

Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados

J. Sobrequés Soriano^a y J.L. Piñol Moreso^b

Objetivo. Usar un método basado en el registro de un mínimo de datos de interés sanitario que evalúe cuantitativamente la información en las historias clínicas de atención primaria (HCAP) de la población adulta y analizar el efecto que diversos factores, relacionados con los centros asistenciales, los usuarios y los médicos de atención primaria, determinan sobre las HCAP observadas.

Diseño. Estudio observacional transversal.

Emplazamiento. Atención primaria de salud.

Participantes. Un total de 1.473 HCAP de 8 áreas básicas de salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Mediciones principales. Cuestionario estructurado, que además de los datos sociodemográficos relacionados con el centro asistencial, el usuario y el médico de atención primaria, también recogía los criterios de registro mínimo de datos de interés sanitarios (RMDS) de la HCAP. Se acordó, por consenso de un grupo de profesionales, considerar el RMDS adecuado cuando en la HCAP se encontraban de forma conjunta el registro de la presión arterial, colesterol, consumo de alcohol, tabaquismo e índice de masa corporal.

Resultados. Sólo un 18,3% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 16,3-20,3%) del total de HCAP analizadas cumplían los criterios de RMDS. El riesgo de tener el RMDS en una HCAP era superior: a mayor número de médicos del ABS (*odds ratio* [OR]: 1,10; IC del 95%: 1,01-1,20); si el usuario era de sexo femenino (OR: 1,17; IC del 95%: 1,01-1,36); a mayor edad del usuario (OR: 1,02; IC del 95%: 1,02-1,03); si al menos había un registro en el último año (OR: 1,51; IC del 95%: 1,23-1,85), y si el médico era de sexo femenino (OR: 1,46; IC del 95%: 1,24-1,71).

Conclusiones. La proporción de HCAP de población adulta con RMDS es de un 18,3% (IC del 95%: 16,3-20,3%). Se asocian con el RMDS las HCAP con los siguientes factores determinantes: un mayor número de médicos del ABS, el sexo femenino, una mayor edad del usuario, el registro en el último año del HCAP, y el sexo femenino del médico de cabecera.

Palabras clave: Atención primaria. Historia clínica. Evaluación. Factores de riesgo. Género.

MEDICAL RECORD OF PRIMARY CARE: QUALITY AND PREDISPOSING FACTORS

Objective. To obtain a method which allows quantitative evaluation of the register of risk factors in the primary care medical records of the adult population and to analyze the effect that several factors, related to primary care centers, users and physicians in primary care, determine over it.

Design. An observational cross-sectional study.

Setting. Primary health care.

Participants. A total sample of 1473 medical records from eight health districts of Catalonia.

Measurements. Information was collected using a structured questionnaire, with socio-demographic data related to the primary care center, the users and the primary care physician, which also collected criteria of the risk factors of the medical records defined a priori by a consensus group of professionals in primary health care.

Results. Only 18.3% (95% CI: 16.3-20.3%) of the total medical records sample analyzed accomplished criteria of *minimum data set register*. Risk was higher due: a higher number of physicians in the Primary care centers (OR = 1.10; 95% CI: 1.01-1.20); female gender of the user (OR = 1.17; 95% CI: 1.01-1.36); older age of the user (OR = 1.02; 95% CI: 1.02-1.03); if there was one visit during last year at least (OR = 1.51; 95% CI: 1.23-1.85); and female gender of the physician who fulfilled the Medical Record (OR = 1.46; 95% CI: 1.24-1.71).

Conclusions. Average of *minimum data set register* of the medical record of the adult population is 18.3% (95% CI: 16.3-20.3). The following factors are related to *minimum data set register*: more number of physicians in the primary care center, female sex of the user, year of last register in medical record, and female sex of the physician.

Key words: Primary health care. Medical record. Evaluation. Risk factors. Gender.

^aInstitut Català de la Salut. DAP Granollers. Barcelona.

^bInstitut Català de la Salut. DAP Reus-Altebrat. Tarragona.

Correspondencia:
Dr. Jordi Sobrequés Soriano.
Breda, 14. 08029 Barcelona.
Correo electrónico:
29744js@comb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 25-VI-2001.

Introducción

En la historia clínica de atención primaria (HCAP) se registra la información generada durante la práctica asistencial. Su objetivo fundamental es facilitar y mejorar la asistencia¹. En Cataluña, el actual modelo de HCAP fue creado en 1984 y ha sido muy útil en el proceso de la reforma de la atención primaria. La implantación de una HCAP homologada a toda la atención primaria pública de Cataluña permitió la unificación de criterios en todo su ámbito territorial y la creación de unos sistemas de registro de calidad útiles, tanto en la atención diaria individual, como en el análisis poblacional de los datos sanitarios^{2,3}. En la actualidad, no hay ningún género de duda de que la información que han generado, tanto la HCAP como otros sistemas de registro que se han ido desarrollando a lo largo de estos 16 años, ha aportado valor a los profesionales, a los usuarios y al propio sistema sanitario público, y que dicha información ha contribuido de forma sustancial a la mejora continua de la calidad de la atención primaria. A pesar de eso, aún son pocos los estudios realizados en nuestro entorno que hayan evaluado la información recogida en las HCAP y los factores que la determinan⁴.

La evaluación de los contratos de compra de servicios a la atención primaria⁵ se fundamenta, en parte, en la medición del grado de registro en la HCAP de diferentes datos de interés sanitario de *forma aislada* (grado de registro de la cifra de presión arterial, de colesterol, del consumo de tabaco, etc.), obteniéndose finalmente la proporción de HCAP con el registro de cada uno de los datos de interés sanitario por separado en cada uno de los centros de salud evaluados. Otra metodología de evaluación de la información recogida en las HCAP planteada por algunos autores⁴ y seguida en este trabajo consiste en la medición del grado de registro en la HCAP de un conjunto mínimo de datos de interés sanitario (todos ellos registrados de *forma conjunta* en la misma HCAP), de forma que se obtendría finalmente la proporción de HCAP con el registro de todos los datos de interés sanitario considerados como imprescindibles.

Los objetivos del presente estudio han sido la utilización de un método basado en el registro de un mínimo de datos de interés sanitario (RMDS) que evalúe de forma cuantitativa la información en las HCAP de la población adulta y analizar el efecto que diversos factores, relacionados principalmente con los centros asistenciales, los usuarios y los médicos de atención primaria, determinan sobre las HCAP observadas.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal en ocho áreas básicas de salud (ABS) –denominación equivalente a la de zona básica de salud–, con 2 años o más de funcionamiento pertenecientes a la Dirección

de Atención Primaria (DAP) de Granollers. Para ello, durante el primer trimestre de 1999 se evaluó de forma retrospectiva mediante una auditoría interna, una muestra representativa de HCAP de población adulta. El número total de historiales clínicos en estos centros era de 143.000.

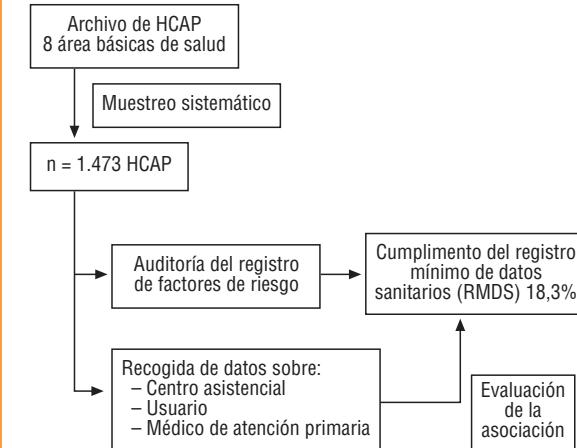
El elemento muestral fue la HCAP. Los criterios de inclusión de las HCAP en las diferentes muestras fueron los siguientes: a) HCAP de población adscrita al ABS o HCAP de población no adscrita al ABS pero que tiene la residencia en el territorio del ABS en un período de tiempo superior a los 6 meses durante un año; b) HCAP de población con más de 14 años de edad (nacida antes de 1984), y c) HCAP de población que consultó al médico al menos una vez en los últimos 3 años (período 1996-1998).

Dada la organización y características del archivo de HCAP de las ocho ABS seleccionadas en el estudio, utilizamos como procedimiento de selección de las HCAP el muestreo aleatorio sistemático. En los casos en los que el ABS tenía más de un centro asistencial, se seleccionó una muestra para cada uno de los diferentes centros asistenciales.

El número total de HCAP analizadas fue de 1.473.

Selección de la muestra

Para determinar la cantidad de HCAP que se debía evaluar se utilizó la fórmula de cálculo del tamaño de la muestra para poblaciones finitas, para un intervalo de confianza (IC) del 95% y una precisión del 0,10 en el punto de máxima indeterminación ($p = 0,5$).



Esquema general del estudio

Estudio transversal. Auditoría interna de una muestra de historias clínicas de población adulta de 8 áreas básicas de salud.

TABLA 1 Características generales de las HCAP evaluadas

	n	(%)
<i>Relacionadas con el centro asistencial</i>		
ABS		
Caldes	161	(10,9)
Cardedeu	134	(9,1)
La Garriga	259	(17,6)
Montornès	160	(10,9)
Sant Celoni	171	(11,6)
Canovelles	188	(12,8)
Sant Miquel	209	(14,2)
Vall Tenes	191	(13,0)
Número de médicos de atención primaria del ABS		
7	209	(14,2)
8	349	(23,7)
10	450	(30,5)
11	160	(10,9)
12	305	(20,7)
Población adscrita al CAP (habitantes)		
≤ 4.999	59	(4,0)
5.000-9.999	380	(25,8)
≥ 10.000	1.034	(70,2)
<i>Relacionadas con el usuario</i>		
Sexo		
Mujeres	771	(52,3)
Varones	702	(47,7)
Edad (en años)		
15-44	773	(52,5)
45-64	343	(23,3)
≥ 65	357	(24,2)
Media ± DE	46,4 ± 20,1	
Año del último registro a la HCAP		
1998	1.050	(71,3)
1997-1996	423	(28,7)
<i>Relacionadas con el médico de atención primaria</i>		
Sexo		
Mujeres	396	(26,9)
Varones	828	(56,2)
No consta	249	(16,9)
Edad (en años)		
≤ 35	148	(10,0)
36-49	906	(61,5)
≥ 50	169	(11,5)
No consta	250	(17,0)
Media ± DE	42,5 ± 7,1	
<i>Continúa</i>		

TABLA 1 Características generales de las HCAP evaluadas (continuación)

	n	(%)
<i>Situación laboral</i>		
Fijo-ICS	882	(59,9)
Interino-ICS	247	(16,8)
Comisión de servicios-ICS	51	(3,5)
Fijo-ayuntamiento	24	(1,6)
No consta	269	(18,3)
<i>Especialidad</i>		
Medicina general	1.144	(77,7)
Medicina familiar y comunitaria	80	(5,4)
No consta	249	(16,9)

HCAP: historias clínicas de atención primaria; ABS: área básica de salud; CAP: centro de atención primaria; DE: desviación estándar; ICS: Institut Català de la Salut. HCAP: historias clínicas de atención primaria; ABS: Área Básica de Salud; CAP: centro de atención primaria; DE: desviación estándar.

Recogida de datos

La recogida de la información se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado, que era una adaptación para este estudio del utilizado en la auditoría interna y que constaba, básicamente, de dos grandes apartados. El primero de ellos correspondía a los datos sociodemográficos relacionados con el centro asistencial (identificación, ABS al que pertenece, número de profesionales y población de referencia), con el usuario (HCAP activa, edad y sexo del usuario) y con el médico de atención primaria (identificación, edad y sexo, número de población atendida, número de población asignada, situación laboral y especialidad de medicina familiar y comunitaria). El segundo apartado, referido a los datos de interés sanitario, incluía el registro de la presión arterial, del colesterol plasmático, del consumo de tabaco y de alcohol, y el índice de masa corporal (IMC).

El cuestionario no era muy exhaustivo y recogía solamente la información que previamente se había considerado necesaria para alcanzar los objetivos del estudio. En él se recogían los criterios de RMDS de la HCAP definidos *a priori* por consenso de un grupo de profesionales de la DAP de Granollers de acuerdo con su experiencia y con las recomendaciones hechas por el Pla de Salut de Catalunya⁶⁻⁸ y por las diferentes sociedades científicas^{9,10}. Dicho grupo de profesionales estaba formado por personal tanto sanitario (médicos de cabecera y enfermeras) como no sanitario (auxiliares administrativos de las unidades de admisión y atención al usuario).

Tras varias reuniones de trabajo, se acordó considerar el RMDS adecuado cuando en la HCAP se encontraban registrados de forma conjunta todos los siguientes criterios: *a*) las cifras de presión arterial; *b*) la cifra de colesterol; *c*) el consumo de alcohol; *d*) el consumo de tabaco, y *e*) el IMC. En el caso de que una HCAP no tuviera registrado alguno de estos criterios se consideraba que no cumplía el RMDS.

Toda la información se obtuvo por los propios profesionales, después de ser entrenados para ello en varias reuniones de grupo y crear un manual de procedimientos del auditor de HCAP, con el objetivo de homogeneizar al máximo los criterios subjetivos y mejorar la consistencia de los datos.

Análisis estadístico

Los datos fueron almacenados en una base de datos creada con el programa EpiInfo 6.0 y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 9.0 para Windows 95. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de la ji al cuadrado sobre tablas de contingencia como método para el contraste de la hipótesis de independencia entre dos variables categóricas. En ningún análisis el número de casos esperados fue inferior a 5 en más de un 20% de las casillas de la tabla, por lo que no fue necesario sustituir dicha prueba por la prueba exacta de Fisher¹¹. Los IC del 95% para las proporciones se calcularon mediante el método exacto¹².

Los análisis ajustados (multivariantes) se efectuaron mediante regresión logística incondicional¹³ y se utilizó la *odds ratio* (OR) como medida de asociación entre los diversos factores (relacionados principalmente con el centro asistencial, el usuario y el médico de atención primaria) y el RMDS de las HCAP. Se introdujeron en el análisis multivariante definitivo las variables que habían demostrado tener asociación en el análisis bivariante después de estudiar los sesgos por colinealidad entre las mismas.

Resultados

Se evaluó un total de 1.473 HCAP. En la tabla 1 se exponen las características generales evaluadas en cada una de las HCAP por lo que respecta al ABS y al centro de atención primaria (CAP); al usuario, y al médico de atención primaria. Las HCAP pertenecían a ocho ABS de la Dirección de Atención Primaria de Granollers. Una tercera parte de las HCAP evaluadas fueron de ABS que tenían una plantilla compuesta por 12 médicos de atención primaria (20,7%) o por 11 (10,9%). Un 70,2% de las HCAP eran de un CAP con una población adscrita de 10.000 o más habitantes. Los usuarios de las HCAP evaluadas tenían una media de edad de $46,4 \pm 20,1$ años, el 52,3% era de sexo femenino y el 71,3% había tenido al menos un registro en su HCAP durante el último año. Los médicos de atención primaria de las HCAP evaluadas tenían una media de edad de $42,5 \pm 7,1$ años, el 26,9% eran mujeres, el 65,0% tenía una situación laboral estable y solamente un 5,4% tenía la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

En conjunto, solamente un 18,3% (IC del 95%: 16,3-20,3%) de las HCAP evaluadas cumplían los criterios de RMDS (tabla 2). Las cifras de la presión arterial constituyeron la información más registrada (57,3%) y el IMC la que menos (39,8%).

En la tabla 3 se expone el RMDS de las HCAP según las diferentes características generales evaluadas. La proporción de HCAP con el RMDS fue superior de forma estadísticamente significativa en relación con el ABS de procedencia; el número de médicos del ABS; el tamaño de la población adscrita al CAP; la edad y el sexo del usuario; tener al menos un registro durante el último año en la HCAP, y la edad, el sexo y la especialidad del médico de atención primaria que cumplimenta la HCAP. Las ABS con 11 médicos de plantilla tuvieron más HCAP con el RMDS que las que tenían 7 médicos (el 35,6 frente al 10,0%; $p < 0,001$). Los usuarios con ≥ 65 años de edad tuvieron las HCAP con mejor

TABLA 2

Evaluación de los criterios de registro mínimo de datos sanitarios de la HCAP

	n	(%)
Registro de la cifra de la presión arterial		
No	629	(42,7)
Sí	844	(57,3)
Registro de la cifra de colesterol		
No	743	(50,4)
Sí	730	(49,6)
Registro del consumo de alcohol		
No	891	(60,5)
Sí	582	(39,5)
Registro del consumo de tabaco		
No	754	(51,2)
Sí	719	(48,8)
Registro del índice de masa corporal		
No	887	(60,2)
Sí	586	(39,8)
Registro mínimo de datos sanitario		
Negativo	1.204	(81,7)
Positivo	269	(18,3)

HCAP: historias clínicas de atención primaria.

RMDS que los de edades inferiores (el 28,9 frente al 22,4 y el 11,5%; $p < 0,001$). Las HCAP de los usuarios mujeres obtuvieron mejor RMDS que las de los hombres (el 20,9 frente al 15,4%; $p < 0,001$). Los usuarios que tenían al menos un registro en su HCAP durante el último año presentaron una HCAP con mejor RMDS que los que tenían registros en años anteriores (el 22,1 frente al 8,7%; $p < 0,001$). Los médicos de atención primaria de sexo femenino cumplimentaron las HCAP con mejor RMDS que los de sexo masculino (el 25,3 frente al 15,5%; $p < 0,001$). Los médicos con la especialidad de medicina familiar y comunitaria cumplimentaron las HCAP con mejor RMDS que los de medicina general (el 32,5 frente al 17,7%; $p < 0,001$).

En la tabla 4 se puede observar el modelo multivariante finalmente obtenido para las HCAP con RMDS. De todas las variables incluidas solamente resultaron ser factores independientes asociados con las HCAP con RMDS los siguientes cinco: el número de médicos de atención primaria del ABS; el sexo del usuario; la edad del usuario; el año del último registro a la HCAP, y el sexo del médico de atención primaria. Al ajustar por otras variables, la probabilidad de tener una HCAP con el RMDS aumentaba con el número de médicos de atención primaria del ABS, concretamente un 10% por cada médico más. Las HCAP de usuarios mujeres tuvieron un 17% más de riesgo de tener una HCAP con RMDS que las de los usuarios varones. Por cada año que aumentaba la edad del usuario de la HCAP aumentaba un 2,4% el riesgo de tener una HCAP con RMDS. Las

TABLA 3**Características de los centros de salud
Registro mínimo de datos sanitarios de la HCAP según las diferentes características generales estudiadas**

	HCAP con registro completo n (%)	HCAP con registro incompleto n (%)	p
Relacionadas con el centro asistencial			
ABS			
ABS-A	21 (13,0)	140 (87,0)	
ABS-B	17 (12,7)	117 (87,3)	
ABS-C	40 (15,4)	219 (84,6)	
ABS-D	57 (35,6)	103 (64,4)	
ABS-E	34 (19,9)	137 (80,1)	
ABS-F	30 (16,0)	158 (84,0)	
ABS-G	21 (10,0)	188 (90,0)	
ABS-H	49 (25,7)	142 (74,3)	< 0,001
Número de médicos de atención primaria del ABS			
7	21 (10,0)	188 (90,0)	
8	51 (14,6)	298 (85,4)	
10	89 (19,8)	361 (80,2)	
11	57 (35,6)	103 (64,4)	
12	51 (16,7)	254 (83,3)	< 0,001
Población adscrita al CAP (habitantes)			
≤ 4.999	9 (15,3)	50 (84,7)	
5.000-9.999	99 (26,1)	281 (73,9)	
≥ 10.000	161 (15,6)	873 (84,4)	< 0,001
Relacionadas con el usuario			
Sexo			
Mujeres	161 (20,9)	610 (79,1)	
Varones	108 (15,4)	594 (84,6)	< 0,001
Edad (en años)			
15-44	89 (11,5)	684 (88,5)	
45-64	77 (22,4)	266 (77,6)	
≥ 65	103 (28,9)	254 (71,1)	< 0,001
Año del último registro a la HCAP			
1998	232 (22,1)	818 (77,9)	
1997-1996	37 (8,7)	386 (91,3)	< 0,001
Relacionadas con el médico de atención primaria			
Sexo			
Mujeres	100 (25,3)	296 (74,7)	
Varones	128 (15,5)	700 (84,5)	< 0,001
Edad (años)			
≤ 35	40 (27,0)	108 (73,0)	
36-49	166 (18,3)	740 (81,7)	
≤ 50	22 (13,0)	147 (87,0)	< 0,006
Situación laboral			
Fijo	173 (18,1)	784 (81,9)	
Interino	55 (22,3)	192 (77,7)	> 0,134
Especialidad			
Medicina general	202 (17,7)	942 (82,3)	
Medicina familiar y comunitaria	26 (32,5)	54 (67,5)	< 0,001

HCAP: historias clínicas de atención primaria; ABS: áreas básicas de salud.

TABLA 4**Ánalisis multivariante. Factores independientes asociados con el registro mínimo de datos sanitarios de la HCAP**

HCAP con registro completo	OR	IC del 95%
Número de médicos de atención primaria del ABS	1,10	(1,01-1,20)
Sexo del usuario		
Varones	1	
Mujeres	1,17	(1,01-1,36)
Edad del usuario	1,024	(1,02-1,03)
Año del último registro a la HCAP		
1996-1997	1	
1998	1,51	(1,23-1,85)
Sexo del médico de atención primaria		
Varones	1	
Mujeres	1,46	(1,24-1,71)

HCAP: historias clínicas de atención primaria.

HCAP que tenían al menos un registro durante el último año tenían 1,5 veces más riesgo de tener una HCAP con RMDS que las que tenían al menos un registro en años anteriores. Las HCAP cumplimentadas por médicos de atención primaria mujeres tenían un 46% más de riesgo de tener una HCAP con RMDS que las cumplimentadas por médicos varones.

Discusión**Limitaciones del diseño**

Hemos escogido un método fundamentado en el registro de cinco factores de riesgo considerados como básicos para evaluar la información de la HCAP. Por este procedimiento podemos estudiar la evolución del registro de las HCAP en el tiempo y proponer un método que sea, al mismo tiempo, válido y fácilmente reproducible en cualquier centro de salud. Este procedimiento no mide la calidad de las HCAP en su conjunto pero sí permite aproximarnos a la realidad y a las dificultades que nos encontramos actualmente con este sistema de registro en la práctica médica de la atención primaria.

En este estudio se ha trabajado con diferentes tipos de información (sociodemográfica, administrativa, sanitaria, etc.), obtenida a partir de las historias clínicas. La extracción de esta información es una actividad compleja de la investigación clínicopediátrica y requiere de frecuentes valoraciones subjetivas por parte del revisor¹⁴. En el diseño del cuestionario y la recogida de la información hemos intentado minimizar dicha dificultad y creemos que los resultados aquí descritos podrían ser generalizables a todas las HCAP de población adulta de los diferentes centros de atención primaria de nuestro entorno. Es decir, consideramos que los resultados son consistentes y que los centros no reformados



y las comarcas limítrofes con características sociodemográficas muy parecidas, podrían presentar un comportamiento de registro similar.

Es difícil establecer comparaciones con otros estudios realizados sobre este tema dada la diferente metodología empleada, la variedad en la manera de expresar los resultados (medias, proporción de casos que cumplen un determinado criterio, etc.), las diferencias existentes entre las muestras de HCAP estudiadas y la manera de recoger la información. De todas formas, creemos que es preferible cuantificar la proporción de HCAP que cumplen al mismo tiempo y de forma completa unos criterios mínimos fijados *a priori*, que cuantificar la proporción de HCAP que cumplen cada criterio individualmente, de forma separada. El primer tipo de evaluación (empleado en este estudio y en el de Clúa et al⁴), nos permite hacer una “evaluación integral” de cada HCAP (individuo), cosa que no nos permite hacer el segundo método de evaluación descrito (empleado en otros estudios y en los contratos programa anuales del Servicio Catalán de la Salud). Según nuestro criterio, es de poca utilidad, por ejemplo, decir que en una determinada área básica de salud el registro de los diferentes factores de riesgo en la HCAP de forma aislada es superior al 80%, si cuando se cuantifica la proporción de HCAP en las cuales se cumplen estos mismos criterios pero de forma completa, el registro es inferior al 25%.

De todos los indicadores posibles se ha utilizado un número reducido de factores de riesgo (presión arterial, colesterol, índice de masa corporal, tabaquismo y consumo de alcohol) y podemos echar en falta aspectos importantes como el registro de alergias y vacunación antitetánica. En cualquier caso, el conjunto básico ha sido definido de acuerdo con: el consenso de los propios profesionales de la atención primaria de la salud; las prioridades del Plan de Salud de Cataluña^{6,7}, y las diferentes recomendaciones de las sociedades científicas establecidas respecto a la idoneidad de cada actividad^{9,10}. Se ha dado más importancia a las actividades preventivas con el propósito de potenciar la mejora y la sistematización del registro de las mismas en la HCAP.

Tampoco se ha estudiado la influencia de otras variables que podrían ser relevantes sobre el RMDS como la satisfacción profesional, la participación de otros profesionales sanitarios en el registro de la HCAP, la existencia de guías de práctica médica, etc. La razones de esta omisión son que no se pueden inferir a partir de los datos de la auditoria de HCAP que se utilizó como fuente primaria y que precisan en algunos casos de cuestionarios específicos para su estudio.

Comparación con otros estudios

El RMDS, tal como ha sido medido en este estudio, representa una síntesis del grado de registro de factores de riesgo cuando se recogen de manera conjunta en una sola variable. El RMDS nos permite comparar el resultado que hemos obtenido en la DAP de Granollers en 1998 (18,3%) con el de otros estudios realizados anteriormente en nuestro entor-

Lo conocido sobre el tema

- La historia clínica de atención primaria ha sido muy útil en el proceso de reforma de la atención primaria.
- Las metodologías de evaluación de la información contenida en la historia clínica se fundamentan habitualmente en indicadores de registro de variables sociodemográficas y clínicas observadas de forma aislada.
- Determinadas características relacionadas con el paciente y el médico se asocian a registros más completos en la historia clínica.

Qué aporta este estudio

- La evaluación de la historia clínica aporta una información suplementaria cuando se lleva a cabo un análisis integral con la recogida de diversos indicadores al mismo tiempo.
- Existe todavía mucho margen de mejora en el registro de factores de riesgo. Sólo un 18% de las historias cumplen el criterio de registro mínimo de datos de interés sanitario.
- Los pacientes y los médicos de familia de sexo femenino se asocian habitualmente con registros más completos en la historia clínica.

no usando una metodología similar. En la DAP de Tortosa el año 1996 se observó una proporción similar (16,6%)⁴. De todas las variables analizadas en ambos estudios, solamente resultaron ser factores determinantes asociados con el RMDS de las HCAP las siguientes: el número de médicos de atención primaria del ABS; el sexo del usuario; la edad del usuario; el año del último registro en la HCAP, y el sexo del médico de atención primaria. Estos resultados también son similares a los hallados en el estudio anteriormente citado⁴, excepto por lo que hace referencia al número de médicos de atención primaria del ABS. Esta diferencia podría deberse a la diferente definición de los criterios de RMDS de la HCAP empleada, a las diferentes características generales de cada entorno geográfico y al tiempo transcurrido entre ambos estudios.

Llama la atención que en los seis años transcurridos entre ambas observaciones no se pone de manifiesto una gran diferencia de resultados. Sería de esperar que con los esfuerzos para extender la reforma de atención primaria a todas las regiones y la preparación más específica de nuestros profesionales (residentes y formación continuada) se obtuvieran unos resultados más favorables en el RMDS.

Sin embargo, no se puede pasar por alto que hay otros condicionantes muy importantes que pueden influir en el registro adecuado en las HCAP. Se debe de tomar en consideración otros aspectos para explicar por qué los profesionales de atención primaria no pueden dedicar mayor empeño en cuidar estos registros. La presión asistencial y el tiempo de consulta son asuntos muy debatidos que preocupan a los profesionales y que pueden tener repercusión sobre el RMDS. El registro de factores de riesgo surge a partir de la anamnesis del paciente enmarcado en el contexto de la consulta médica. Las actividades de medicina preventiva requieren de un tiempo y esfuerzo para los que los profesionales de atención primaria están particularmente preparados y entrenados. Sin embargo, el factor tiempo a menudo resulta un bien escaso en la práctica médica y, por tanto, un elemento limitante de ciertas actividades que influyen sobre el registro deseado en la HCAP.

Merece la pena destacar la diferencia que existe entre una prevalencia grande de RMDS y la calidad de las HCAP evaluadas. Se puede tener todos los factores de riesgo bien registrados en la HCAP sin que ello nos aporte toda la información sobre la pertinencia de dicha información. Las comisiones de expertos establecen unas recomendaciones explícitas sobre la idoneidad del registro de factores de riesgo según edad y presencia de enfermedad que deberían cumplirse para poder decir que la información es pertinente. El simple registro de un factor de riesgo en la HCAP no implica que dicho problema se encuentre bien controlado por el médico que atiende al paciente. Ambos aspectos están muy relacionados con la calidad en la asistencia y la práctica médica. Sin embargo, el presente estudio no pretende medir la calidad de la práctica médica, sino que propone un método simple por el que podemos aproximar qué información cabe esperar encontrar si nos acercamos a la protagonista de nuestros archivos centrales.

El estudio pone de manifiesto que las mujeres que acuden a la consulta de los centros de atención primaria reformados tienen, de forma estadísticamente significativa, el RMDS mejor que los varones. Las diferencias en el uso de servicios sanitarios y accesibilidad entre géneros están bien definidas y caracterizadas en otros estudios y ponen de manifiesto desigualdades en salud que se observan de manera constante^{15,16}. Se ha descrito que las mujeres que van a las consultas de atención primaria tienen consultas más largas que los varones¹⁷ y ello podría explicar el mejor registro sobre la base de que a más tiempo de visita también hay más oportunidad de registrar de forma adecuada los datos que se extraen en la misma. Las médicas presentan registros más completos de HCAP que los varones. El papel del género en la relación médico-paciente es un hecho muy bien estudiado y debatido por su importancia para comprender las características de la atención de los servicios sanitarios¹⁸. La diferente sensibilidad de las mujeres frente a los aspectos sociales, preventivos y humanistas de la atención al paciente^{19,20} permitiría explicar el sentido de estos resultados. Otros estudios destacan

que la duración media de las consultas es superior con las médicas¹⁷ y ello, junto con la orientación más biopsicosocial, parecería permitir una mayor recogida de información en la HCAP. Se estima que en el año 1998 el 39% de los médicos de atención primaria eran mujeres. En la DAP de Granollers, dicha proporción es actualmente del 27%²¹. Se calcula que esta proporción irá en aumento dado que el 80% de los estudiantes de las facultades de medicina son mujeres. Los cuidados preventivos en asociación a la mujer se han estudiado bien cuando se trata de problemas relacionados con su sexo (examen de mama, PAP, mamografía)²² y en menor medida cuando se trata de problemas de salud neutros respecto al sexo del paciente²³. Llama la atención que, si bien en el primer caso la asociación es bastante clara, muy pocos estudios apuntan también alguna relación entre las médicas y algunas actividades preventivas del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), como son la presión arterial, el consumo de alcohol y el de tabaco⁴. En este sentido, en nuestro estudio las médicas han obtenido una OR de 1,17 de obtener un registro completo de algunas actividades preventivas frente a los varones.

A mayor edad, los usuarios tienen RMDS más altos en su HCAP, probablemente debido a que el progresivo deterioro de la salud inherente al proceso de envejecimiento les obliga a demandar más servicios sanitarios²⁴ y, por consiguiente, tienen más oportunidades de que se les realicen unos mejores registros en su HCAP en comparación con los usuarios más jóvenes, que no frecuentan tanto los centros de salud. Los médicos que tienen la especialidad de medicina familiar y comunitaria tienen RMDS más completos en la HCAP. En este hecho debería influir la formación MIR, el perfil profesional y la mayor juventud de los mismos.

Aplicabilidad práctica

Los resultados de este estudio pueden aportar información de interés a los diferentes equipos de atención primaria (EAP), dada la actual implantación generalizada de la práctica de una auditoría anual de una muestra representativa de sus HCAP. Cabe remarcar que la práctica de una auditoría anual de las HCAP tiene su máxima utilidad y validez en el ámbito de cada EAP, puesto que cada EAP 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 llevadas a cabo anteriormente. El método descrito en este artículo para evaluar el registro de las historias clínicas tiene la ventaja de ser simple en su medición y coherente con la visión integral de la atención primaria. Además, el RMDS está sujeto a la acción directa de los profesionales y, por tanto, puede ser válido para fijar objetivos de mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

Agradecimiento

A todos los profesionales del CAP Granollers-Sur por su colaboración en la definición de los criterios del registro mínimo de da-

tos sanitarios de la HCAP. En especial al Dr. Josep Espinasa (coordinador del centro) y a las enfermeras Consuelo Albarrán y Anna Barceló.

Al Dr. Salvador Moix (director de la DAP de Granollers) por su autorización para la realización del estudio. Al Sr. Rodolfo Villena (jefe de la Unidad de Informática de la DAP) y a la Sra. Lali Forner (responsable de los Sistemas de Información de la DAP) por su colaboración e inestimable ayuda en la gestión de las bases de datos. Y a la Dra. Isabel Recasens, por sus comentarios y sugerencias a lo largo del estudio.

Bibliografía

1. Comisión para la Historia Clínica de la Asistencia Primaria. La Historia Clínica para la Asistencia Primaria. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1984.
2. Aula Atención Primaria. 1. Audit HCAP. Barcelona: Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, 1994.
3. Aula Atención Primaria. 2. Los sistemas de registro en la atención primaria. Barcelona: Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, 1995.
4. Clúa JL, Piñol JL, Pepió JM, Queralt ML. ¿Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria? Aten Primaria 1997; 20: 75-81.
5. Contrato de Compra de Servicios de Atención Primaria de Salud: 1996-1998. Barcelona: Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Centre, 1996.
6. Plan de Salud de Cataluña 1993-1995. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
7. Plan de Salud de Cataluña 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
8. Criterios comunes mínimos para la atención a problemas de salud (I). Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
9. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Evaluación 1995. Barcelona, 1996.
10. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services (2.^a ed.). Baltimore: William & Wilkins, 1996.
11. Everett BS. The analysis of contingency tables. Nueva York: Chapman and Hall, 1977.
12. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research (2.^a ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
13. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research: principles and quantitative methods. Belmont: Lifetime Learning Publications, 1982.
14. Feinstein AR, Pritchett JA. The epidemiology of cancer therapy. IV. The extraction of data from medical records. Arch Intern Med 1969; 23: 571-590.
15. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badía X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). J Epidemiol Community Health 1999; 53: 218-222.
16. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. J Family Practice 2000; 49: 147-152.
17. Meeuwesen L, Schaap C, Staak C. Verbal analysis of doctor-patient communication. Soc Sci Med 1991; 32: 1143-1150.
18. Delgado A. El papel del género en la relación médico-paciente. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1999; 6: 509-516.
19. Lorber J. What impact have women physicians had on women's health? J Am Med Womes Assoc 2000; 55: 13-15.
20. Maheux B, Dufort F, Geland F, Jacques A, Levesque A. Female medical practitioners. More preventive and patient oriented? Med Care 1990; 28: 87-92.
21. Valls C. La atención de género en la atención primaria. Quadern CAPS 1998; 27: 46-52.
22. Lurie N, Margolis K. Physician gender and screening. Editorial. J Gen Intern Med 1995; 10: 478-482.
23. Ely JW, Goerdt CJ, Bergus GR, West CP, Dawson JD, Doebbeling BN. The effect of physician characteristics on compliance with adult preventive care guidelines. Fam Med 1998; 30: 34-39.
24. Orueta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. The family characteristics of overusers of primary care health services. Aten Primaria 1993; 12: 92-94.