

cindible. Este conjunto de datos se basa, según los autores, en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la semFYC y el Plan de Salud de Catalunya, y contiene el registro de la presión arterial, colesterol, consumo de alcohol y tabaco, e índice de masa corporal. Este conjunto de datos se refiere, pues, a actividades preventivas que, sin duda, tienen un papel importantísimo en la atención primaria de salud, pero que no suelen ser el motivo principal de visita por el que acude la población a los centros. Por otra parte, este tipo de actividades son de realización casi universal y suele ser la base de la evaluación de los contratos programa, ya que hasta ahora no ha habido registros de morbilidad o factores de riesgo informatizados que permitiesen seleccionar fácilmente a poblaciones en las que fuese adecuado realizar un cierto tipo de actividades y medir el proceso o los resultados obtenidos con ellas. Ya que era muy difícil seleccionar conjuntos de personas con patologías diversas que permitiesen valorar el grado de resolución de la atención primaria así como las actividades preventivas, se optó por incluir sólo los aspectos de prevención universales. Sin embargo, en diversas ocasiones los profesionales asistenciales han afirmado que este conjunto de indicadores no recoge la realidad de la práctica clínica.

Como los mismos autores afirman en la introducción, el objetivo principal de la HCAP es facilitar y mejorar la asistencia. Así pues, es con relación a ese objetivo principal como debe evaluarse la calidad de este registro. Propuestas anteriores para definir una HCAP de buena calidad (como la que se aplicó en el Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Centre, del Institut Català de la Salut, desde 1992 y se modificó posteriormente en 1994, que incluía que la HCAP recogiera simultáneamente antecedentes familiares, personales, una exploración física básica [con auscultación cardiorrespiratoria y palpación abdominal], utilización de la estructura SOAP [ME-AP] y de la lista de problemas) se ajustan mejor al objetivo citado. Cuando se examinan las HCAP a la luz de estos criterios, los resultados son mucho mejores que los presentados por los autores del presente es-

tudio y más acordes con la realidad de consultas en que profesionales con un nivel cada vez más alto de formación atienden a una población cada vez más envejecida y con mayor carga de patología.

**M.C. Cabezas Peña**

Institut Català de la Salut.  
Fundació Jordi Gol i Gurina per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut.

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:535-42.

## Réplica de los autores

**Sr. Director:** Con relación a la carta de Cabezas Peña sobre el artículo «Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados»<sup>1</sup>, quisiéramos agradecer los comentarios de la compañera y aprovechar para destacar algunos puntos del artículo que quizá requieran algunas aclaraciones. Sabemos que la realidad particular de los equipos de atención primaria (EAP) en España es bastante dispar (en los ámbitos de organización, financiación, sociodemográfico, disponibilidad de recursos, etc.), y que inclusive en las mismas comunidades autónomas y a niveles de agregación incluso menores existen diferencias remarcables que influyen en la provisión y la calidad de los servicios sanitarios. Por esta razón, y en relación con los métodos de evaluación de las historias clínicas en atención primaria (HCAP), entendemos que resulta útil la existencia de distintas metodologías en función de las necesidades de los EAP, puesto que así cada uno puede valorar e interpretar sus propios resultados (en su contexto particular), tomar decisiones oportunas y, mediante la comparación de sus propios resultados en posteriores auditorías, valorar la efectividad de las medidas adoptadas anteriormente.

Si bien en nuestro estudio concluimos que con la metodología empleada los resultados no son tan buenos como cabría esperar, apuntamos posibles explicaciones de este fenómeno y estamos de acuerdo con Cabezas Peña en que un buen registro simultáneo de un paquete básico (formado

por los antecedentes familiares, personales, exploración física básica, utilización de la estructura SOAP y la lista de problemas) es un objetivo deseable a alcanzar en las HCAP. Sin embargo, la recogida de factores de riesgo entendemos que constituye un objetivo más específico en la evaluación del registro y, tal vez por esta razón, en la evaluación de los contratos programa se recogen, entre otros, los factores de riesgo con el propósito de potenciar la recogida y sistematización de los mismos en las HCAP.

De los 5 factores de riesgo utilizados en nuestro estudio, el registro del consumo de tabaco y alcohol, la presión arterial, el peso y la talla probablemente formarían parte de la lista de problemas, lista de antecedentes personales y exploración física básica propuesta en el Servicio de Atención Primaria de Baix Llobregat Centre, y solamente el registro del colesterol quedaría fuera. Medido de esta manera, en nuestro estudio habríamos obtenido un 23,6% de registro básico de datos de interés sanitario, frente al 18,2% de registro mínimo de datos sanitarios publicado. Esto sería sin haber tenido en cuenta el registro de los antecedentes familiares y la utilización de la estructura SOAP en la hoja de consultas. No se pueden extraer conclusiones porque solamente es una aproximación.

Se mida como se mida, las que nos parecen que podrían ser las razones más importantes que no permiten obtener una HCAP de mayor calidad son de carácter organizativo<sup>2</sup> (la presión asistencial y el escaso tiempo de consulta) y demográfico (población cada vez más envejecida y con mayor carga de patología).

**J. Sobrequés Soriano<sup>a</sup>  
y J.L. Piñol Moreso<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>EAP Sant Miquel. Granollers (Barcelona).

<sup>b</sup>Institut Català de la Salut. DAP Reus-Altebrat (Tarragona).

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:535-42.
2. Saura J. Diez minutos por consulta. Estableciendo límites a la carga de trabajo del médico de familia. *JANO* 2001;61:23.