



ORIGINAL

Evaluación de una guía de codificación de determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria: Estudio mixto



Berta Rodoreda-Pallàs^{a,b,*}, Eva Torra Escarrer^c, Jaume Sanahuja Juncadella^d,
Teresa Pampalona Cardona^e, Nuria Solanas Bacardit^e y Montserrat Vilarrubias Calaf^f

^a Grup d'Investigació Promoció de la Salut en l' Àmbit Rural, Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Sant Fruitós de Bages, Barcelona, España

^b Centre d'Atenció Primària de Santpedor, EAP Navarcles/Sant Fruitós/Santpedor, Bages, Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^c Centre d'Atenció Primària de Sant Vicenç de Castellet, EAP Sant Vicenç de Castellet, Bages, Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^d Centre d'Atenció Primària de Plaça Catalunya, EAP Plaça Catalunya, Bages, Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^e Centre d'Atenció Primària de Cardona, EAP Cardona, Bages, Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^f Centre d'Atenció Primària de Anoia Rural, EAP Anoia Rural, Anoia, Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Recibido el 26 de noviembre de 2023; aceptado el 3 de enero de 2024

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Registro;
Codificación;
Determinantes
sociales de salud;
Guía y evaluación

Resumen

Objetivo: Evaluar una guía de codificación de determinantes sociales de la salud en las consultas de atención primaria como herramienta eficaz en el flujo de trabajo diario del profesional.

Diseño: Estudio mixto secuencial explicativo. Formado por una parte cuantitativa (experimental) y una parte cualitativa (descriptivo-evaluativo).

Emplazamiento: Todos los equipos de gerencia de atención primaria y a la Comunidad de Catalunya Central (32 equipos).

Participantes y contexto: Todos los profesionales de enfermería, trabajo social y medicina que trabajan en los 32 equipos de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud en la Catalunya Central durante febrero a julio del 2023.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: brodoreda.cc.ics@gencat.cat (B. Rodoreda-Pallàs).

Métodos: Se desarrolló una guía de codificación de determinantes sociales de la salud. Esta guía fue creada de forma multidisciplinaria y multicéntrica. Muestreo intencional. En la parte cuantitativa se contabilizó el número de diagnósticos que habían registrado el grupo experimental vs. el grupo control, cualitativamente se realizó un análisis temático partiendo de una perspectiva socioconstructivista.

Resultados: Los resultados fueron significativos y satisfactorios. Con una metodología cuantitativa se valoró la efectividad del uso de la guía. Se observó un aumento significativo de uso de los determinantes sociales en el grupo intervención vs. el grupo control, con un porcentaje de uso postintervención de 19,53% en el grupo control y de 32,26% en el grupo intervención ($p < 0,001$). El número de diagnósticos registrados aumentó de 312 a 1.322 en el grupo intervención, mientras que en el grupo control se mantuvo. Los factores principales identificados a través de metodología cualitativa que pueden explicar la efectividad de la guía fueron: 1) la efectividad de la guía entre los profesionales de atención primaria; 2) la adecuación de la guía valorando su utilidad y práctica; 3) la viabilidad y 4) aportaciones específicas para la mejora de la guía.

Conclusiones: La guía de codificación de los determinantes sociales de la salud es efectiva, adecuada y se puede implementar en el flujo de trabajo de los profesionales de atención primaria para realizar un buen registro de los determinantes sociales de la salud.

© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Primary care;
Registration;
Coding;
Social determinants
of health;
Guide and assessment

Evaluation of a coding guide on social determinants of health in primary care consultations: A mixed study

Abstract

Objective: To evaluate a coding guide for social determinants of health in primary care consultations as an effective tool in the professional's daily workflow.

Design: Mixed sequential explanatory study. Formed by a quantitative part (experimental) and a qualitative part (descriptive-evaluative).

Location: All the primary care teams of the Central Catalonia Management (32 teams).

Participants and setting: All nursing, social work and medical professionals working in the 32 primary care teams of the Catalan Institute of Health in Central Catalonia from February 2023 to July 2023.

Methods: A social determinants of health coding guide was developed. This guide was created in a multidisciplinary and multicenter manner. Purposive sampling. Quantitatively, the number of diagnoses recorded by the experimental group versus the control group was counted. Qualitatively, a thematic analysis was carried out from a socio-constructivist perspective.

Results: The results were significant and satisfactory. Using a quantitative methodology, the effectiveness of the use of the guide was assessed. A significant increase in the use of the social determinants was observed in the intervention group vs. the control group, with a percentage of post-intervention use of 19.53% in the control group and 32.26% in the intervention group ($P < .001$). The number of diagnoses recorded increased from 312 to 1322 in the intervention group, while it remained the same in the control group. The main factors identified through qualitative methodology that may explain the effectiveness of the guideline were: 1) the effectiveness of the guideline among primary care professionals, 2) the appropriateness of the guideline by assessing its usefulness and practicality, 3) feasibility and 4) specific contributions to the improvement of the guideline.

Conclusions: The social determinants of health coding guide is effective, appropriate and can be implemented in the workflow of primary health care professionals for good recording of the social determinants of health.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud depende de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de la salud¹. A estas circunstancias se les conoce como determinantes sociales de salud (DSS) y existen diversos modelos que lo explican².

Las investigaciones demuestran que los DSS pueden ser más importantes que la atención sanitaria o las opciones de estilo de vida a la hora de influir en la salud³⁻⁵. Fuentes rigurosas muestran que 89% de los determinantes de la salud suceden fuera del entorno clínico⁶.

La atención primaria (AP) es el ámbito ideal y esencial para detectar y registrar los DSS en la comunidad, puesto que es la principal vía de acceso de la población al sistema sanitario y ofrece un seguimiento longitudinal de la persona, por consiguiente, la AP actúa como agente clave de registro de DSS.

A nivel mundial, existen dos principales codificaciones de enfermedades, una es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la otra es la Clasificación Internacional de la Atención Primaria en la Comunidad Europea (CIAP), promovida por la Organización Mundial de Médicos Generales de Familia (WONCA)^{7,8}. En la mayoría de las comunidades autónomas predomina en AP la codificación CIE-10, por ser obligatoria por ley estatal en los informes de alta hospitalaria y potenciar el lenguaje común entre ámbitos sanitarios. En Catalunya se utiliza la versión catalana de la *Clasificació Internacional de Malalties-CIM-10* (CIM-10)⁹. Dentro de esta codificación, existen los «códigos Z», en el capítulo 21 de la CIE-10 y CIM-10. Los «códigos Z» no son en sí una enfermedad, sin embargo, son circunstancias que se han de tener presentes porque pueden empeorar o desarrollar una enfermedad, son factores que influyen en el estado de salud de las personas y son la herramienta de AP para registrar los DSS.

Los beneficios de disponer de una buena codificación de los DSS en los programas de gestión de los centros de AP son diversos, por parte de profesionales, en calidad asistencial, recursos sanitarios y administraciones públicas^{10,11}.

A pesar de la importancia del registro de los DSS en la historia clínica electrónica (HCE), los profesionales tienden a registrar, en la mayoría de los casos, solo los diagnósticos clínicos, aunque la literatura muestra que abordar los determinantes sociales puede conducir a mejoras en la salud y a reducciones en las disparidades sociales¹².

Al tener presente este infraregistro de DSS en la HCE de las personas juntamente con el marco conceptual en DSS de Irwin y Solar, en 2018, en la Gerencia de Atención Primaria y en la Comunidad de Catalunya Central (APICCC) del Institut Català de la Salut (ICS, España) se formó un grupo de trabajo de determinantes sociales de la salud (GdTDSS) compuesto por una enfermera, una trabajadora social y un médico de familia y comunitaria¹³. El objetivo de dicho grupo fue fomentar y generar estrategias para el registro de los DSS en las HCE. Posteriormente, en 2020, se amplió el grupo de trabajo y se desarrolló una guía práctica de codificación de DSS para los profesionales de ámbito asistencial en atención primaria. La guía se terminó en 2023.

Por todo lo comentado anteriormente, el presente estudio presenta la evaluación de esta guía de DSS para aumentar el registro de los mismos en las HCE en las consultas de AP en el área de Catalunya Central.

Materiales y métodos

Contextualización

Formación de una guía de DSS

En 2018 se realizó un estudio piloto, con diseño cuasi experimental, con el objetivo de visibilizar y registrar cinco DSS entre los profesionales de AP¹⁴. Los resultados mostraron un aumento significativo del número medio de diagnósticos entre la pre y postintervención. Asimismo, mediante un modelo de regresión lineal se estimó un aumento medio significativo del grupo intervención respecto al grupo control con un coeficiente de 8,18 (intervalo de confianza [IC] 95% = 5,11-11,26)¹⁴. En 2020 se amplió el grupo de trabajo, pasando de tres profesionales a 15. El grupo de trabajo era multidisciplinar, representado por cinco asistentes sociales, siete enfermeras y tres médicos/as, y de diferente área geográfica dentro de la Gerencia de Catalunya Central (SAP Anoia, SAP Bages-Berguedà y SAP Osona). Asimismo, se contó con tres asesoras, dos eran enfermeras (una de Gerencia Metropolitana del ICS de la Metropolitana Norte y una de Gerencia Metropolitana del ICS Sud) y una investigadora del Centro de Investigación Jordi Gol i Gurina. Todos los profesionales eran expertos en comunitaria y estaban trabajando en el ámbito de primaria y ejerciendo en asistencial. El objetivo del grupo de trabajo fue desarrollar una guía útil y práctica que influyese en el flujo de trabajo diario de los profesionales de los centros de AP, en la que finalmente se introdujeron 17 DSS. Para aumentar la robustez de la guía, se tuvo en cuenta la herramienta AGREE¹⁵. La creación de la guía empezó en 2020 y ha sido terminada en 2023.

La selección de los DSS fue hecha con base en el marco conceptual de Solar, Irwin y Navarro, en la evidencia científica publicada, así como también se tuvieron presentes que los DSS fueran relevantes para la práctica de la AP a juicio de los expertos del grupo de trabajo; relevantes para la acción comunitaria en el ámbito de la AP; aceptables para los profesionales de AP y para los pacientes; y finalmente, que fueran coherentes con los indicadores socioeconómicos de diferentes fuentes oficiales^{3,16-18}.

Una vez seleccionados los DSS, se realizó una definición homogénea de cada DSS con base en la evidencia científica^{3,16} y todas las codificaciones internacionales de enfermedades (TADISO, CIE, CIM, ICD, CIAP-2, ATIC)^{7,8,19-21}. Las definiciones de cada DSS resultaron esenciales, ya que en las codificaciones internacionales de enfermedades normalmente carecen de una definición detallada, pues en ocasiones puede causar confusión y dificultad de registro. También se definió una *checklist* para facilitar la codificación por parte del profesional de cada DSS.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio con metodología mixta explicativa secuencial, caracterizado por la recolección y análisis de datos cuantitativos en la primera fase de la investigación

para posteriormente seguir con la recolección y análisis de datos cualitativos en la segunda fase que se construyó de acuerdo con los resultados de la fase inicial²². En la fase 1 se realizó un estudio cuantitativo con diseño experimental, donde se monitorizó el número de DSS registrados. En la fase 2 se utilizó un estudio cualitativo con diseño descriptivo-evaluativo mediante grupos focales con el objetivo de saber la opinión, utilidad práctica y viabilidad de la guía entre los profesionales de AP. En esta fase también se quiso repasar minuciosamente la guía para detectar propuestas de mejora y realizar las adaptaciones dinámicas de esta.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jordi Gol i Gurina (23/057-P) y cuenta con los consentimientos informados por escrito de los participantes del estudio en la parte cualitativa. Los datos extraídos en el estudio son anónimos y fueron tratados con confidencialidad estricta, siguiendo en todo momento los principales éticos de la Declaración de Helsinki de 1964, revisados en 2013 por la Organización Mundial de la Salud. El estudio cumple con el Reglamento Europeo de Protección de Datos-Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

A continuación, se detallan las fases de estudio:

Fase 1: La parte cuantitativa

Se realizó un estudio experimental, aleatorizado y multicéntrico con dos ramas de estudio.

El grupo intervención lo componían los equipos de AP que recibieron la guía de codificación de los DSS. El grupo control lo componían los equipos de AP que no recibieron la guía de codificación de los DSS.

El estudio incluyó los 32 equipos de AP del ICS de APiCCC. El estudio comprendió un periodo de tres meses, desde el 1 de mayo hasta el 31 julio de 2023.

Los criterios de inclusión fueron todos los profesionales del ICS de la APiCCC que tuvieran capacidad de codificar y registrar DSS.

Para la selección de los participantes se realizó una aleatorización automatizada y heterogeneidad de los 32 equipos. Se distribuyeron los equipos en equipo rural y urbano²³. Se monitorizaron los profesionales con las disciplinas de medicina (médicos, médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria [MFyC], odontólogos y pediatras), enfermería (enfermeras, enfermeras especialistas de familia y comunitaria [EFyC] y comadrona) y trabajadores sociales.

La muestra fue de 398 profesionales en el grupo control (16 EAP de grupo control) y 468 profesionales en el grupo intervención (16 EAP de grupo intervención). Se monitorizó a los profesionales durante tres meses y posteriormente se comparó el número de registro de DSS de los tres meses anteriores a la intervención (febrero-abril 2023) con los tres meses después de la intervención (mayo-julio 2023).

La intervención consistió en la presentación de la guía de DSS a los equipos del grupo intervención, posteriormente se les facilitó la guía de DSS. La presentación se hizo de forma presencial para favorecer el *feedback* y dudas que pudieran surgir. A los profesionales que el día de la presentación no pudieron asistir se les proporcionó igualmente la guía.

Tabla 1 Perfiles y características de los profesionales que participaron al grupo focal

Disciplina	Características
Enfermera	AP rural < 10 años experiencia
Enfermera	Realización de guardias: Sí AP rural > 10 años experiencia
Trabajo social	Realización de guardias: Sí AP rural y urbano > 10 años experiencia
Enfermera	Realización de guardias: No Pediatría rural > 10 años experiencia
Médica odontóloga	Realización de guardias: Sí AP urbano > 10 años experiencia
Enfermera	Realización de guardias: No AP rural > 10 años experiencia
	Realización de guardias: Sí

AP: Atención Primaria.

Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas, y la mediana con cuartiles basada en la distribución de los datos para las variables numéricas. Para comparar los dos grupos según sus características diferenciales en la información basal, se utilizó la prueba de Mann-Whitney para las variables numéricas, y la prueba de χ^2 para las variables categóricas. Para analizar las diferencias entre pre y post, se utilizó la prueba de Wilcoxon. Todos los análisis consideraron un nivel de significación de 5%, IC 95% y se analizaron con el *software* estadístico R Core Team (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2022), versión 4.0.3.

Fase 2: parte cualitativa

La parte cualitativa se realizó con un diseño descriptivo-evaluativo con el objetivo evaluar la guía de codificación de los DSS por los profesionales que la habían utilizado. El objetivo fue recopilar sus opiniones y expresiones, así como las posibles modificaciones para adaptarla.

Se realizó un grupo focal con seis profesionales (multidisciplinario y multicéntrico) a finales de julio 2023.

El muestreo fue intencional con base en la selección de profesionales que tenían capacidad para diagnosticar en la HCE, que formasen parte del grupo intervención y hubieran utilizado la guía durante un mínimo de dos meses. Los perfiles y características de los profesionales que participaron se especifican en la [tabla 1](#). La investigadora principal moderó el grupo focal que se realizó en una sala de APiCCC y tuvo una duración de una hora y cuarenta minutos. El grupo focal fue grabado, posteriormente transcrito y validado por los profesionales. Seguidamente fue analizado siguiendo un análisis temático, focalizando en las dimensiones del efectividad, adecuación y viabilidad de la guía de DSS basado en el marco jerárquico de evidencia y que nos permitió orientar el guion semiestructurado del grupo focal²⁴. Todas las profesio-

Tabla 2 Nombre y porcentaje de profesionales respecto el total que han utilizado mínimo una vez determinantes sociales de la salud

	Pre	Post
Control	75 (19,38%)	76 (19,53%)
Intervención	97 (20,73%)	151 (32,26%)
Valor p	0,659	< 0,001

nales fueron detalladamente informadas antes de participar en el grupo focal y dieron su consentimiento por escrito a participar. Como soporte tecnológico para el análisis se utilizó el programa informático NVivo-14 (N Vivo Foundation for QSR International, 2023).

Para mejorar la validez del estudio, se realizó una triangulación metodológica en la recolección de datos y en el análisis de resultados. Se combinaron los datos cuantitativos basados en la efectividad de parámetros de número de DSS codificados con estudio experimental, *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT), y se complementaron con los datos cualitativos basados en la valoración de los profesionales de la efectividad, adecuación y viabilidad de la guía mediante un grupo focal, *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)^{25,26}.

Resultados

La [figura 1](#) muestra el marco conceptual de la evaluación de la guía de DSS.

Datos cuantitativos y sus respectivos análisis

La [figura 2](#) muestra la distribución del registro de DSS entre el grupo intervención y el grupo control en la preintervención (febrero-abril 2023) y en la postintervención (mayo-julio 2023). Mientras en el grupo control se observó que la frecuencia se mantiene de 239 a 240, en el grupo intervención aumentó de 312 a 1.322.

Se apreció una relación significativa de registro de DSS entre los profesionales que habían formado parte del grupo intervención, pasando de 20,73% del registro en la preintervención a 32,26% ([tabla 2](#)).

Se observó un registro de DSS más elevado y heterogéneo en el grupo intervención respecto el grupo control ([tabla 3](#)). Respecto a la totalidad de registros, se observó que mientras en el grupo control hubo un aumento de un registro después de la intervención, el grupo intervención aumentó 1.010 registros después de la intervención.

Se apreció una relación significativa entre pertenecer a un equipo rural o un equipo urbano, siendo el diagnóstico más registrado en ambos ámbitos «vivir solo», seguido de «ingresos bajos», y en tercera posición se observó que los profesionales de una área rural registraron más el DSS de «problemas relacionados en gestionar la vida», mientras que en el área urbana se registró más la «dificultad de aculturación» ([tabla 4](#))²³.

No se encontró relación significativa de registro de DSS entre categorías profesionales ([Anexo 1](#)).

Datos cualitativos y sus respectivos análisis

La valoración de la guía fue positiva por parte de los profesionales de AP. Asimismo, se recogieron propuestas de mejora para adaptar la guía y mejorar su utilidad y contenido.

La efectividad de la guía por parte de los profesionales de AP

Los profesionales expresaron que la guía de DSS es efectiva tanto para el profesional como para la persona que la consulta. Asimismo, sensibiliza al profesional del beneficio del registro de los DSS potenciando la atención biopsicosocial y holística de la persona y su adecuación terapéutica (Verbatim 1.1, en [tabla 1](#)), aparte de favorecer la cooperación multidisciplinaria donde el epicentro es la persona que consulta (Verbatim 1.2, 1.3). El tener registrado los DSS en la HCE beneficia a los profesionales sanitarios con contrato no estatutario que en varias ocasiones se ven expuestos en cambiar de ubicación de zona de trabajo cada cierto tiempo, y en los profesionales sanitarios estatutarios y no estatutarios en atención en el Servicio de Urgencias de AP, ya que aporta información de la persona que se atiende valiosa y necesaria para dar una respuesta adecuada a su consulta, viendo más allá de los signos y síntomas clínicos (Verbatim 1.2, 1.6).

Se enfatizó en el papel esencial de la AP en este tipo de codificación, ya que son los profesionales que mejor conocen a la persona que tienen enfrente, pues son auténticos agentes de codificación en DSS (Verbatim 1.4, 1.6). No se consideró que la codificación de DSS implicase un alto gasto de tiempo o una sobrecarga para el profesional, porque el profesional referente conoce a la persona que tiene delante y simplemente ha de registrar el DSS que ya conoce, aunque previamente no haya sido registrado (Verbatim 1.4, 1.5, 1.6).

La utilidad de la guía

La guía de DSS favorece el modelo biopsicosocial vs. el biomédico (Verbatim 2.1. [tabla 2](#)). La rápida visualización del DSS en el programa de gestión de los profesionales, «ecap», facilita la adquisición de la información por parte de todos los profesionales y disciplinas. Esta información facilita entender ciertos comportamientos y condiciones de vida de las personas, así como adecuar el tratamiento (Verbatim 2.2). Los DSS recopilados en la guía son suficientes y sus dimensiones temáticas también, sin embargo, si en algún caso concreto se decide esmerar el registro de DSS siempre se pueden complementar con codificaciones más específicas existentes, pero para tener la visión social inicial de la persona están bien seleccionados (Verbatim 2.3).

Categorizar la prioridad del DSS y cómo los referentes sanitarios de la persona pueden priorizarlo como «alto», «medio» o «bajo» es valioso para la atención integral de la persona (Verbatim 2.4). Es una buena herramienta para todas las disciplinas de AP incluyendo las nuevas figuras sanitarias creadas por el Departamento de Salud de Cataluña para darles una base para empezar a trabajar (Verbatim 2.5).

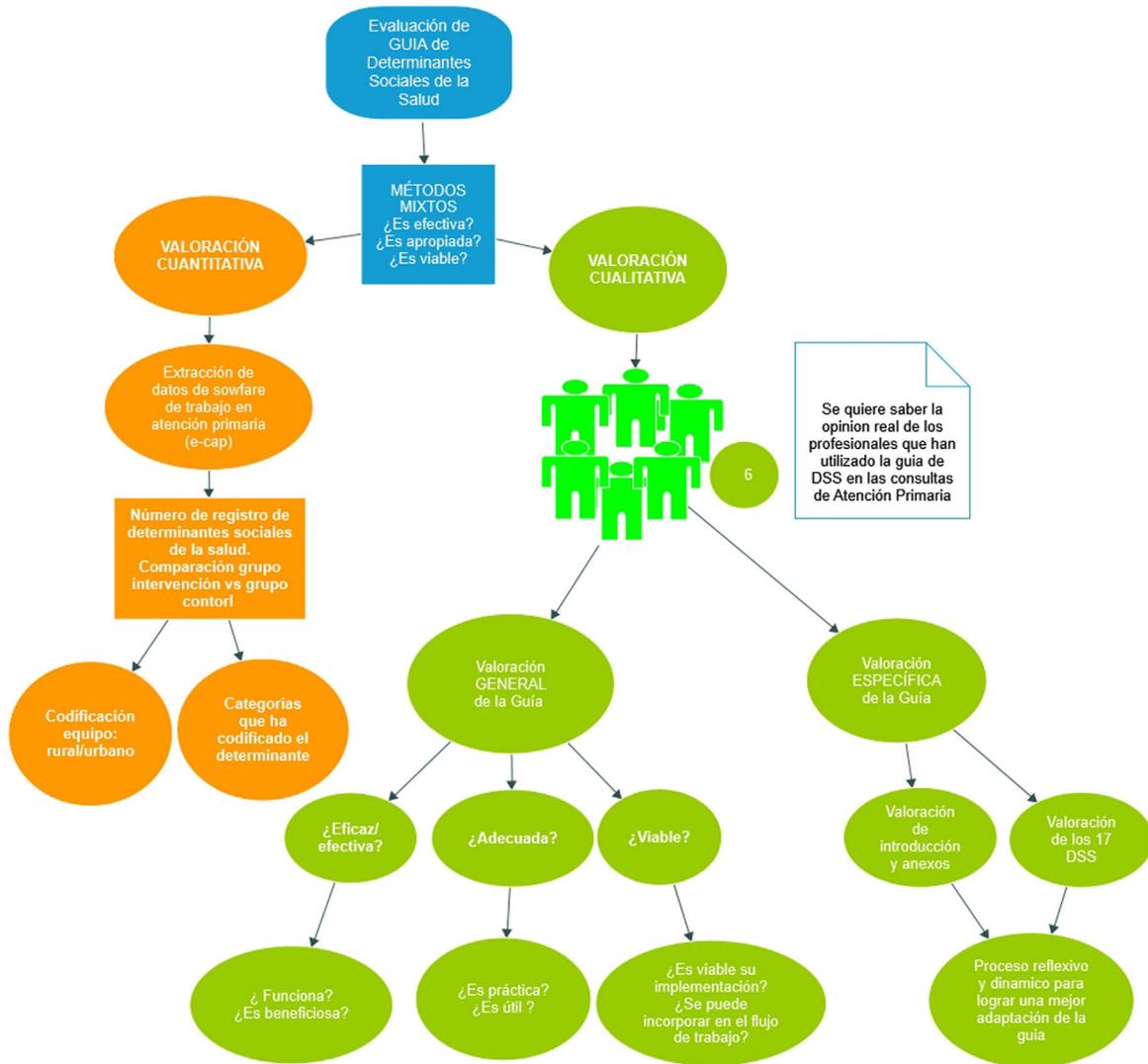


Figura 1 Marco conceptual de la evaluación de la guía de determinantes sociales de la salud.

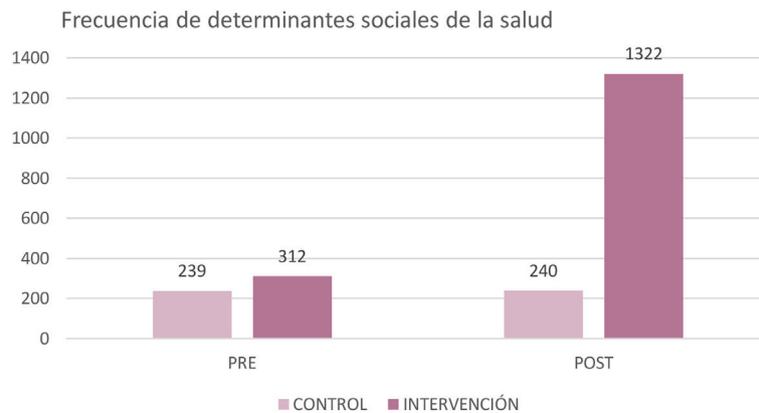


Figura 2 Distribución de determinantes sociales de la salud según pre/postintervención.

Tabla 3 Descripción de los DSS más utilizados durante el estudio, por grupos (frecuencias absolutas y porcentajes)

Código DSS	Total frecuencia	Pre		Post	
		Control	Intervención	Control	Intervención
C01-Z55.0	40 (1,89%)	1 (0,42%)	0 (0%)	2 (0,83%)	37 (2,79%)
C01-Z56.0	34 (1,61%)	0 (0%)	2 (0,64%)	1 (0,42%)	31 (2,34%)
C01-Z56.3	21 (0,99%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,83%)	19 (1,44%)
C01-Z56.6	27 (1,27%)	1 (0,42%)	1 (0,32%)	0 (0%)	25 (1,89%)
C01-Z59.1	52 (2,46%)	3 (1,25%)	6 (1,92%)	7 (2,91%)	36 (2,72%)
C01-Z59.2	15 (0,71%)	0 (0%)	1 (0,32%)	0 (0%)	14 (1,06%)
C01-Z59.4	17 (0,80%)	0 (0%)	2 (0,64%)	1 (0,42%)	14 (1,06%)
C01-Z59.6	272 (12,87%)	38 (15,89%)	68 (21,79%)	50 (20,83%)	116 (8,77%)
C01-Z59.9	27 (1,27%)	0 (0%)	1 (0,32%)	0 (0%)	26 (1,96%)
C01-Z60.0	104 (4,92%)	0 (0%)	2 (0,64%)	0 (0%)	102 (7,71%)
C01-Z60.2	697 (32,98%)	144 (60,25%)	143 (45,83%)	136 (56,66%)	274 (20,73%)
C01-Z60.3	164 (7,76%)	4 (1,67%)	18 (5,77%)	2 (0,83%)	140 (10,59%)
C01-Z60.5	79 (3,73%)	22 (9,20%)	12 (3,85%)	2 (0,83%)	43 (3,25%)
C01-Z63.8	124 (5,86%)	17 (7,11%)	13 (4,17%)	15 (6,25%)	79 (5,97%)
C01-Z73.2	152 (7,19%)	7 (2,93%)	42 (13,46%)	10 (4,17%)	93 (7,03%)
C01-Z73.9	199 (9,41%)	2 (0,84%)	1 (0,32%)	10 (4,17%)	186 (14,07%)
C01-Z75.3	89 (4,21%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,83%)	87 (6,58%)
TOTAL	2.113	239	312	240	1.322

DSS: determinantes sociales de salud.

La descripción de los códigos DSS figura en el anexo (material suplementario).

Tabla 4 Resumen de determinantes sociales de la salud y tipo de centro de salud (frecuencia y %)

Código DSS:	Tipo de centro de salud		Valor p
	Rural (n = 1.227)	Urbano (n = 876)	
C01-Z55.0	19 (1,55%)	21 (2,40%)	< 0,001
C01-Z56.0	18 (1,47%)	16 (1,83%)	
C01-Z56.3	11 (0,90%)	10 (1,14%)	
C01-Z56.6	14 (1,14%)	13 (1,48%)	
C01-Z59.1	42 (3,42%)	9 (1,03%)	
C01-Z59.2	14 (1,14%)	1 (0,11%)	
C01-Z59.4	12 (0,98%)	5 (0,57%)	
C01-Z59.6	130 (10,6%)	140 (16%)	
C01-Z59.9	12 (0,98%)	15 (1,71%)	
C01-Z60.0	34 (2,77%)	70 (7,99%)	
C01-Z60.2	458 (37,3%)	236 (26,9%)	
C01-Z60.3	69 (5,62%)	94 (10,7%)	
C01-Z60.5	27 (2,20%)	52 (5,94%)	
C01-Z63.8	88 (7,17%)	36 (4,11%)	
C01-Z73.2	113 (9,21%)	39 (4,45%)	
C01-Z73.9	128 (10,4%)	68 (7,76%)	
C01-Z75.3	38 (3,10%)	51 (5,82%)	

DSS: determinantes sociales de salud.

La descripción de los códigos DSS figura en el anexo (material suplementario).

La práctica de la guía

La guía es un documento fácil de usar y rápido de leer, muy visual y las agrupaciones ayudan a situar la temática que se codifica (Verbatim 2.6). La *checklist* es correcta y ayuda a su codificación, no obstante, se echa de menos en el [anexo](#) un

resumen que contenga: temática, código y DSS y *checklist* (Verbatim 2.7). La guía ofrece una medida justa y fácil de usar siendo una herramienta favorable para usarla en el día a día de la AP. También se mencionó que una cosa es el conocimiento de la herramienta y la otra es ponerlo en práctica. Aun así, se comentó que a medida que se use creará la prác-

tica para influir en el flujo de trabajo de cada profesional (Verbatim 2.8).

Viabilidad de la guía

Para una implementación efectiva es necesario que los profesionales sean concededores de los beneficios reales de la guía de DSS y qué aporta tener los DSS registrados.

Para la implementación efectiva en todos los profesionales es necesario tener más tiempo por paciente en la consulta de AP, tener cierta tranquilidad para atender a la persona y ganas de trabajar con una visión social. Además, un profesional necesita tiempo para realizar un buen registro en las HCE para poder favorecer una atención holística de la persona (Verbatim 3.1, [tabla 3](#)).

Para favorecer la implementación es necesario que los profesionales sanitarios referentes de las personas hagan revisión de los diagnósticos individuales de cada paciente, que los diagnósticos clínicos y no clínicos de la HCE sean activos y priorizados correctamente (Verbatim 2.4, 3.2., [tabla 2](#) y [tabla 3](#)). Se propuso implementar este recordatorio a la introducción de la guía de DSS (Verbatim 3.2).

Discusión

Tanto la evaluación cuantitativa como la cualitativa fueron satisfactorias, ya que se aumentó tanto el número de registros de DSS en las HCE como el número de profesionales que registraba DSS en HCE. Asimismo, los profesionales expresaron la necesidad de tener esta visión social tan necesaria para poder atender holísticamente a la persona que consulta y poder dar un tratamiento adecuado^{2,27,28}.

En la fase de divulgación de la guía, para los equipos que pertenecieron al grupo intervención fue importante recalcar qué aporta el registro de DSS para el profesional, para la persona y como la administración puede responder con este registro de codificación^{18,29}. Para responder a las dudas que surgieron en los profesionales, fue necesario divulgar con conocimientos y transparencia para responder eficazmente e implementar la guía.

El hecho de pertenecer a un equipo rural o urbano presentó relaciones significativas con los DSS registrados. Se debe tener en cuenta que cada EAP tiene una realidad demográfica, social y económica distinta. En este sentido, los registros de los DSS cambian dependiendo de la zona de trabajo, ya que las necesidades son diferentes según si es un equipo rural o urbano. Personalizar los indicadores sociales en la zona de trabajo aporta una gran riqueza, y complementan a otros indicadores clínicos. Asimismo, es una forma para describir de forma más real y detallada los indicadores territoriales, ya que la personalización de los indicadores sociales puede impactar sobre los índices de privación del territorio y cambiar la priorización de recursos^{17,18,30}. No obstante, se apreció que los dos primeros DSS más codificados tanto en zona urbana como rural fue «Problemas en vivir solo» (Z60.2), seguido de «Ingresos bajos» (Z59.6). Estos DSS detectados en el estudio coinciden en que son unos de los más prevalentes a nivel mundial^{16,31,32}. Asimismo, se ven altamente relacionados con las desigualdades e inequidades sociales y, por todo ello, están presentes en la priorización de políticas futuras.

La guía fue valorada positivamente, e incluso se podría decir que es una guía necesaria en AP con el fin de obtener una visión holística de la persona, responder a sus necesidades reales, así como favorecer la adecuación terapéutica basada en modelo de activos y desprescripción farmacológica. En estos últimos años tanto a nivel autonómico como estatal se ha hecho especial énfasis en la alfabetización y sensibilización de salud comunitaria^{2,33,34}. Este hecho resulta de gran importancia, ya que favorece el modelo biopsicosocial y modelo de activos, tan necesario para la persona que consulta^{2,27,33,34}.

Aunque se valoró positivamente la guía, también se expresó que la falta de tiempo por paciente favorece la utilización del modelo biomédico, basado en la enfermedad, aportando una hiperfrecuentación de visitas de la persona que consulta por no responder a las necesidades reales²⁹. No obstante, aunque inicialmente el registro de los DSS puede suponer una sobrecarga para los profesionales, posteriormente la información que los DSS proporcionan puede suponer un soporte valioso para proporcionar una atención de calidad y adecuación terapéutica. Asimismo, se debe tener en cuenta que el registro de DSS puede impactar directamente en los índices de privación del territorio, comportando un cambio en la priorización de recursos del equipo basados en su realidad^{17,18,30}.

Además, la falta de tiempo puede relacionarse con la falta de accesibilidad en los centros de salud y falta de recursos humanos, este hecho dificulta a la administración otorgar estos minutos necesarios de atención a la persona para poder registrar los DSS³⁵. En detrimento osaríamos justificar la necesidad de estos minutos de más por visita, para visibilizar esta esfera social y favorecer una atención de calidad que implica disminuir la frecuentación al sistema sanitario, así como la adecuación de recursos sanitarios¹⁷.

En cierta manera, se podría decir que la codificación de DSS es el mapeo de la persona, incluso el inicio de otros proyectos, como por ejemplo la formulación de un plan de curas de cada DSS²¹.

También la guía favorece el nuevo modelo comunitario en atención entre los tres niveles para la orientación comunitaria en atención primaria¹¹. En el nivel 1, que está definido como «individual y familiar», favorece la entrevista y modelo biopsicosocial, la calidad asistencial y adecuación de recursos sanitarios²⁸. En el nivel 2, que está definido como «educación grupal», ayuda a cualquier profesional de AP a trabajar con DSS más incidentes de la zona, a trabajar sobre las causas de las causas, mirar más allá de la patología clínica que presenta la persona y poder dar respuesta a real. Y finalmente, en el nivel 3, que está definido como «nivel colectivo acción comunitaria en salud», complementa la información en las administraciones describiendo los determinantes más incidentes del territorio, pudiendo complementar el índice de privación sanitario y ayudar en priorizar políticas sociales y sanitarias¹⁸.

Conclusiones

La guía para la codificación de DSS en las consultas de AP es una herramienta que facilita la codificación de DSS por parte de los profesionales y es eficaz, útil, adecuada y viable en la mejora de la calidad asistencial en las consultas de AP.

Limitaciones

A pesar de que la guía describe 17 DSS no se considera un problema, ya que abordar las diferentes dimensiones de las personas y la reflexividad y dinamismo de esta. Se ha evaluado en una zona geográfica de Cataluña Central, siendo una zona donde 78% de los EAP se consideran rural, aun así no supone un problema porque se ha trabajado con DSS más incidentes a nivel mundial y con unos informes de salud estatales con perspectiva de equidad.

Contribución de los autores

B. Rodoreda, E. Torra, J. Sanahuja, T. Pampalona, N. Solanas, y M. Vilarrubias participaron en la concepción, diseño y la implementación del estudio. B. Rodoreda recogió los datos y los analizó con la colaboración de los autores. Los datos fueron interpretados por B. Rodoreda y E. Torra. B. Rodoreda escribió la primera versión del manuscrito, que se discutió y finalizó con las aportaciones sustanciales de E. Torra, T. Pampalona, J. Sanahuja, M. Vilarrubias, N. Solanas. Todas las personas firmantes participaron en la concepción del manuscrito y aprobaron el manuscrito final.

Lo conocido sobre el tema

Fuera del entorno clínico suceden 89% de los DSS, aun así, los profesionales sanitarios siguen codificando básicamente los diagnósticos clínicos favoreciendo el modelo biomédico vs. modelo de biopsicosocial.

Qué aporta este estudio

La evaluación de una guía de codificación de DSS como una herramienta eficaz en el registro de estos en las historias clínicas electrónicas de la persona. El valor del estudio es que ha sido creada, desarrollada y evaluada por profesionales de atención primaria avezados en la atención asistencial, aportando una necesidad y una solución desde la realidad de las consultas de atención primaria.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a Laia Musarra, Lucía Jurado, Gemma Mas, Laura Clarisó, Aida Orrit, Laura Manuel, Empar Domínguez, Ester Vila, Iris Lumillo, Constanza Jaques y Carmen Rodrí-

guez por la implicación en la evaluación del proyecto y la colaboración en la revisión del artículo. Asimismo agradecemos al Institut Català de la Salut y en especial a la Gerència de Atenció Primària i a la Comunitat de la Catalunya Central el apoyo incondicional para poder realizar e implementar este proyecto.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2024.102878](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102878).

Bibliografía

1. OMS. Determinantes sociales de la salud. WHO, 2013 [consultado 2 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
2. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021 [consultado Dic 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015 [consultado Oct 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf
4. Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez G, García-Altés A. Las desigualdades sociales en salud en el Estado español. *Aten Primaria*. 2008;40:59–60.
5. Legido-Quigley H, Berrojalbiz I, Franco M, Gea-Sánchez M, Jaurrieta S, Larrea M, et al. Towards an equitable people-centred health system for Spain. *Lancet*. 2024;403:335–7.
6. Choi E, Sonin J. Determinants of Health Visualized. *Goinvo*. 2018 [consultado 20 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
7. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos, 2018; [consultado 8 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/metabuscador>
8. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP - 2, 1999; [consultado 20 Jul 2022]. Disponible en: <http://www.agapap.org/datos/CIAP2.pdf>
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 2007;481–526.
10. Montaner Gomis I, Foz Gil G, Pasarín Rúa MI. La salud: ¿un asunto individual...? *AMF*. 2012;8:374–82.
11. Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2023;37:102254.
12. Jiménez Carrillo M, Fernandez Rodker J, Sastre Paz M, Alberquilla Menendez-Asenjo Á. ¿Refleja la historia clínica electrónica los determinantes sociales de la salud desde Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2021;53:36–42.
13. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010 [consultado 8 Nov 2022]. Dispo-

- nible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1
14. Rodoreda-Pallàs B, Lumillo-Gutiérrez I, Catalina QM, Escarrer ET, Juncadella JS, Fraile VM. Recording of Social Determinants in Computerized Medical Records in Primary Care Consultations: Quasi-Experimental Study. *JMIR Form Res.* 2023;7:e41706.
 15. Albertson TE, Sutter ME, Chan AL. AGREE Reporting Checklist 2016 This. *Clin Rev Allergy Immunol* [Internet]. 2014;48:114–25. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84921911998&doi=10.1007%2Fs12016-014-8448-5&partnerID=40&md5=1ea9d4128ce0ada394aa54f0ff8f9c12>
 16. Organización Mundial de la Salud. Los hechos probados segunda edición los determinantes sociales de la salud la oficina regional de la OMS para Europa. [Internet]. 2003; 2ª ed:12-20. Disponible en: <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/06/hechosProbados.pdf>
 17. Duque I, Domínguez-Berjón MF, Cebrecos A, Prieto-Salceda MD, Esnaola S, Calvo Sánchez M, et al. Índice de privación en España por sección censal en 2011. *Gac Sanit.* 2021;35:113–22.
 18. Colls C, Mias M, García-Altés A. A deprivation index to reform the financing model of primary care in Catalonia (Spain). *Gac Sanit.* 2020;34:44–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.015>.
 19. Comissió Tècnica de Sistemes d'Informació de Treball Social Sanitari en Atenció Primària (SITSS AP). Taula de codis per a l'estandardització dels factors socials i psicosocials que influeixen en l'estat de salut: CIM-10-MC/SCP. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2022 [consultado Dic 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/9441>
 20. CatSalut. Servei Català de la Salut. CIM-10; [consultado 8 Feb 2021]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/catalegs/diagnostics-procediments/cim-10/>.
 21. Ríos Jiménez A, Artigas Lage M, Juvé Udina E. Plans de cures estandarditzats per a persones ateses en atenció primària. Institut Català de la Salut. 2021:1–325 [consultado Oct 2021]. Disponible en: https://ics.gencat.cat/web/.content/Documents/assistencia/Plans-de-cures-estandarditzats_atencio-primaria_ARES.PDF
 22. Creswell JW. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 3 rd ed Thousand Oaks California: SAGE; 2009. p. 1–267.
 23. Institut Català de la Salut. SI9SAP. Ets rural o ets urbà? 2013 [consultado Mar 2023] Disponible en: <https://si9sapics.wordpress.com/2013/02/05/ets-rural-o-ets-urba/>.
 24. Evans D. Hierarchy of evidence: A framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *J Clin Nurs.* 2003;12:77–84.
 25. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med.* 2010;152:726–32.
 26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–57.
 27. S Azpeitia Serón M.A. Bajo Viña R. Benedicto Subirá C. Blanquer Gregori J. Botello Díaz B. Calvo Martínez M.J. et al. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. Sastre Paz M. Benedé Azagra C.B. SemFYC. 2018, 37 [consultado 13 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/publicaciones/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria-documento-semfyc-no-38>
 28. Rodríguez L, Belén C, Azagra B, Cubillo J. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Rev Clin Med Fam.* 2023;16:286–92.
 29. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2010:1–181 [consultado Sep 2021]. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
 30. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, et al. Constructing a deprivation index based on census data in large Spanish cities [the MEDEA project]. *Gac Sanit.* 2008;22:179–87.
 31. World Health Organization. La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social, 2023; [consultado 21 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>.
 32. Naciones Unidas (ONU). La Agenda para el Desarrollo Sostenible 2023 [consultado 17 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>.
 33. ASPCAT. Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP), 2017 [consultado 13 Nov 2023]. Disponible en: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre.la.gencia/Plans-estrategics/pinsap/index.html>.
 34. PADEICS Salut Comunitària. Guia per treballar en salut comunitària a Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2020 [consultado Sep 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/5646>
 35. Estrategia de salud pública 2022. ESP 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población. Agosto de 2022. Ministerio de Sanidad [consultado Ene 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia.de_Salud_Publica.2022....Pendiente.de.NIPO.pdf.