

Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria

J. Fusté^a, B. Bolíbar^b, A. Castillo^c, J. Coderch^d, I. Ruano^e y A. Sicras^f

Introducción

En los últimos años se ha estado planteando la necesidad y la factibilidad de implantar un conjunto mínimo básico de datos en atención primaria (CMBD-AP)¹⁻³, y se han elaborado propuestas concretas de definición^{4,5}. Sin embargo, aún no existe ninguna implantación de un CMBD-AP, dadas la falta de consenso en el modelo, las dificultades del registro de la morbilidad y la falta de soporte informático para obtener la información requerida en bastantes centros.

En el marco del Proyecto MPAR-5, que reúne a un conjunto de profesionales interesados en la mejora de los procesos de evaluación de resultados en la atención primaria, se constituyó un grupo de trabajo sobre CMBD-AP, cuya aportación en este contexto se consideró que debía centrarse principalmente en la clarificación del concepto⁶ y en la discusión del porqué y para qué de un CMBD-AP, como paso previo que condiciona la definición de los aspectos más técnicos como son las unidades de registro, las variables o el sistema de codificación. En este artículo se presentan las consideraciones y recomendaciones generales que han resultado de este trabajo.

¿Qué entendemos por CMBD-AP?

La definición del CMBD-AP se enmarca en el concepto general del resto de CMBD surgidos a partir de las experiencias de desarrollo de los sistemas de información sobre la actividad asistencial, iniciadas en el ámbito de la atención hospitalaria sobre la base de los datos del alta hospitalaria. Como conjunto mínimo básico, la definición del CMBD debe tener en cuenta que se trata de un conjunto restringido de datos, que deben ser datos básicos que sirvan para el máximo de finalidades posibles y que son de utilización compartida entre equipos profesionales, órganos de gestión y de planificación, grupos de investigación, etcétera.

Las características esenciales que definen el CMBD-AP son:

- Datos sobre las características demográficas, la morbilidad y los elementos que conforman el proceso asistencial de las personas atendidas en la atención primaria.
- Datos a recoger de forma sistemática.
- Homogeneidad en la definición de variables.

¿Para qué un CMBD-AP?

Disponer de una serie de datos homogéneos sobre las características de las personas atendidas, su morbilidad y el proceso asistencial en la atención primaria puede significar, como pasó en otras líneas de servicios, un gran avance en el conocimiento de los servicios que se dan y abrir un amplio abanico de posibles utilidades de esta información.

En función de las distintas finalidades, el CMBD-AP deberá tener unas u otras, o más o menos, variables. El balance entre las finalidades que se prioricen y el coste de obtención y tratamiento de los datos es el que deberá determinar el contenido. Con el fin de orientar la discusión sobre las finalidades del CMBD-AP, se han identi-

^aDivisió d'Atenció Primària. Servei Català de la Salut. Barcelona. España.

^bFundació Jordi Gol i Gurina. España.

^cConsorci Sanitari de Barcelona.

^dServeis de Salut Integrats Baix Empordà. España.

^eRegió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme. Servei Català de la Salut. España.

^fBadalona Gestió Assistencial, S.L. España.

Correspondencia:

Josep Fusté.

Divisió d'Atenció Primària. Servei Català de la Salut. Travessera de les Corts, 131-159. Edifici Olímpia. 08028 Barcelona. España.

Correo electrónico: jfuste@catsalut.net

Palabras clave: Información sanitaria. Atención primaria. Conjunto básico de datos.

LECTURA RÁPIDA

▼ La definición del CMBD-AP se enmarca en el concepto general del resto de CMBD.

▼ La definición del CMBD debe tener en cuenta que se trata de un conjunto restringido de datos, que deben ser básicos y que son de utilización compartida.

▼ Disponer de una serie de datos homogéneos sobre las características de las personas atendidas, su morbilidad y el proceso asistencial en la atención primaria abre un amplio abanico de posibles utilidades de esta información.

▼ Las utilidades principales de un CMBD-AP se relacionan con la planificación de salud y servicios, y su financiación, la gestión clínica, la evaluación de intervenciones, servicios y proveedores, y la investigación.



LECTURA RÁPIDA

▼ La unidad de registro de un CMBD es la variable respecto a la cual están referidas las otras que componen el CMBD-AP.

▼ Las opciones de unidad de registro más razonables son: paciente atendido, episodio de atención, visita y motivo de consulta.

▼ En la unidad paciente atendido, los registros del CMBD-AP serían cada uno de los pacientes atendidos por el equipo de atención primaria (EAP) en un período determinado.

▼ Sobre el concepto de episodio, el más apropiado es el episodio de atención, que se refiere al proceso de atención de una enfermedad o una demanda explícita realizada por el paciente

▼ La unidad de registro visita se refiere a cada uno de los contactos entre el usuario y el profesional del EAP.

▼ En la unidad de registro motivo de consulta, el CMBD-AP se estructuraría a partir de cada uno de los diferentes motivos de consulta de las distintas visitas.

ficado, como utilidades principales, las siguientes:

– *Planificación de salud y de servicios.* El CMBD-AP podría aportar información para identificar las necesidades de la población a partir de la morbilidad atendida (incidencia y prevalencia de enfermedades, perfiles de salud poblacionales, comorbilidad, identificación de grupos de especial interés, etc.) e información sobre la relación de la población con los servicios de atención primaria (población atendida, frecuentación, lugar de procedencia, utilización y acceso por determinados problemas de salud, etc.).

– *Financiación de los servicios.* En los últimos años, el desarrollo de los sistemas de pago en la atención sanitaria ha ido ligado a la incorporación de información sobre el tipo de pacientes y la casuística. La información disponible condiciona el sistema de pago. El CMBD-AP deberá proporcionar la información necesaria para desarrollar el sistema que se decida aplicar para la compra de servicios de atención primaria. El CMBD-AP podría facilitar información para establecer un sistema de financiación capitativo ajustado por riesgo, también teniendo en cuenta el grado de resolución (en función de las derivaciones o la utilización de otros recursos), o bien la actividad ajustada por casuística. Por otra parte, una utilidad del CMBD-AP también de interés para la financiación de los servicios es la identificación de los pacientes y la actividad realizada a cargo de terceros.

– *Gestión clínica.* Para la incorporación de criterios de efectividad y de coste de oportunidad en las decisiones clínicas, la información que relaciona las actuaciones (recursos utilizados y procedimientos) con los problemas de salud de la población es uno de los elementos necesarios. El CMBD-AP puede aportar este tipo de información, a partir de la cual se puede avanzar en herramientas de gestión clínica como el análisis de la variabilidad de la práctica clínica, la adecuación de la atención o el control de calidad respecto a pautas profesionales.

– *Evaluación de intervenciones.* La evaluación de las intervenciones definidas para el abordaje de los principales problemas de salud de las personas atendidas en la atención primaria, de acuerdo con los planes de

salud, se ha basado en la revisión de historias clínicas o la utilización de registros específicos. La definición de objetivos y el desarrollo de la evaluación están muy condicionados por la disponibilidad de la información necesaria. El CMBD-AP podría contribuir a facilitar estos procesos centrales de la política de salud, mediante la obtención sistemática de información sobre la población atendida y sobre determinadas intervenciones realizadas.

– *Evaluación de servicios y de proveedores.* El CMBD-AP puede proporcionar información de utilidad para medir el consumo de recursos, analizar la productividad de los servicios y de los proveedores, medir la actividad derivada y valorar la calidad respecto a estándares de servicios.

Por otra parte, en la evaluación comparativa de servicios y proveedores hace falta establecer medidas relativas y estandarizar a los pacientes, ajustando por sus características. El CMBD-AP puede ser una fuente de información para hacer este tratamiento.

– *Investigación.* Los distintos aspectos de interés mencionados anteriormente desde el punto de vista de la utilidad de la información generable por un CMBD-AP para la planificación, gestión y evaluación, también lo pueden ser para el realization de proyectos desde la perspectiva de la investigación, sobre todo para la investigación en servicios y políticas de salud y para la investigación epidemiológica.

Unidades de registro y análisis

Es necesario definir la unidad básica o unidades básicas de registro a partir de las cuales se estructurará la información contenida en el CMBD-AP. Por unidad de registro del CMBD-AP entendemos aquella variable respecto a la cual están referidas las otras que componen el CMBD-AP.

Cuanto más desagregada es la unidad, más se puede ir agregando en unidades superiores después, hasta obtener otros tipos de unidades que sean de interés para determinadas utilidades. Cuanto más desagregada es la unidad, más información y más complejidad hay en el sistema.

Las opciones más razonables son: paciente atendido, episodio de atención, visita y motivo de consulta.

En la unidad *paciente atendido*, los registros del CMBD-AP serían cada uno de los pacientes atendidos por el equipo de atención primaria (EAP) en un período determinado, tanto si son población asignada al EAP como si no.

Sobre el concepto de *episodio*, basado en la idea de la duración de un determinado proceso mórbido, se puede considerar diferentes tipos: episodio de enfermedad, episodio de malestar y episodio de atención⁷. Entre éstos, como unidad de registro de un sistema de información basado en el proceso asistencial, como es el CMBD, el más apropiado es el *episodio de atención*, que se refiere al proceso de atención de una enfermedad o una demanda explícita realizada por el paciente, que se inicia con el primer contacto con los servicios sanitarios y acaba con el último contacto relacionado con el episodio concreto. Los servicios sanitarios realizados al paciente que no implican la presencia de enfermedad o de síntomas,

como las actividades de prevención y seguimiento, también pueden ser incluidos dentro del concepto de episodio de atención.

El uso del episodio como unidad lleva implícitos conceptos como los de longitudinalidad del proceso de atención, seguimiento de los pacientes, resultado de la atención del problema de salud e interrelación entre las distintas fuentes de atención⁸, todos ellos coherentes con la concepción de la atención primaria de salud.

La unidad de registro *visita* se refiere a cada uno de los contactos entre el usuario y el profesional del EAP. Las visitas se caracterizan de acuerdo con el diagnóstico principal atendido y otras variables del paciente y del proceso.

En la unidad de registro *motivo de consulta*, el CMBD-AP se estructuraría a partir de cada uno de los diferentes motivos de consulta de las distintas visitas. El motivo de

LECTURA RÁPIDA

El CMBD-AP

probablemente deberá basarse en más de una unidad, adoptando una estructura funcional diseñada desde la perspectiva de bases de datos relacionales.

La unidad episodio de atención

combinada con la unidad paciente, es la que mejor se adecua a las utilidades potenciales identificadas para el CMBD-AP.

TABLA 1 Ventajas e inconvenientes de las diferentes unidades de registro

Unidad de registro	Ventajas	Inconvenientes
Paciente atendido	Volumen de registros más reducido Sencillez Permite obtener datos epidemiológicos y una visión directa de la complejidad del paciente y de las poblaciones Permite relacionar la utilización de recursos con la complejidad mórbida del paciente	No permite relacionar los episodios concretos con los recursos, ya que todos los datos están agregados por paciente
Episodio de atención	Visión coherente de la historia y del tratamiento del problema de salud Permite la obtención directa de datos epidemiológicos Relaciona directamente episodios y recursos Permite analizar las diferencias de actuación clínica o la aplicación de protocolos para la atención a problemas de salud	No permite obtener directamente el número de visitas Dificultad para relacionar los recursos con los episodios cuando no son episodios independientes Requiere la definición de criterios para acotar los episodios y para clasificar la comorbilidad y las complicaciones
Visita	Sencillez, adaptada a la mentalidad tradicional de registro de actividad Permite obtener información sobre los motivos de consulta atendidos Permite obtener información sobre los recursos relacionados con la visita y su agregación por paciente	No permite relacionar los recursos con los motivos de consulta No permite obtener datos epidemiológicos. Dependencia de la frecuentación (información sesgada de la morbilidad) Falta de sentido clínico de la información (fragmentación del proceso)
Motivo de consulta	Permite obtener información sobre los motivos de consulta atendidos y la relación con los recursos	Volumen de registros más grande Incremento de la carga de trabajo (posibilidad de diversos registros por visita) Se han de sumar los motivos de consulta con la misma fecha para obtener el número de visitas Dificultad para relacionar los recursos con un solo motivo de consulta de forma exclusiva No permite obtener datos epidemiológicos Dificultad de clasificar la comorbilidad Falta de sentido clínico de la información (fragmentación del proceso)

**TABLA
2****Variables del CMBD-AP según unidad de registro**

Tipo de datos	Paciente atendido	Episodio de atención	Visita	Motivo de consulta
Identificación del EAP		Unidad productiva de atención		
Identificación del paciente		Código de identificación personal (CIP)		
Características del paciente		Sexo		
		Fecha de nacimiento		
Lugar de residencia		Municipio de residencia		
Asignación de asistencia		Unidad productiva de asignación		
Financiamiento de la atención		Entidad financiadora de la atención		
Problemas de salud (codificados)	Episodios atendidos o motivos de consulta	Episodio	Motivos de consulta	Motivo de consulta
Procedimientos (codificados)	Procedimientos realizados o solicitados por el EAP para la atención del paciente	Procedimientos realizados o solicitados por el EAP para la atención del episodio	Procedimientos realizados o solicitados por el EAP en la visita	Procedimientos realizados o solicitados por el EAP para la atención del motivo de consulta
Derivaciones (codificadas según centros de derivación)	Derivaciones a otros centros para la atención del paciente	Derivaciones a otros centros para la atención del episodio	Derivaciones a otros centros generadas en la visita	Derivaciones a otros centros para la atención del motivo de consulta
Período de atención		Fecha de primera visita relacionada con el episodio (dentro del período de estudio)		
		Episodio nuevo o antiguo (abierto antes del período de estudio)		
		Fecha de la última visita relacionada con el episodio (dentro del período de estudio)		Fecha de la visita
Número de visitas durante el período de estudio	Número de visitas del paciente	Número de visitas relacionadas con el episodio		Fecha de la visita
Lugar de atención y número de visitas según lugar de atención durante el período de estudio	Número de visitas del paciente en el centro Número de visitas del paciente en el domicilio Número de visitas del paciente en otros lugares	Número de visitas relacionadas con el episodio en el centro Número de visitas relacionadas con el episodio en el domicilio Número de visitas relacionadas con el episodio en otros lugares		Lugar de la atención de la visita (centro, domicilio, otros)
Tipo de profesional y número de visitas por tipo de profesional durante el período de estudio	Número de visitas médicas del paciente Número de visitas de enfermería del paciente	Número de visitas relacionadas con el episodio Número de visitas de enfermería relacionadas con el episodio		Tipo de profesional que realiza la visita (médico, de enfermería, otros)
	Número de visitas del paciente por otros profesionales	Número de visitas relacionadas con el episodio por otros profesionales		

LECTURA RÁPIDA

▼ Las variables a incluir en el CMBD-AP también están condicionadas por la unidad de registro escogida.

consulta es la unidad más desagregada y se refiere, por tanto, al diagnóstico, signo, síntoma u otros problemas clasificados según el profesional sanitario.

En la tabla 1 se intenta recoger las ventajas y los inconvenientes de las diferentes unidades de registro^{5,8,9-13}.

El CMBD-AP probablemente deberá basarse en más de una unidad, adoptando una estructura funcional diseñada desde la perspectiva de bases de datos relacionales. La unidad paciente con sus variables rela-

cionadas (edad, sexo, identificación del paciente personal [CIP], etc.) es bastante obvio que deberá existir, y parte de los datos relacionados podrían obtenerse y/o contrastarse con un registro central de asegurados o usuarios. La otra o las otras unidades básicas de registro son las que será preciso decidir.

Por otra parte, en la medida en que puedan agregarse los datos del paciente, el CMBD-AP permitirá trabajar con sistemas de clasificación que hacen servir la

**TABLA
3****Ventajas e inconvenientes de las clasificaciones CIAP-2 y CIE-9-MC para el sistema de codificación del CMBD-AP**

Clasificación	Ventajas	Inconvenientes
CIAP-2	Más utilizada y cercana a los profesionales de atención primaria Menor volumen de rúbricas Estructura adaptada al proceso de atención	Poco específica para algunos diagnósticos Dificultades de conversión a la CIE-9 (más facilidad con la CIE-10)
CIE-9-MC	De referencia general y utilizada en los otros CMBD Permite la codificación de prácticamente todos los casos atendidos Utilizada directamente por la mayoría de los sistemas de clasificación de pacientes	Mayor volumen de rúbricas Estructura menos adaptada a la atención primaria

unidad paciente para analizar la utilización y la distribución de recursos^{5,8}.

Como síntesis, según la opinión del grupo de trabajo, la unidad episodio de atención, combinada con la unidad paciente, es la que mejor se adapta a las utilidades potenciales identificadas para el CMBD-AP y, por lo que se refiere a la factibilidad de obtener la información y tratarla de acuerdo con esta unidad de registro, los condicionantes principales tienen soluciones técnicas posibles y su utilización no representa un incremento de trabajo respecto a las otras unidades.

Variables del CMBD-AP

Los datos que debe contener el CMBD-AP, de acuerdo con los tres grandes ámbitos de información definidos (características de la población atendida, problemas de salud y proceso de atención), pueden tener una relevancia diferente en función de cada una de las utilidades potenciales del CMBD-AP. Esta relevancia, junto con el esfuerzo de obtener los datos, es la que debe ayudar a definir cuáles serán las variables que definitivamente incluya el CMBD-AP. Las variables a incluir en el CMBD-AP también están condicionadas por la unidad de registro escogida. En la tabla 2 se indican las variables concretas que serían pertinentes para los diferentes tipos de datos según las distintas unidades de registro.

Sistemas de codificación

En el ámbito de la atención primaria se han desarrollado sistemas específicos de codificación de problemas de salud, motivos de consulta y procedimientos a partir de la iniciativa de la organización WONCA. La versión última y más utilizada es la CIAP-2¹⁴, cuya versión informática

(<http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/down.html>) es la más actualizada.

Por lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la última versión definida de Clasificación Internacional de Enfermedades es la CIE-10¹⁵. Sin embargo, en nuestro entorno actualmente se está utilizando la CIE-9, y concretamente para la clasificación de la morbilidad atendida en el resto de CMBD se emplea la versión de la modificación clínica (CIE-9-MC).

La CIAP-2 incluye criterios para la conversión a la CIE-10, lo cual añade a la idoneidad de la CIAP para recoger la actividad de la atención primaria la posibilidad de una mayor especificidad, en caso de necesidad, mediante la utilización de la CIE-10. Por otra parte, la CIE-10 presenta ventajas evidentes, como permitir el intercambio de información con otros niveles asistenciales, y se plantea como una clara apuesta de futuro en el papel de la atención primaria en la articulación del sistema de salud¹⁶.

En la tabla 3 se presentan, desde la perspectiva del sistema de codificación necesario para el CMBD-AP, las ventajas e inconvenientes identificados con relación a las dos clasificaciones más utilizadas actualmente.

En el ejercicio de codificación en la atención primaria, dado el volumen de casos y la organización de los EAP, hay que tener en cuenta que es el propio profesional que presta la atención quien debe introducir el dato para registrar el código correspondiente. En este sentido, hay que desarrollar sistemas de ayuda que faciliten la correcta codificación, como son los diccionarios de búsqueda de códigos a partir de diversas posibles denominaciones, o los sistemas de «favoritos» sobre los códigos más frecuentes.

LECTURA RÁPIDA

▼ La CIAP-2 incluye criterios para la conversión a la CIE-10, lo cual añade a la idoneidad de la CIAP para recoger la actividad de la atención primaria la posibilidad de una mayor especificidad.

▼ La CIE-10 presenta ventajas evidentes, como permitir el intercambio de información con otros niveles asistenciales.

▼ La implementación del CMBD-AP tiene que planificarse con un horizonte a medio plazo y condicionado al ritmo de informatización de la atención primaria.



LECTURA RÁPIDA

▼ Respecto a la unidad de registro, la opción más adecuada sería la del episodio de atención, combinada con la del paciente.

▼ Sobre el sistema de codificación, mientras no se establezca un sistema unificado como será probablemente la CIE-10, se debería evaluar la calidad, la utilidad y la aplicabilidad de los dos sistemas más utilizados actualmente (CIAP-2 y CIE-9-MC), así como las posibilidades de conversión.

▼ El desarrollo del CMBD-AP debería llevarse a cabo en paralelo al proceso de extensión y revisión de los CMBD de otros ámbitos asistenciales.

Recomendaciones generales del grupo de trabajo

1. 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 y las empresas en el campo de los sistemas de información. La implementación del CMBD-AP tiene que planificarse con un horizonte a medio plazo y condicionado al ritmo de informatización de la atención primaria.
2. Hay que prever una fase de prueba piloto para evaluar la factibilidad de la obtención y tratamiento de los datos propuestos, detectar los problemas en la implementación del sistema y diseñar los mecanismos de validación.
3. Respecto a la unidad de registro, la opción más adecuada sería la del episodio de atención, combinada con la del paciente. Sería necesario incluir, en los criterios para la elaboración del CMBD-AP, las pautas para la definición y acotación temporal de los episodios de atención y la forma en que deberían considerarse los episodios relacionados en determinados casos de comorbilidad y complicaciones.
4. En cuanto a las variables que podría incluir el CMBD-AP, se han identificado las que tienen una mayor relevancia de cara a las utilidades del CMBD-AP:
 - Identificación del paciente.
 - Identificación del EAP que presta la asistencia.
 - Características del paciente (sexo, edad).
 - Lugar de residencia.
 - Identificación de la unidad de atención a la que está asignado el paciente.
 - Entidad financiadora de la atención.
 - Problema de salud.
 - Episodio nuevo o antiguo.
 - Número de visitas.
 - Procedimientos realizados.
 - Derivaciones a otros servicios.
5. Como otras variables posibles, que se consideran de menor relevancia pero cuya inclusión en el CMBD-AP habría que valorar en función del coste de obtención y tratamiento, se han identificado las siguientes:
 - Duración del período de atención (entre la primera visita y la última para el episodio).
 - Lugar de atención (centro, domicilio u otros) y número de visitas según el lugar de atención.
 - Tipo de profesionales que han intervenido y número de visitas por tipo de profesionales.
6. Sobre el sistema de codificación, mientras no se establezca un sistema unificado en la atención primaria y que sea común al resto de los servicios y con un grado de correspondencia y convertibilidad muy elevado, como será probablemente la CIE-10, se debería evaluar durante la fase de prueba piloto la calidad, la utilidad y la aplicabilidad de los dos sistemas más utilizados actualmente (CIAP-2 y CIE-9-MC), así como las posibilidades de conversión.
7. Los diccionarios informáticos de búsqueda de códigos a partir de diversas posibles denominaciones y que pueden incorporar las descripciones y códigos de los diferentes sistemas alternativos serán de gran utilidad para facilitar el ejercicio de codificación, para lo cual sería de interés impulsar su elaboración. Hace falta, no obstante, un control de calidad de estos diccionarios o ayudas a la codificación para homogeneizarlos al máximo y que no se produzcan diferencias sistemáticas debidas a éstos.
8. El desarrollo del CMBD-AP debería llevarse a cabo en paralelo al proceso de extensión y revisión de los CMBD de otros ámbitos asistenciales, con el fin de obtener de cada uno de ellos un subconjunto de datos comunes a partir de los cuales se podría construir una base de datos integrada con base poblacional, útil y necesaria para la planificación, la evaluación y el ajuste por riesgo en la financiación de los servicios con base capitativa.

Bibliografía

1. Pérez M, García P, Gérvás J. Conjunto mínimo básico de datos en Atención Primaria. Un estudio Delphi. Aten Primaria 1990;7:112-8.
2. Juncosa S, Carrillo E, Bolíbar 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. 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 [documento no publicado], 1999.
5. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskitza A, et al. La informatización de la atención primaria (yII). Aten Primaria 2000; 26:559-76.
6. Projecte MPAR-5. 13 propostes operatives sobre informació i avaluació en atenció primària. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina, 2001.
7. Rosell M, Bolíbar B, Juncosa S, Martínez C. Episodio: concepto y utilidad en la atención primaria. Aten Primaria 1995;16:633-40.
8. Juncosa S, Bolíbar B. Descripció, comportament, usos i metodologia d'utilització d'un sistema per mesurar la casuística en la nostra atenció primària: els Ambulatory Care Groups. Barcelona: Fundació Salut, Empresa i Economia, 1999.
9. García Olmos L. Estudios de morbilidad atendida en atención primaria: pacientes versus visitas. Gac Sanit 1991;5:34-8.
10. Bolíbar B, Carrillo E, García A, Juncosa S, Martínez C. Morbositat atesa en l'Atenció Primària. Informe del registre ANAC-II. Barcelona: Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària, 1996.
11. Palomo Cobos L, García Olmos L, Gérvás J, García Calleja A, López Ruiz A, Sánchez Rodríguez F. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. Aten Primaria 1997;19:469-76.
12. Palomo Cobos L, García Olmos L, Gérvás J, García Calleja A, López Ruiz A, Sánchez Rodríguez F. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (y II): utilización. Aten Primaria 1997;20:82-9.
13. Juncosa S, Bolíbar B, Roset M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos en atención primaria. Gac Sanit 1999;13:53-61.
14. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. Barcelona: Masson, 1999.
15. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
16. Juncosa S, Bolíbar B. Medir la morbilidad en atención primaria. Aten Primaria 2001;28: 602-7.