.
- Task Force on Community Preventive Service. *Recommendations regarding interventions to improve vaccinations coverage in children, adolescents and adults*. Am J Prev Med 2000; 18 (Suppl): 92-140.
- Fedson DS. *Pneumococcal vaccination for older adults: the first 20 years*. Drugs Aging 1999; 15 (Suppl 1): 21-30.
- Mant J, Hicks N. *Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating acute myocardial infarction*. BMJ 1995; 311: 793-796.
- Garg R, Yusuf S. *Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure*. JAMA 1995; 273: 1450-1456.
- McDonagh TA, Morrison CE, Lawrence A, Ford I, Tunstall-Pedoe H, McMurray JJ, et al. *Symptomatic and asymptomatic left-ventricular systolic dysfunction in an urban population*. Lancet 1997; 350: 829-833.
- Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-1389.
- Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW, et al. *Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia*. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1301-1307.
- Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Analysis of pooled data from five randomized controlled trials*. Arch Intern Med 1994; 154: 1449-1457.
- Langenberg M, Hellemons BSP, Van Ree JW, Vermeer F, Lodder J, Schouten HJA, et al. *Atrial fibrillation in elderly patients: Prevalence and comorbidity in general practice*. BMJ 1996; 313:1534.
- Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. *The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature*. Ann Intern Med 1995; 123: 518-527.
- Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA. *The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial*. JAMA 1994; 272: 1661-1665.
- Haines A, Donald A. *Making better use of research findings*. BMJ 1998; 317: 72-75.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. *Closing the gap between research and practice: an overview of systemic reviews of interventions to promote the implementation of research findings* BMJ 1998; 317: 465-468.
- Stanfield B. *¿Es la atención primaria esencial?*. Lancet (ed. esp.) 1995; 26: 58-62.
- Vila A. *La contratación de servicios de atención primaria en Catalunya: ¿Hablamos realmente de producto y resultados o hablamos simplemente de proceso?*. Cuadernos de Gestión de Atención Primaria 1996; 2: 59-62.
- Scanlon T, Tarrant P. *Performance indicators for primary care groups. Local consensus opinion must be reflected*. BMJ 1999; 318: 803-804.
- Martín A. MPAR 5. *Indicadors bàsics d'atenció primària*. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina, 2002.
- Saturno PJ. *Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica*. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 437-443.
- Sheldon T. *Promoting health care quality: what role performance indicators?* Quality in Health Care 1998; 7 (Suppl): S45-S50.
- Curso "Gestión de Atención Primaria". Les Heures Formació continuada-SEMFYC. Direcció: Grego JM i Gené J. 1998.
- Roland M, Holden J, Campbell S. *Quality Assessment for General Practice: supporting clinical governance in primary care groups* Manchester: National primary care research and development centre, University of Manchester; 1998.
- [www.npcrdc.man.ac.uk/Pages/Publications/PDF/Quality.pdf](http://www.npcrdc.man.ac.uk/Pages/Publications/PDF/Quality.pdf)



**semFYC**

Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria