



07

artículo

Salas T [[Buscar autor en Medline](#)]Fusté J [[Buscar autor en Medline](#)]Bustins M [[Buscar autor en Medline](#)]

La información de la actividad en atención primaria: un recurso básico para conocer la salud de la población.

[Ver resúmen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

En los últimos años, el sector de la salud está experimentando transformaciones muy importantes. Las organizaciones sanitarias necesitan adaptar su estructura y funcionamiento a los nuevos requerimientos que plantean el desarrollo de las tecnologías médicas y las crecientes demandas de los usuarios. Las presiones para mantener en unos límites sostenibles el gasto público y la necesidad de seguir mejorando los servicios han obligado al sector sanitario a someterse a un profundo proceso de cambio.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de disponer de información que permita relacionar el estado de salud de la población, el uso de recursos y los costes para poder evaluar la consecución de los objetivos del sistema de salud en términos de efectividad y eficiencia.

Cuando se cuenta con información de calidad ajustada a las necesidades, ésta pasa de ser un apoyo para la toma de decisiones de la organización a constituir uno de sus recursos estratégicos. La información es un recurso básico para todas las organizaciones sanitarias, porque permite tomar decisiones que afectan a la salud de las personas, en un contexto de recursos limitados, con mayores garantías de equidad y eficiencia.

En la actualidad todas las comunidades autónomas (CCAA) disponen de datos de actividad hospitalaria de internamiento en los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBD-AH). Los datos se recogen con criterios homogéneos que permiten analizar y comparar la información de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios. Además, algunas CCAA ya han implantado el CMBD de los ámbitos socio-sanitario y salud mental, tanto de los hospitales monográficos psiquiátricos como de los centros de salud mental ambulatoria.

Esta claro que la importancia de la atención primaria en nuestro sistema de salud hace imprescindible, para poder tener una visión global, poder disponer de un CMBD que recoja su actividad.

bibliografía

1. Pérez M, García P, Gérvas J. Conjunto mínimo básico de datos en Atención Primaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1990; 7:112-8.

2 Juncosa S, Carrillo E, Bolívar B, Portella E. Conjuntos mínimos de datos en atención primaria: una exploración de su factibilidad. *Aten Primaria* 1992; 10:605-11.

3 Van der Velden J, Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Morbidity in general practice: Dutch National Survey of General Practice. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL) 1992.

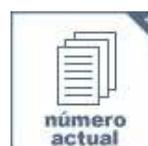
4 Brugos Larumbe A. Conjunto mínimo y básico de datos en atención primaria. A: Alonso López FA i cols. *La informatización de atención primaria (y II)*. *Aten Primaria* 2000; 36:559-64.

5 Grupo de trabajo sobre CMBD en atención primaria (del Comité de CMBD dependiente del Consejo Interterritorial. Ministerio de Sanidad y Consumo). Proyecto de análisis y desarrollo de un sistema de información sanitaria en atención primaria. 1999. [documento no publicado]

[Ver més](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



El hecho de disponer de información sobre las características de las personas atendidas en atención primaria y su morbilidad ofrece, igual que en otros ámbitos asistenciales, gran potencialidad para avanzar en el conocimiento de los servicios que se prestan y de los resultados obtenidos.



Antecedentes

En el ámbito de la atención primaria, hasta ahora, el desarrollo de un CMBD-AP ha sido prácticamente inviable debido a dificultades ligadas a las características de esta actividad asistencial (volumen de visitas, sistemas de registro, sistemas de codificación, poco desarrollo de los recursos de apoyo a los sistemas de información...). La progresiva informatización del registro de la actividad asistencial en la atención primaria, especialmente en base a la historia clínica informatizada, abre un amplio abanico de posibilidades de desarrollo de un sistema de información y presenta la oportunidad de implantar el CMBD-AP por primera vez con una cierta expectativa de factibilidad.

La discusión sobre el CMBD-AP ya se inició a principios de los años 90, pero es en los últimos años cuando se han iniciado proyectos de definición de este CMBD^{1,2,3,4}.

A nivel del conjunto del Estado, en 1998 se constituyó un grupo de trabajo con participación de las comunidades autónomas, dependiente del Comité de CMBD del Consejo Interterritorial, que en 1999 elaboró el documento "Proyecto de análisis y desarrollo de un sistema de información sanitaria en atención primaria", como una primera fase que debía continuar con una prueba piloto⁵.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, publicó el año 2000 un documento sobre la informatización en la atención primaria, en el cual había un capítulo dedicado monográficamente al CMBD-AP, donde además de la discusión sobre necesidad y utilidad, también se incluía una propuesta concreta de variables⁶.

Asimismo, en el marco del "Proyecto de mejora de los procesos de evaluación de resultados" (Proyecto MPAR-5) se creó un grupo de trabajo para la reflexión sobre la definición de un CMBD-AP, con el objetivo de clarificar el concepto de Conjunto Mínimo Básico de Datos para la atención primaria y aportar elementos de discusión y recomendaciones de cara a la definición y puesta en práctica del CMBD-AP⁷.

La concepción del CMBD-AP: de lo propio de la atención primaria a la globalidad del sistema de salud

Dos aspectos claves orientan la definición del CMBD en el ámbito de la atención primaria. Por un lado, debe ajustarse a los atributos y las características específicas de la actividad propia de la atención primaria de salud. Por otro, tiene que interrelacionarse con los demás subsistemas de información de forma que responda a la necesaria visión de conjunto del sistema de salud.

Actualmente se acepta que los atributos de la atención primaria ⁸ son:

- Primer contacto de la población con los servicios por motivos de salud.
- Longitudinalidad (seguimiento a lo largo de la vida con independencia de la presencia o ausencia de enfermedad).
- Integralidad, de aspectos bio-psico-sociales.
- Coordinación, como agente principal de la relación del paciente con el resto del sistema de salud, velando por la continuidad asistencial.

Si bien todos estos atributos tendrán que tenerse en cuenta a la hora de definir el CMBD-AP, entre ellos destaca el de longitudinalidad ya que es el que distingue, principalmente, la atención primaria de la atención especializada; este atributo supone una ventaja comparativa respecto a importantes ganancias de eficiencia ⁹. Por tanto, el CMBD de atención primaria deberá definirse de forma que permita el análisis longitudinal de la atención a la población.

En cuanto a las características propias de la práctica de la atención primaria destacaremos:

- Atención accesible: atención a la demanda de asistencia por problemas de salud diagnosticados, signos y síntomas, como primer contacto con los servicios, en el centro de salud o en el domicilio.
- Atención integrada: incluye promoción de la salud, prevención, atención curativa y rehabilitación.
- Atención comunitaria: dirigida hacia poblaciones y no únicamente hacia la persona o la enfermedad.
- Seguimiento de los procesos asistenciales independientemente de donde se lleven a cabo.
- Multidisciplinariedad, a través de equipos formados por profesionales distintos.

Estas características se traducen en especificidades en el ejercicio de las actividades de la atención primaria, como son la diversidad de diagnósticos y problemas atendidos, el componente de prevención, la elevada proporción de pacientes atendidos ya conocidos, la atención en el propio domicilio o en la comunidad, o el hecho que en las consultas de atención primaria debe haber más consultas de seguimiento que primeras visitas.

Si bien es necesario que el subsistema de información de la atención primaria, y concretamente el CMBD, se adapte correctamente a estas características para que sea útil tanto a los profesionales como a los otros niveles de decisión, también hay que considerar la necesidad de definirlo teniendo en cuenta las características del conjunto del sistema de salud, tal como se ha apuntado anteriormente. Así pues, deberá ser lo suficiente transparente como para que pueda ser útil en la toma de decisiones de los distintos agentes, incluso para los ciudadanos, deberá contener la información imprescindible para poner en relación la actividad de la atención primaria con los objetivos de salud y deberá ser un instrumento que facilite la relación entre niveles asistenciales y la integración de servicios desde la responsabilidad compartida de la atención de base poblacional. También debería facilitar la relación

con los servicios no estrictamente sanitarios que conforman el sistema de salud, los servicios sociales y de salud pública, principalmente.

Utilidades principales del CMBD-AP

La disponibilidad de información es un condicionante para la calidad de los procesos de planificación, gestión y evaluación. De la misma forma que se produjo inicialmente en el ámbito de la atención hospitalaria, la implantación del CMBD-AP tiene que significar un salto cualitativo para avanzar en dichos procesos.

El diseño de cualquier sistema de información debe responder a unas finalidades y su calidad estará en función de su capacidad para hacerlo. En este sentido, antes de formular la propuesta sobre los aspectos técnicos del CMBD-AP es necesario definir las utilidades que se consideren prioritarias.

En el cuadro 1 se presentan las utilidades que puede tener la información del CMBD-AP para los distintos agentes implicados en la gestión sanitaria (macrogestión-mesogestión-microgestión) en las distintas funciones.

Proyecto de implantación de un CMBD de atención primària en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Durante el año 2004 se ha trabajado con los distintos agentes de la atención primaria en la definición y diseño de un CMBD de la atención primaria con el objetivo de disponer de información sobre la morbilidad de la población atendida en los centros de Atención Primaria (CAP) y la atención recibida.

Esta información, basada en criterios homogéneos que permitan su integración y la comparabilidad, tiene que servir para mejorar la calidad de los procesos de planificación, gestión y evaluación de los servicios de atención primaria, tanto específicamente como en relación al conjunto de servicios del sistema de salud de Cataluña.

La información que ha de proporcionar el CMBD-AP tiene que ser útil tanto para la Administración Sanitaria, para planificar y evaluar los servicios, como para los centros y los profesionales de la salud.

Como principales utilidades del CMBD-AP se han identificado las siguientes:

- Planificación de salud y de servicios
- Asignación de recursos
- Gestión clínica
- Evaluación de intervenciones
- Evaluación de servicios y proveedores
- Investigación

Estas utilidades, descritas en el **cuadro 1**, dan respuesta a diferentes necesidades de información de los distintos agentes del sistema: administración sanitaria, organizaciones de provisión de servicios y profesionales de la atención primaria.

El CMBD-AP es un proyecto complejo, que comporta la implicación de la Administración Sanitaria, los profesionales asistenciales y las entidades proveedoras de servicios de atención primaria, así como la

colaboración de las asociaciones de profesionales.

La implantación exhaustiva del CMBD-AP ha de prever a medio plazo ya que su desarrollo está condicionado al grado de informatización de los centros de atención primaria.

Criterios de calidad del CMBD-AP

Para poder disponer de un CMBD-AP con datos de calidad es imprescindible tener en cuenta algunos puntos claves para que la información que se obtenga sea pertinente, oportuna y válida (**Cuadro 2**). En definitiva que se pueda confiar.

Coherencia con los atributos de la atención primaria y sensibilidad respecto del producto de la atención primaria. Los datos que se recogen han de permitir dar respuestas adecuadas a preguntas oportunas de la manera más exacta y eficiente. Siempre ha de tenerse en cuenta que el coste de la obtención de datos es elevado y por tanto se han de recoger tantos como sea necesario y tan pocos como sea posible.

Aceptación por parte de los profesionales. Para poder disponer de datos útiles, es necesario que todos los profesionales implicados en la recogida de datos se comprometan a proporcionar datos de buena calidad, puntuales en los plazos y según los criterios previamente establecidos.

Factibilidad para la obtención, registro y tratamiento de los datos. Han de seleccionarse muy rigurosamente los datos/variables que han de registrarse evitando que su recogida interfiera innecesariamente en la tarea asistencial y siempre que sea posible la facilite.

Fiabilidad de los datos. El rigor en la recogida de los datos es imprescindible para garantizar su fiabilidad (formación de profesionales, estandarización de procedimientos y criterios, mecanismos de validación...)

Confidencialidad y seguridad. Teniendo en cuenta la importancia y la confidencialidad de la información gestionada, es imprescindible disponer de mecanismos de seguridad que garanticen la correcta utilización de los datos de acuerdo con la legislación vigente. Ha de buscarse el equilibrio entre la protección de datos personales o de los proveedores y su utilización.

Retroalimentación. El retorno de información a los profesionales que la recogen es una actividad clave y fundamental. En general, la calidad de los datos mejora si quien los proporciona obtiene beneficios directos e inmediatos de su contribución.

Transparencia. La transparencia no aparece de forma natural, ha de perseguirse y promoverse. La producción de información ha de prestigiarse, pero sobre todo, se ha de incentivar y promover su distribución. Confidencialidad y transparencia son temas perfectamente compatibles.

Conceptos básicos del CMBD-AP

Entendemos como conceptos básicos las respuestas a las preguntas siguientes:

¿Qué se declara? Unidad de registro
¿Quién declara? Unidad de declaración
¿Cómo se declara? Manual de notificación

La unidad de registro (**figura 1**) será el contacto o visita definido como: cualquier tipo de entrevista de carácter asistencial entre el paciente y el profesional sanitario que se registre en la historia clínica (HC) del paciente. Un mismo contacto o visita puede responder a uno o varios motivos de atención que a su vez pueden ser nuevos o ser un seguimiento de un problema ya registrado anteriormente.

La unidad de declaración (**figura 1**) será el Equipo de Atención Primaria (EAP). En el contexto del sistema nacional de salud, el trabajo en equipo es una característica definitoria de la atención primaria en España. El EAP está formado por un conjunto de profesionales que tienen una responsabilidad común: prestar servicios de atención primaria a una población determinada; por tanto es la unidad organizativa de la atención primaria, respecto a la cual se establecen objetivos y se evalúan los servicios.

En cualquier registro, para poder facilitar la homogenización de la recogida de datos y la codificación y poderlo hacer compatible y comparable con otros sistemas de información, es necesario disponer de un "Manual de Instrucciones" que establezca los requerimientos y facilite la información sobre la codificación de las diferentes variables.

En el caso del CMBD-AP uno de los puntos clave de este manual y del desarrollo del proyecto, es la elección de un sistema de codificación de las variables clínicas (**figura 1**).

En el ámbito de la atención primaria se han ido desarrollando distintos sistemas de codificación siendo los más utilizados en estos momentos la Clasificación internacional de Atención Primaria (CIAP-2) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE⁹). Si pensamos en un sistema de información integral (atención primaria, hospitalaria, salud mental y socio-sanitaria) debemos considerar un sistema de codificación homogéneo que permita la comparación de los datos. Para el proyecto del CMBD-AP en Cataluña se ha optado por la CIE¹⁰ de la OMS¹⁰ que nos ofrece más ventajas respecto a la CIE⁹; es una clasificación más adaptada a los procesos ambulatorios, y por tanto más adecuada a la atención primaria y además existen tablas de conversión validadas del CIAP-2 a CIE¹⁰.

Debido al gran volumen de casos que atiende el equipo de atención primaria, deben desarrollarse sistemas de ayuda a la codificación que faciliten esta labor, como son los diccionarios de búsqueda de códigos a partir de posibles denominaciones.

Estructura de la base de datos

En el actual Plan de Sistemas del CatSalut, integral y integrado, todos los CMBD (CMBD de la actividad de hospitalización y hospital de día de los hospitales de agudos, CMBD de la actividad socio-sanitaria, CMBD de la actividad de salud mental y en el futuro el CMBD de atención primaria) forman parte de un aplicativo específico (aplicativo CMB).

Para poder relacionarlos entre si y con otros subsistemas de información de diferentes ámbitos, es imprescindible la utilización de catálogos únicos y definiciones homogéneas para las variables comunes.

El plan de Sistemas del CatSalut pivota fundamentalmente sobre dos catálogos:

El Registro central de asegurados (RCA). Contiene la información de todas las personas residentes en Cataluña, identificadas con el código de identificación personal (CIP).

El registro de unidades proveedoras (RUP). Contiene la información de todos los centros ubicados en Cataluña que prestan servicios asistenciales.

Cada registro del CMBD recoge tipos de actividad sanitaria diferente y por tanto requieren variables específicas que se ajusten a cada una de las necesidades de información; pero para poder relacionarlos es necesario disponer de variables comunes.

La estructura propuesta para la base de datos del CMBD-AP esta compuesta por cuatro grupo de variables: las relacionadas con el paciente, las del proceso, las clínico-asistenciales y las específicas (**figura 2**).

De todas ellas, tres son fundamentales para poder seguir al paciente en los diferentes recursos: el CIP, el código de la unidad de declaración y los códigos de diagnóstico.

Conclusiones

En los últimos años se ha producido un importante avance en los instrumentos que facilitan la gestión de la información en el ámbito de la atención primaria, principalmente en los aspectos relacionados con la gestión de agenda, registro de datos clínicos, prescripción y procedimientos

administrativos. Sin embargo, este desarrollo ha sido muy heterogéneo y todavía no disponemos de criterios comunes que permitan la agregación de la información de los distintos equipos de atención primaria, ni la comparabilidad ni la integración de la información de atención primaria con el resto de elementos que deben conformar un sistema de información de salud. Sin esta pieza clave, el sistema de información está gravemente incompleto (la atención primaria integra el mayor número y variedad de contactos de la población con los servicios de salud) y se encuentra muy limitado para apoyar la toma de decisiones en los ámbitos de la salud. Desarrollar un subsistema como el CMBD, que permita integrar, comparar y hacer circular información bajo criterios homogéneos, útil para los principales agentes, es imprescindible

para llevar a cabo con calidad las funciones de planificación, asignación de recursos, gestión y evaluación, tanto desde la perspectiva de la atención primaria como del conjunto del sistema de salud.

La progresiva informatización de la historia clínica, así como la experiencia acumulada en el desarrollo e integración de sistemas similares en otras líneas de servicios, como la atención hospitalaria, de salud mental o socio-sanitaria, configuran el momento actual como de gran oportunidad para desarrollar el CMBD-AP.

El CMBD-AP será de gran utilidad tanto para profesionales como para los otros agentes (Administración Pública y gestores de servicios). De todas formas no puede obviarse que el CMBD-AP debe apoyarse sobre el trabajo de los profesionales y no debe suponer una sobrecarga al trabajo clínico.

Por lo tanto, el éxito y la calidad del CMBD estará determinado por la capacidad de diseñar un sistema que se base en la propia información generada por los profesionales, la que es útil para su ejercicio diario, y en el desarrollo de los instrumentos de ayuda para la codificación y el tratamiento ágil de la información.

