

DOCUMENTOS SEMFYC

La informatización de atención primaria (y II)

F.A. Alonso López (coordinador), C.J. Cristos, A. Brugos Larumbe, F. García Molina, L. Sánchez Perruca, A. Guijarro Eguskizaga, A. Ruiz Téllez, M. Medina Peralta y F.A. Alonso López

Palabras clave: Gestión; Informatización; Sistemas información.

Conjunto mínimo y básico de datos en atención primaria

A. Brugos Larumbe

Médico de Familia. Jefe de Sección de Sistemas de Información. DAP Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

El esfuerzo por racionalizar la utilización de los recursos sanitarios ha puesto en el primer plano conceptos como efectividad, eficiencia, medicina basada en la evidencia y equidad. La importancia concedida a estos elementos y la necesidad de valorar en qué medida las actuaciones del sistema sanitario se encaminan hacia ellos han llevado al creciente interés de los gestores sanitarios por disponer de sistemas de información que sean a la vez que válidos, fiables, factibles y aceptables por los profesionales implicados en la atención de los pacientes y en la recogida de datos. Por otro lado, los profesionales sanitarios reclaman un sistema de información que les permita tomar decisiones clínicas con la menor incertidumbre posible y que posibilite la continuidad de la atención de los pacientes en cualquiera de los puntos y niveles del sistema sanitario. Complementariamente, el sistema de información debe también servir de soporte a la investigación y docencia. En este contexto, en los últimos años se ha despertado un gran interés en definir el *conjunto mínimo de datos de uso común* en cada sistema sanitario que posibilite la información básica y útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión.

Datos frente a información

Es frecuente confundir los conceptos *datos* e *información*. Los primeros

son la contabilización de diferentes hechos o sucesos. El procesamiento de los datos y la construcción de indicadores válidos y fiables los hace inteligibles y permite obtener conocimiento de lo que sucede en una determinada situación. Este conocimiento es lo que definimos como *información*.

Un sistema de información sanitaria debe estar orientado a apoyar la consecución de los objetivos salud de las organizaciones sanitarias. Debe, por tanto, ser una herramienta que ayude a la toma de las mejores decisiones encaminadas a la mejora de la salud individual y colectiva; debe ayudar al uso racional de unos recursos necesariamente escasos; debe ser adecuado a las diferentes situaciones en que se prestan los servicios sanitarios; debe ser adecuado a la tecnología de la información disponible en cada momento; debe ser aceptable por los profesionales que recogen los datos; debe permitir la retroinformación de acuerdo con los diferentes intereses de los actores de la organización sanitaria; por último, un sistema de información debe ser económicamente factible, entendiendo este concepto no únicamente desde el punto de vista monetario, sino desde la valoración de los esfuerzos que deben llevarse a cabo para la recogida de los datos, la transmisión dentro del sistema, la elaboración y síntesis de información y la retroalimentación.

La medición del producto sanitario

Actualmente hay una alta conciencia del incremento incontrolado de los costes sanitarios. Los gestores, administradores y planificadores necesitan sistemas precisos que pronostiquen las necesidades presupuestarias^{1,2}, por lo que tienen especial interés en conocer y cuantificar

la producción de los servicios sanitarios.

Conocer el producto sanitario puede permitir el análisis de su adecuación a las necesidades de salud observadas en la población. Igualmente, posibilita el conocimiento de la eficiencia de los servicios sanitarios al permitir identificar el coste de cada unidad producida. Por último, nos permite analizar si el producto se ajusta al estándar de calidad deseable y si debemos tomar medidas de mejora.

Este interés de los gestores no es ajeno a los clínicos, que también desean conocer si sus esfuerzos asistenciales se orientan hacia los problemas de salud, y si las atenciones de los pacientes están dentro de niveles deseables de calidad. Podemos afirmar que la identificación y medición del producto sanitario tiene elementos de interés compartido por los distintos actores del sistema sanitario.

Pero nos encontramos ante un problema nada fácil. Diferentes autores han profundizado y reflexionado acerca de la intangibilidad del producto sanitario^{1,2}. La producción industrial es homogénea y fácilmente identificable, lo que permite su medición y cuantificación, así como la identificación de la calidad de cada unidad final de producida. En las empresas de servicios, como la sanitaria, el producto es básicamente intangible con importantes dificultades para su medición y cuantificación. Los servicios se realizan a medida de las necesidades de cada paciente, por lo que necesariamente serán heterogéneos y potencialmente de variedad ilimitada. La diversidad y la complejidad de las actividades potenciales que han de realizarse ante problemas de salud diferentes, de pacientes también diferentes, hacen difícil conceptualizar una metodología de medición de producto de las empresas sanitarias. Para complicar

un poco más nuestro análisis, debemos decir que nos encontramos en un escenario de gran incertidumbre donde el criterio profesional, en última instancia, decide las características del servicio-producto final que se ofrece al paciente, modulado por la presión que éste ejerce en el intento de lograr sus expectativas. La existencia de diferencias de estilo de práctica entre los profesionales conduce a una gran variabilidad en la utilización de recursos para enfrentar problemas de salud semejantes.

Aunque, como hemos dicho, se reconoce la intangibilidad de la producción de las empresas sanitarias, en las últimas décadas se ha venido configurando un marco conceptual para su medición y análisis, que ha posibilitado el desarrollo de diferentes experiencias de medición del producto sanitario. La mayoría de ellas se orientan a determinar el número y tipología de casos atendidos por un centro sanitario o profesional.

En la terminología anglosajona la casuística atendida se denomina case-mix. La diversas opciones de valoración del case-mix tratan de obtener un número lo más reducido posible de tipos de paciente que sean homogéneos en cuanto al consumo de recursos (interés de la gestión) y posean un significado reconocible por el clínico (interés de los profesionales sanitarios).

Las principales experiencias desarrolladas de medición de case-mix proceden del ámbito hospitalario; así, los *Diagnosis Related Groups* (DRG) son ampliamente utilizados en los hospitales españoles. Respecto a la atención ambulatoria, y en concreto en atención primaria, existe un escaso desarrollo de estos sistemas. Las especiales características de este tipo de atención hacen que sea difícil objetivar y delimitar con claridad los diferentes motivos de consulta y los distintos problemas o episodios por los que son atendidos los pacientes. En el paciente ambulatorio el proceso de atención es un continuo a lo largo de su biografía, entremezclándose episodios y problemas que frecuentemente son difíciles de delimitar por ser coincidentes en el tiempo y estar interrelacionados, y porque además frecuentemente es difícil identificar su inicio y final.

Aunque operativamente consideremos el inicio de un episodio, el primer contacto con los servicios sanita-

rios (episodio de atención), hay dificultades para la identificación del final. Frecuentemente el paciente no vuelve a revisión por haberse curado o por acudir a otro profesional o servicio sanitario, no informando de la resolución de su problema. Igualmente existen episodios que son crónicos y que tampoco ha de esperarse su final.

Dos modelos de medición case-mix

Ante la dificultad de identificar y delimitar los problemas y episodios atendidos, algunos autores han optado por definir la producción sanitaria en función de las actuaciones que se realizan a los pacientes (número de consultas, número de exploraciones especiales, derivaciones, etc.). Esta opción entraña menor dificultad, pero tiene el grave inconveniente de estar muy condicionada por las diferencias de estilo de práctica de cada profesional.

Resumiendo los diferentes sistemas de case-mix ambulatorio, podemos identificar dos tipos de enfoque³: a) sistemas basados en el proceso de atención: destacan los *Ambulatory Visit Groups* (AVG), *Ambulatory Patient Groups* (APG), *Products of Ambulatory Care* (PAC) y *Products Ambulatory Surgery* (PAS), y b) sistemas centrados en el paciente: se centran en los problemas de salud atendidos. Los *Ambulatory Care Groups* (ACG) son la propuesta más relevante de este grupo.

Los sistemas de medición basados en el proceso de atención, al centrarse en las actuaciones realizadas a cada paciente, reflejan de modo significativo las diferencias en la utilización de recursos y permiten buenas agrupaciones de pacientes en función de su coste asistencial. Esto los ha hecho de enorme interés para los gestores. Dado el papel de agente que adoptan los sanitarios (fundamentalmente médicos), decidiendo por los pacientes los recursos que deben consumir, estos sistemas presentan el inconveniente de ser muy sensibles a las variaciones en el estilo de práctica profesional. Si se utilizaran para la asignación de presupuestos prospectivos, podrían ser fuertemente inequitativos, al valorar como más compleja o costosa la casuística atendida por los centros o profesionales sanitarios que induzcan mayor consumo de recursos (mayor número de

consultas o mayor número y mayor complejidad en los procedimientos diagnóstico-terapéuticos), penalizando a los que tuvieran conductas menos agresivas y más racionalizadoras de los recursos.

Los sistemas de clasificación centrados en el paciente son más coherentes desde el punto de vista conceptual, puesto que enfocan su interés en los problemas de salud y en los episodios que presentan los pacientes, modulados por sus variables demográficas y agrupándolos posteriormente en función de los recursos utilizados. Este enfoque disminuye la influencia del estilo de práctica del profesional, permitiendo prever los recursos o actuaciones que debieran emplearse, en condiciones de buena práctica, en la atención de cada grupo homogéneo de pacientes. Esto los hace útiles para evaluar programas de mejora de la calidad, ya que posibilitan estimar la distancia entre lo que debiera haberse hecho a los pacientes y lo realmente realizado. Además, mantienen el interés para los gestores, ya que siguen teniendo un significativo poder explicativo de los recursos empleados, pero además despiertan el interés de los profesionales sanitarios, ya que tienen un significado clínico y posibilitan una medición del producto sanitario más equitativa al evitar, en gran medida, variaciones dependientes del estilo de práctica profesional.

En la mayoría de los sistemas de case-mix la capacidad de explicar la variabilidad de los recursos empleados en los pacientes no supera el 40-60%⁴⁻⁸ (tabla 1). Siempre queda un importante porcentaje de variabilidad no explicada que, con toda probabilidad, ha de relacionarse con diferencias en el estilo de práctica profesional.

Necesidad de un registro informático sistemático

Para la puesta en marcha de un sistema de medición de la casuística atendida, es necesario contar con un registro sistemático de los principales elementos que conforman el proceso asistencial, de tal forma que se posibilite la creación de bases de datos informatizadas que hagan posibles posteriores agrupaciones, creación de indicadores, análisis, etc. A nadie se le escapa los importantes costes administrativos que comporta la puesta en marcha y el funciona-

TABLA 1. Variabilidad de recursos explicada por diferentes sistemas de case-mix

Estudio	Ámbito	Tipo case-mix	Variabilidad explicada R ²
Weiner JP (Estados Unidos: CMP)	AP	ACG	0,50 (visitas)
Weiner JP (Estados Unidos: MCHP)	AP	ACG	0,44 (visitas)
Weiner JP (Estados Unidos: Maxicare)	AP	ACG	0,45 (visitas)
Weiner JP (Estados Unidos: HCHP)	AP	ACG	0,45 (visitas)
Carmona G (España)	AP	ACG	0,49 (visitas)
Hormigo A (España)	AP	ACG	0,20 (visitas)
España DUSOI	AP	DUSOI	0,38 (visitas)
España DUSOI-ACG	AP	DUSOI-ACG	0,51 (visitas)
Cowen M (Estados Unidos)	AP	CCHPR	0,42 (costes totales)
Tómas R (España)	A. hospital	DRG	0,33 (duración estancia)

AP: atención primaria; ACG: Ambulatory Care Groups; CMP: Columbia Medical Plan; MCHP: MedCenters Health Plan; HCHP: Harvard Community Health Plan; DUSOI: Duke Severity of Illness Scale, y CCHPR: Clinical Classification for Health Policy Research.

miento un sistema de registro de estas características.

En nuestro sistema sanitario, hasta el momento, únicamente ha sido posible establecer un sistema de medición de case-mix en los hospitales, posiblemente porque el número de pacientes es relativamente manejable, y que el proceso de atención está bien delimitado entre la fecha de ingreso y del alta. Estas circunstancias hacen que los costes administrativos sean aceptables, y como beneficio permiten mejorar la información de los costes del nivel asistencial que mayores preocupaciones presupuestarias suscita.

En la atención ambulatoria las dificultades son mayores, lo que ha podido impedir avanzar al mismo ritmo que en los hospitales. El número de eventos a informar es muy superior; la atención se presta con una gran dispersión geográfica y, además, el proceso de atención está menos definido en el tiempo, existiendo, como hemos dicho, mayores dificultades para acotar los problemas y episodios atendidos.

Posiblemente, por estas razones las experiencias de medición de case-mix ambulatoria se están desarrollando con mayor ritmo en sistemas sanitarios donde la financiación de los servicios o el pago a los profesionales se basa en el número de actos, visitas o actuaciones realizadas a cada paciente de modo individual, por lo que están obligados a disponer de un importante aparato administrativo-contable. Los costes administrativos de registro no serían razonables en un sistema nacional de salud, como el nuestro, que se basa en

el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos y en donde no se ve tan imprescindible el análisis individual de los costes de un paciente.

En el momento actual, el avance en la utilización de la historia clínica informatizada puede cambiar este escenario al minimizar el coste del acceso a la información de los procesos atendidos y las actuaciones realizadas. Con la informatización de la historia clínica es posible, en nuestro entorno, plantearse la puesta en marcha y desarrollo de sistemas de case-mix ambulatorio.

Necesidad de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD)

Para disponer de un sistema de medición de producto a lo largo de todo nuestro sistema sanitario, sería necesario consensuar un conjunto de datos básicos y obligados que aportara la información imprescindible para realizar la medición y permitiera la uniformidad entre los diferentes proveedores de servicios. Estos datos deberían ser consolidados en una base de datos, para posibilitar su análisis y posterior información a todo el sistema sanitario.

Las primeras iniciativas de ámbito ambulatorio de constituir un conjunto mínimo de datos básicos (CMBD, *Minimun Basic Data Set*) fueron estadounidenses y datan de comienzos de los años setenta⁹. En Europa se concretó una propuesta inicial de CMBD en los años ochenta por la Comisión Europea del programa AIM (*Advanced Informatics in Medi-*

ne)¹⁰. En nuestro país, recientemente el Ministerio de Sanidad y Consumo ha creado un grupo con la participación de las comunidades autónomas y asociaciones científicas que está trabajando en la elaboración de un CMBD para la atención primaria. Con este documento pretendemos aportar la reflexión inicial de un grupo de trabajo de la semFYC, ante un tema que va ha ser objeto de interés en los próximos años.

Aplicaciones de un CMBD

Son múltiples las aplicaciones y objetivos que puede plantearse cualquier sistema de información. En función de los objetivos, podrán definirse diferentes conjuntos de datos a informar. Enumeraremos las principales aplicaciones que se ha planteado en los sistemas de medición de producto sanitario:

– Mecanismos de reembolso: aunque en España las experiencias son muy limitadas, en muchos países desarrollados se están extendiendo estrategias de contratación o compra de servicios, que precisan mecanismos de reembolso eficientes y equitativos. Los sistemas de pago basados en el coste de los servicios ya prestados generan incentivos para actuaciones poco eficientes, al garantizar al centro sanitario su viabilidad financiera incluso aunque sea ineficiente e incluso despilfarrador. Actualmente, los gestores están interesados en sistemas de pago prospectivo que permitan un mayor control sobre qué servicios se prestan y cómo. El CMBD puede permitir medidas de case-mix para la implantación de financiación prospectiva.

– Planificación sanitaria: la información del case-mix permite predecir la demanda esperada de servicios y planificar los recursos y su ubicación. Un CMBD permite conocer la morbilidad atendida en términos de incidencia y prevalencia en las diferentes áreas geográficas y según variables demográficas.

– Evaluación de programas de salud: del desarrollo de programas de salud poblacionales cabe esperar efectos sobre el case-mix atendido en los centros de salud. Efectos sobre la morbilidad atendida, la gravedad o complejidad de los pacientes, etc.

– Control de calidad: podemos establecer múltiples modos de evaluar y monitorizar la calidad de los servi-

cios. Una manera es identificar cada uno de los productos sanitarios y comprobar si se han cumplido los requerimientos establecidos de calidad.

– Investigación: son necesarias medidas del producto sanitario para estudios analíticos de los modelos de utilización de recursos sanitarios. Errores en la especificación del producto sanitario pueden llevarnos a hacer inferencias erróneas. De igual manera, para la valoración de la efectividad de cada servicio-producto sanitario puede ser de gran interés la definición correcta del case-mix.

Requisitos que debe cumplir un CMBD

– Confidencialidad y seguridad: la existencias de bases de datos sanitarios centralizadas debe asegurar la imposibilidad de identificar a los pacientes y asegurar que su utilización es la adecuada al uso sanitario para el que fueron establecidas.

– Factibilidad y economía de esfuerzos: la información es muy costosa y supone grandes costes en el desarrollo y puesta en marcha de tecnología específica, esfuerzo para los que registran los datos y quienes los procesan. La puesta en marcha de un CMBD no debe suponer esfuerzo excepcional para los informadores. La informatización de la historia clínica minimiza este esfuerzo.

– Retroinformación: en función de los diferentes intereses, la información que surja de la explotación del CMBD debe llegar a los diferentes actores del sistema.

Especialmente aquellos que actúan como generadores de datos para el sistema deben percibir que sus esfuerzos se devuelven en forma de información útil.

– Aceptación: el bajo coste para el informante y la certeza del retorno de la información debe estimular la aceptación y buen funcionamiento del sistema de información.

Propuesta de CMBD: dos enfoques y objetivos

La información es muy costosa y no se puede caer en la tentación de recoger datos bajo la hipótesis de futuras utilidades. Como argumentan E. Carrillo et al¹¹, «es necesario definir los datos a recoger no sólo en términos de ítems, sino también, y sobre todo, en términos de las funciones

que éstos tendrán». Antes de definir un CMBD, será necesario definir los objetivos que se desean lograr y posteriormente concretar el conjunto de datos mínimos en función de estos fines.

Un CMBD contemplará únicamente los datos comunes y obligados que los diferentes usuarios manejan para satisfacer las funciones más esenciales de información. Cada usuario podrá aumentar su CMBD para usos particulares.

Planteamos dos propuestas de CMBD recogidas a partir de historias clínicas informatizadas dirigidas a dos usos y objetivos diferentes.

CMBD para usos epidemiológicos, de gestión, planificación e investigación

Objetivo

Definir un CMBD que posibilite un sistema de información normalizado y homogéneo para la atención primaria, que permita análisis epidemiológicos sistemáticos de la morbilidad atendida, así como de los recursos utilizados, y que posibilite una herramienta útil para la planificación y la gestión sanitarias.

CMBD para intercambio de información clínica

Objetivo

Definir la información necesaria y básica para asegurar la continuidad de la atención de los pacientes a lo largo de los servicios sanitarios.

CMBD para usos epidemiológicos, de gestión, planificación e investigación

1. Unidad de registro y unidad de análisis

El «contacto» como unidad de registro

Es necesario definir una unidad de registro que conlleve la obligación del envío de información a la a la base de datos del CMBD. Parece lo más operativo y sencillo definir como unidad de registro cualquier contacto con el paciente o personas allegadas que comporte un registro en la historia clínica.

Podemos diferenciar los conceptos visita y contacto o encuentro. En la mayoría de las ocasiones una visita comporta un único contacto con el paciente. Pero hay circunstancias en que se producen varios contactos muy próximos en el tiempo por un mismo motivo, que podrían unificarse en una sola visita. Por ejemplo, un médico atiende un dolor abdominal inespecífico a primera hora de la mañana. Una vez realizada la anamnesis y exploración, considera que el paciente debe quedar en observación en centro de salud o en el domicilio y ser valorado nuevamente en pocas horas. A media mañana lo valora nuevamente y decide que debe seguir en observación. A las 16 horas, en una tercera evaluación, decide enviarlo al hospital para descartar un abdomen quirúrgico. En este ejemplo podríamos considerar que ha habido 3 encuentros, pero los podríamos agrupar en una sola visita.

Si definimos el contacto como unidad básica de registro, se podrían agrupar posteriormente en visitas si el motivo del encuentro fuera el mismo y definiéramos un criterio de proximidad en el tiempo.

El «episodio de atención» como unidad de análisis

En nuestra opinión el episodio es una forma lógica de estructurar la información de los problemas de salud de nuestros pacientes, que posibilita una visión más clara de sus necesidades, facilita la definición de objetivos y actuaciones diagnóstico-terapéuticas, y como consecuencia facilita la distribución de responsabilidades y la cooperación interprofesional.

Debemos diferenciar el «episodio de enfermedad» del «episodio de atención». El primero comienza con el inicio de la enfermedad hasta su curación o fallecimiento del paciente. El episodio de atención se inicia cuando se produce el primer contacto del paciente con los servicios sanitarios con motivo de un episodio de enfermedad.

La WONCA en la CIAP-2¹² define como «episodio de atención» al «conjunto de una o más consultas y su relación con el curso de tiempo (transición), que se define por las razones de consulta, problemas de salud/diagnóstico y proceso de atención/intervenciones o procedimientos». Se refiere, por tanto, a la atención pres-

tada a un problema concreto de un paciente y es el único que puede ser operativo para su utilización como unidad de análisis de información.

La CIAP-2 puede ser una herramienta útil, ya que se ha diseñado con la doble intención de posibilitar su uso en la historia clínica informatizada y en la descripción de los episodios.

Datos a informar

Datos del paciente

Identificación del paciente

Para hacer un seguimiento de los problemas de un paciente, es necesario un código de identificación único del paciente que relacione los datos sucesivos que se vayan incorporando a la base de datos. Este código debe asegurar la confidencialidad, de tal manera que al ser introducido en la base de datos central debe someterse a una transformación segura que lo haga irreconocible.

Actualmente existe un código de identificación personal (CIP) que se conforma a partir de una combinación de las consonantes de los apellidos del paciente y la fecha de nacimiento. Este sistema, a nuestro juicio, presenta dos importantes inconvenientes:

– Posibilidad de duplicados: actualmente es relativamente frecuente que un paciente acuda al Registro Civil y cambie sus apellidos al adecuarlos a las diferentes lenguas existentes en España o los cambie de orden. En esta situación el CIP cambia generando duplicados en las bases de datos.

– Debilidad en la confidencialidad: los datos con los que se configura el CIP: nombre, apellidos y fecha de nacimiento, se solicitan a los ciudadanos por múltiples motivos, tanto desde entidades públicas como privadas. Esto conduce a que estos datos estén en un gran número de bases de datos, que utilizan múltiples usuarios públicos y privados y cualquier persona podría conformar el CIP de todas las personas registradas en estas bases de datos.

Estas razones nos hacen pensar que es necesario revisar el actual CIP y considerar un nuevo sistema de identificación codificada de los pacientes que asegure la no duplicidad y tenga mayor seguridad de confi-

dencialidad. Un número secuencial no relacionado con otros códigos o variables podría ser una alternativa.

Edad y género

Estas variables tienen un reconocido interés epidemiológico.

Datos de los servicios sanitarios informantes

– Identificación del centro y comunidad autónoma.

– Categoría del profesional informante: recogería la categoría profesional del que realiza la consulta. Los objetivos planteados no precisan de la identificación del profesional informante.

– Comunidad financiadora: la identificación de la comunidad que financia la prestación sanitaria del paciente puede tener interés para permitir en el futuro la facturación entre las diferentes comunidades autónomas.

– Entidad financiadora: identificará la entidad que da la cobertura a la prestación que se le realiza al paciente: servicios de salud públicos, compañías de seguro de accidentes de trabajo y tráfico, entidades colaboradoras concertadas, privados, etc.

Datos del encuentro

Fecha y lugar

Se especificará si es en el centro de salud o fuera de él.

Diagnósticos, problemas o motivos de consultas

Desde la perspectiva del episodio como forma de estructurar la información de los problemas por los que es atendido el paciente, no es estrictamente necesario reseñar cuál es el motivo principal del encuentro con el paciente, aunque puede ser una información a considerar.

Un CMBD podría informar de todos aquellos episodios en los que se haya producido una anotación en la historia clínica.

Como sistema de codificación, proponemos utilizar la CIAP-2, que permite identificar la razón de la consulta desde la perspectiva del paciente, los problemas formulados por el médico y el proceso de atención. Además la CIAP-2 ha establecido la correspondencia con CIE-10, lo que asegura en el futuro la comunicación

con todos los niveles del sistema sanitario.

Procedimientos significativos

La CIAP propone en sus componentes 2 al 6 los diferentes procedimientos que se realizan en la atención de los pacientes:

- Componente 2: procedimientos diagnósticos y preventivos.
- Componente 3: procedimientos terapéuticos.
- Componente 4: resultados de pruebas complementarias.
- Componente 5: procedimientos administrativos.
- Componente 6: derivación, seguimiento y otras razones de consulta.

Para la concreción inicial de un CMBD, proponemos informar una selección de los principales procedimientos diagnósticos y preventivos, los procedimientos terapéuticos y las derivaciones (componentes 2, 3 y 6).

Componente 2: procedimientos diagnósticos y preventivos¹²

- 30. Exploración médica/evaluación de salud/completa.
- 31. Exploración médica/evaluación de salud/parcial.
- 32. Pruebas de sensibilización.
- 33. Pruebas microbiológicas e inmunológicas.
- 34. Análisis de sangre.
- 35. Análisis de orina.
- 36. Análisis de heces.
- 37. Citología exfoliativa/histológica.
- 38. Otros análisis de laboratorio.
- 39. Pruebas de función física.
- 40. Endoscopia diagnóstica.
- 41. Radiología/imagen/diagnóstica.
- 42. Trazados eléctricos.
- 43. Otros procedimientos diagnósticos.
- 44. Inmunizaciones/medicamentos preventivos.
- 45. Observación/educación sanitaria/consejo/dieta.
- 46. Interconsulta con profesional de atención primaria.
- 47. Interconsulta con especialista.
- 48. Aclaración/discusión sobre razón de consulta/demanda.
- 49. Otros procedimientos preventivos.

Componente 3: procedimientos terapéuticos

- 50. Medicación/solicitud/prescripción/renovación/inyectables.

- 51. Incisión/drenaje/lavado/aspiración/eliminación de fluidos orgánicos (excluida cateterización, 53).
- 52. Escisión/remoción de tejidos/biopsia/destrucción/ desbridamiento/cauterización.
- 53. Instrumentación/cateterización/intubación/dilatación.
- 54. Inyección/infiltración local.
- 56. Vendaje/presión/compresión/taponamiento.
- 57. Medicina física/rehabilitación.
- 58. Consejo terapéutico/escucha terapéutica.
- 59. Otros procedimientos terapéuticos/cirugía menor NE.

Componente 6: derivaciones a otros niveles

Se debería informar de las derivaciones a hospital y a consultas especializadas (67).

NOTAS

CMBD para asegurar la continuidad de la atención

Datos a informar

1. Identificación del paciente.
2. Identificación del profesional que emite la información.
3. Identificación del profesional o servicio al que se dirige la información.
4. Alergias.
5. Problemas de salud activos: se definirá como problema todo factor de riesgo o circunstancia del paciente que convenga tener en cuenta por sus repercusiones para su salud. En este apartado se recogerán procesos patológicos, antecedentes, factores sociofamiliares, ambientales, hábitos o estilos de vida, o cualquier circunstancia que se asocie a mayores riesgos para el paciente.
6. Episodios de atención activos: se informarán aquellos episodios de atención que se mantengan activos.
7. Tratamiento actual crónico y agudo: se informarán los tratamientos farmacológicos, medidas higiénico-dietéticas u otros que siga el paciente.
8. Resultados de exploraciones complementarias relacionadas con episodios o problemas activos.
9. Motivo de la última consulta.
10. Observaciones: se debe establecer un espacio para observaciones o resumen de los problemas del paciente en formato de texto.

Bibliografía

1. Casas M. Los grupos relacionados con el diagnóstico: experiencia y perspectiva de utilización. Barcelona: Masson, 1991.
2. Hornbrook MC. Hospital case mix: its definition, measurement and use: part 1. The conceptual framework. *Med Care* 1982; 20: 1-43.
3. Prados Torres A. Sistemas de clasificación de pacientes en atención primaria. *El Médico* 1996; 24: 46-56.
4. Weiner JP, Starfield B, Steinwachs D, Mumford L. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. *Med Care* 1991; 29: 452-472.
5. Carmona G, Prados A, Sánchez Cantalejo E. Los grupos de atención ambulatoria. Resultados parciales del proyecto: «Evaluación del comportamiento de los grupos de atención ambulatoria en nuestro entorno de atención primaria». *Hospitalaria* 1997; 1: 40-45.
6. Hormigo A, García AJ, Martos F, García MC, Montesinos AC, Prados A. Evaluación retrospectiva del comportamiento de los grupos de cuidados ambulatorios en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998; 21: 36-42.
7. Martínez C, Juncosa S, Roset M. ¿Está relacionada la gravedad con la utilización de recursos? Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI). *Aten Primaria* 1998; 22: 285-292.
8. Cowen ME, Dusseau DJ, Toth BG, Guisinger C, Zodet MW, Shyr Y. Casemix adjustment of managed care claim data, using the clinical classification for health policy research method. *Med Care* 1998; 36: 1108-1113.
9. Jackson CB, Krueger DE, Densne PM. Ambulatory care medical record: uniforms minimum data set. *JAMA* 1975; 234: 1245-1247.
10. Hutchinson A. Designing European minimum data sets for ambulatory care. *Med Inform (Lond)* 1991; 16 (1): 2-7.
11. Carrillo E, Juncosa S, Bolíbar B, Parikh D, Hutchinson A, Fisher P. Conjuntos mínimos de datos en la atención ambulatoria. *Gac San* 1991; 26: 225-230.
12. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson, 1999.

Informatización del proceso asistencial de la atención primaria

A. Ruiz Téllez

Médico de Familia. Centro de Salud de Sansomendi.
Instituto @pCOM. Instituto para el Conocimiento Organización y Mejora de la Atención Primaria.

Introducción

En una organización compleja como la sanitaria, hablar de informatizar es hablar de un proyecto, no solamente de un programa informático, y no asumir esta realidad es sinónimo de fracaso.

Los centros de atención primaria están engarzados dentro de una organización de sistemas de los que no pueden abstraerse, siendo imperativo la interrelación de todos ellos de manera armónica.

La informatización puede mecanizar el caos o la más excelente de las organizaciones, pero ella, por sí misma, no sirve para cambiar la realidad. La alternativa la dará el conjunto que forman los servicios centrales, las gerencias de atención primaria, los profesionales de los centros y la opción que tomen: instalar un software o abordar un proyecto.

Condición fundamental para alcanzar el éxito es que el proyecto sea *digno, valioso y retador*, con una *misión externa* a la propia organización, o sea, situada en el paciente, en la sociedad a la que hay que responder por los recursos depositados.

Los grandes fracasos de las iniciativas de informatización en España se han forjado por olvidar esa condición de partida. La Administración ha realizado proyectos para sí misma, no para los profesionales y los ciudadanos, erigiéndose en guardián absoluto de la pureza. Se ha considerado que todo radica en poner un software, sin más, sin apasionar a los profesionales, sin mostrar ningún «valor añadido» para éstos y la población. Su visión del proyecto ha consistido y persiste en el empeño, en iniciativas de poder con el objeto de dominar la información, en función de registros de datos centralizados o, en los casos más graves, con la intención de centralizar toda la información clínica de los pacientes (Osabide de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud), sin haber reflexionado previamente sobre la relación entre beneficios y riesgos ante la toma de decisiones de ese calibre. Sin proyecto profesional, sin meta valiosa, como es la de *elevar la salud de la población*, la informatización se convierte en una desagradable experiencia, en la combustión (*burn-out*) de una generación de profesionales para la misma y en un impune despendio económico irresponsable, desgraciadamente nunca perseguido o castigado.