

Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012

M.^a de los Santos Ichaso Hernández-Rubio^a y Sandra García Armesto^{b,*}

^a Instituto de Información Sanitaria, Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España

^b Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios y Políticas de Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de marzo de 2011

Aceptado el 25 de agosto de 2011

On-line el 6 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Sistemas de información en atención primaria

Indicadores de atención primaria

Evaluación del desempeño de la atención primaria

Keywords:

Information systems in primary health care

Primary healthcare indicators

Primary healthcare performance assessment

R E S U M E N

Este artículo tiene un objetivo doble: en la primera parte nos proponemos ilustrar la experiencia internacional en la evaluación de la atención primaria utilizando tanto iniciativas de comparación multinacional como experiencias de evaluación nacional en países de nuestro entorno; en la segunda parte se describen los avances realizados hasta la fecha en la articulación del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) en España. La centralidad de la atención primaria en los discursos conceptuales que sustentan los trabajos de evaluación de los sistemas sanitarios tropieza con la realidad de la calidad y disponibilidad de los datos necesarios para construir indicadores relevantes. El escaso desarrollo de fuentes de datos sistemáticas y estandarizadas que recojan diagnósticos y documenten procesos y resultados intermedios de ámbito individual en la atención primaria es un problema en todos los países. También la necesidad de subsanar esta carencia se ha convertido en prioridad para la mayoría de los estados, especialmente en la última década. En España, el concepto de SIAP hace su aparición en 2003 y sus primeros datos se publican en 2006. Desde entonces se han ido incorporando diferentes elementos, contando con la implicación de todas las comunidades autónomas. Los aspectos recogidos en la actualidad se refieren a la población asignada, los recursos disponibles, el catálogo de centros asistenciales, la oferta de servicios y la actividad desarrollada. La construcción de una base de datos con información clínica constituye el siguiente elemento con que dotar a este sistema de información, en fase de implementación.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Indicators in primary care: reality or desire. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

The aim of this article is two-fold: firstly, to illustrate international experiences of assessing primary care performance by using examples of both cross-country comparisons and national assessment efforts and, secondly, to describe the progress achieved to date in the articulation of the Spanish Primary Care Information System. The central role assigned to primary care in conceptual frameworks clashes with the severe limitations in the quality and availability of the data required to construct the indicators. The lack of systematic and standardized databases covering diagnosis, procedures and intermediate results in individual patients is endemic across countries. Filling this gap has become a priority in most countries, especially during the last decade. In Spain, the concept of the Primary Care Information System appeared in 2003 and the first data/results were published in 2006. Since then, distinct elements have been progressively incorporated with the involvement of the various autonomous regions in Spain. Currently, the system includes various aspects such as the population assigned, the available resources, a national catalogue of primary care centers, and activity. The next challenge in this work in progress is to build a database of clinical information.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Permítasenos antes de entrar en materia encuadrar la perspectiva desde la que queremos abordar los indicadores en el ámbito de la atención primaria.

La atención primaria está orgánicamente integrada en un sistema destinado a cubrir las necesidades de salud de la población (mantenerse sano, recuperar la salud, vivir con la enfermedad y llegar al final de la vida en condiciones dignas) (fig. 1). La métrica

de su evaluación contempla el nivel de calidad (efectividad, seguridad y centralidad del paciente), la accesibilidad y el coste con que atiende estas necesidades de los individuos, valorando la eficiencia y la equidad con que funciona.

Lógicamente, los indicadores que permitan evaluarla deberán ser específicos, reflejando su aportación a la producción de salud (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad). Así, los resultados medidos habrán de serle atribuibles, y propios los procesos y estructuras valorados. Sin embargo, su naturaleza de primer punto de contacto y clave de la continuidad asistencial hace que, con frecuencia, los indicadores relevantes necesiten trascender hacia la interfase con otros dispositivos, midiendo el impacto y la calidad de la

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: sgarciaarm.iacs@aragon.es (S. García Armesto).

Puntos clave

En el campo de la evaluación de la atención primaria existe todavía una distancia importante entre los sistemas de indicadores consensuados (teoría) y el limitado sistema de indicadores factibles (práctica).

Es necesario introducir elementos nuevos en los sistemas de información que sustentan la atención primaria. Principales lagunas detectadas en la comparación internacional y en los países de nuestro entorno:

Continuidad de los cuidados: requiere interoperatividad real de los sistemas de información de los distintos ámbitos de atención que permita seguir al paciente individual en su interacción con el sistema de salud.

Calidad técnica (efectividad y seguridad) de los procesos asistenciales en atención primaria: requiere el registro sistemático, cronológico y codificado de diagnósticos, intervenciones y resultados intermedios.

La publicación temprana y sostenida de los limitados indicadores disponibles ha resultado útil allí donde se ha probado: funciona como un potente estímulo para mejorar los sistemas de información, refinar los indicadores y aprender a utilizarlos adecuadamente.

En España:

El desarrollo de un sistema de información de atención primaria (SIAP) priorizado, común del Sistema Nacional de Salud, homogéneo entre todas las comunidades autónomas, es una herramienta imprescindible para la visualización, el conocimiento y la mejora de la atención primaria en España.

A la disponibilidad actual de datos del SIAP (siempre mejorable) le falta un aspecto clave: cubrir la gran laguna de información existente en torno al proceso de atención. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), proyecto ya en marcha, pretende cubrir dicha laguna y dar respuesta a las demandas y necesidades de información.

La implicación de las diferentes administraciones sanitarias, principalmente de las comunidades autónomas, con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en un proyecto común, es crucial para la construcción de los distintos aspectos del SIAP.

atención primaria en interacción con la especializada y con los servicios comunitarios y sociales.

Más allá del consenso científico a la hora de elegir los indicadores (las medidas han de ser válidas y fiables), resulta imprescindible el acuerdo sobre su relevancia y la forma en que han de interpretarse entre aquellos que los proponen, quienes van a tomar decisiones basadas en ellos y los que son responsables de los procesos y resultados que miden.

Huyendo de discursos prescriptivos, este artículo pretende exponer los avances realizados en hacer operativa la evaluación estructurada y sostenida de la atención primaria y los factores que limitan este empeño. En la primera parte nos proponemos ilustrar las experiencias internacionales más relevantes; la segunda describe los avances realizados en la articulación del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) en España.

Experiencias internacionales: retos compartidos, lecciones aprendidas

El ámbito internacional nos ofrece experiencias de dos tipos: las centradas en la comparación entre países y las iniciativas de evaluación nacional del sistema sanitario en países de nuestro entorno.

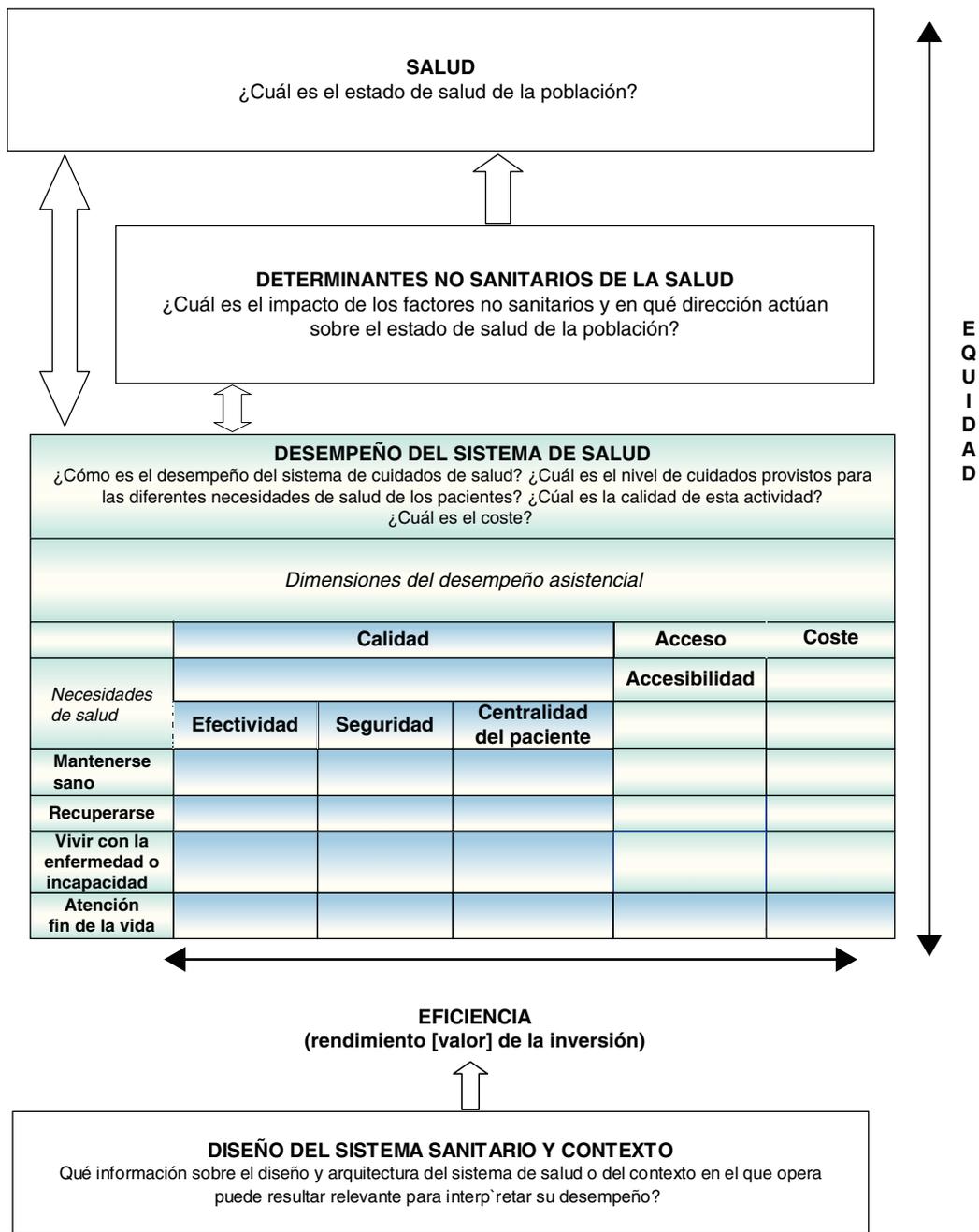
Los retos de la comparación internacional

Las iniciativas para producir anualmente estadísticas de salud armonizadas, y por tanto útiles para la comparación internacional, se remontan a principios de la década de 1980. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con Health Data¹ y el Health Care Quality Indicators Project², y la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la European Health for all Database (Hfa DB)³, fueron pioneras en esta línea. Más recientemente, también la Comisión Europea (CE), a través de Eurostat y de la Dirección General de Salud y Consumo (DG SANCO), se ha sumado al esfuerzo desarrollando el sistema europeo de indicadores de salud (ECHI)⁴ a partir, en gran medida, de la experiencia acumulada por las otras dos organizaciones y en estrecha colaboración con ellas.

La centralidad de la atención primaria en los discursos conceptuales que sustentan estos trabajos (véase el informe sobre la salud mundial publicado en 2008 por la OMS⁵) tropieza con la realidad de la calidad y la disponibilidad de los datos necesarios para construir indicadores relevantes^{6,7}. A esto se añade la diversidad entre países en la forma de organizar los cuidados de atención primaria (diferencias en actores y funciones), y en los lenguajes de codificación (CIE-9, CIE-10, ICPC1, ICPC2...), que hace compleja la estandarización⁸.

Considerables esfuerzos metodológicos han permitido homogeneizar a lo largo de los años las definiciones hasta hacer razonablemente comparables los indicadores relacionados con aspectos estructurales de la atención primaria (volumen y tipo de personal disponible por 1.000¹ o 100.000³ habitantes, dispositivos de atención primaria por 100.000 habitantes³) y comparar actividad/utilización (número de consultas anuales de médico de familia per cápita¹, tasas poblacionales de inmunización^{1,3,4}) o gasto anual¹ (gasto corriente e inversiones en atención en consultas externas no especializadas). Es difícil sostener que esta información baste para valorar la contribución de la atención primaria a la producción de salud del sistema sanitario. Se precisa información sobre la adecuación de los procesos asistenciales (en función de la situación de cada paciente y del momento en que se proporcionan) y los resultados obtenidos en términos de salud y experiencia del paciente individual según su perfil socioeconómico, para poder valorar la efectividad y, en fin, la calidad, o en términos poblacionales la equidad y la eficiencia del sistema.

Las organizaciones internacionales han recurrido a dos tipos de indicadores para evaluar y comparar la calidad de los cuidados de atención primaria de forma indirecta. Por un lado se ha tratado de aproximar la efectividad de la promoción de la salud y la prevención mediante tasas poblacionales de obesidad^{1,3,4}, tabaquismo^{1,3,4}, enfermedades prevenibles mediante vacunación (hepatitis, sarampión, rubéola, parotiditis, difteria) y abortos^{1,3,4}. Por otro lado, se ha tratado de medir la efectividad diagnóstica y de tratamiento calculando tasas poblacionales de ingresos potencialmente evitables por 100.000 habitantes. Desarrollados por la americana Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁹, estos indicadores han sido validados y adoptados en buen número de países, así como por la OCDE y la CE^{4,10}. Estas tasas se refieren a una serie de enfermedades crónicas cuyo buen manejo extra-hospitalario debería evitar las exacerbaciones que motivarían la hospitalización: ingresos por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión y complicaciones agudas de la diabetes están entre los más utilizados. La principal ventaja de estos indicadores es que se construyen a partir de bases de datos hospitalarias (como es el Conjunto Mínimo de Bases de Datos [CMBD] español). Se trata de fuentes de carácter administrativo altamente estandarizadas y disponibles desde hace años en todos los países. El inconveniente reside en que tales ingresos no son necesariamente atribuibles a la acción de la atención primaria, sino al dispositivo ambulatorio en su sentido más



Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Health Working Paper 23. Paris: OECD, 2006.

Figura 1. Marco conceptual de evaluación del desempeño. Modelo de evaluación de sistemas sanitarios OCDE, HCQI project 2006.

amplio. Por ello, suelen presentarse como indicadores del tratamiento ambulatorio de la enfermedad crónica antes que de la efectividad de la atención primaria.

Experiencias nacionales de evaluación

Volvamos ahora la vista hacia los esfuerzos realizados en los países de nuestro entorno para evaluar su sistema de atención primaria. El principal caballo de batalla en la mayoría de los países es la limitación de las fuentes de datos sistemáticas y estandarizadas que recojan información clínica relevante y permitan documentar procesos y resultados. Si bien en la última década se ha asistido a un avance considerable (en ocasiones sustentado por la

implantación de la historia clínica digital), el grado de desarrollo de estos sistemas de información es todavía desigual en los diversos países. Entre los pioneros cabe destacar las experiencias de Canadá y Reino Unido.

La estructura federal de Canadá condiciona un sistema de salud totalmente descentralizado hacia las provincias. El Canadian Institute for Health Information (CIHI) puso en marcha la estrategia nacional de evaluación del sistema de salud en el año 2000, que integraba un programa de información en atención primaria. En el periodo de consulta se seleccionaron 105 indicadores para valorar tres dimensiones: acceso (facilidad de cita, barreras lingüísticas, comunicación y adaptación a grupos vulnerables), buena práctica clínica (prácticas de excelencia para ciertas condiciones clínicas)

Tabla 1
Indicadores disponibles del conjunto de PHC indicators del Canadian Institute for Health Information

<p>Acceso Población adscrita a un proveedor regular de atención primaria Organizaciones de atención primaria que aceptan nuevos usuarios Dificultades en el acceso sistemático a la atención primaria Dificultades en el acceso a atención urgente o no urgente en horarios nocturnos o de fin de semana Cobertura de atención primaria fuera del horario habitual Dificultades en el acceso a información sobre atención primaria o consejo médico Dificultades lingüísticas en la comunicación con proveedores de atención primaria Programas especializados de atención a población vulnerable o con necesidades especiales</p> <p>Buena práctica clínica Inmunización contra la gripe en mayores de 65 años Cribado de cáncer de cérvix Cribado de riesgo de enfermedad Cribado de factores de riesgo modificables en adultos diabéticos Control glucémico en la diabetes Cribado de factores de riesgo modificables en adultos con enfermedad coronaria Monitorización de medicación antidepressiva Cribado de factores de riesgo modificables en adultos con hipertensión Control de presión arterial en la hipertensión Tratamiento de la dislipidemia Tratamiento de la depresión Hospitalizaciones evitables</p> <p>Organización y provisión de servicios Cartera de servicios Satisfacción de los usuarios con su proveedor de atención primaria Programas para la atención al enfermo crónico en atención primaria Participación del usuario en el plan de tratamiento Colaboración asistencial con otras organizaciones sanitarias Proveedores trabajando en redes/equipos asistenciales multidisciplinarios Registros de pacientes con enfermedades crónicas Uso de alertas y sistemas de farmacovigilancia Adopción de tecnología de telecomunicaciones en las organizaciones de atención primaria Gasto medio operacional per cápita Sistemas de remuneración de los proveedores de atención primaria</p>

y organización y provisión de servicios (amplitud de cartera de servicios, tecnologías de la información de apoyo, relaciones entre proveedores y gasto). En 2006 sólo 30 de estos indicadores contaban con fuentes de datos fiables^{11,12} (tabla 1). En algunos casos, las provincias y organizaciones locales contaban con sistemas de recogida de este tipo de datos, pero los estándares y el grado de implantación eran tan variados que no permitían la comparación nacional. Así, entre 2006 y 2008 se pusieron en marcha diversas iniciativas encaminadas a mejorar esta situación¹³. Hay varios elementos clave en esta experiencia:

- La necesidad de negociación para el consenso entre territorios y entre los diferentes actores en cada territorio.
- Una estrategia basada fundamentalmente en las bases de datos habituales introduciendo algunos elementos nuevos en los sistemas de información existentes.
- La publicación temprana de los indicadores funciona como palanca para el cambio, poniendo de manifiesto las lagunas del sistema de información y las líneas de acción a seguir.

El caso del National Health Service (NHS) británico ilustra otro tipo de estrategia. Se trata de la creación de un sistema de información *ex novo* alineado con los objetivos de una reforma. En 2004 se puso en marcha el programa Quality and Outcomes Framework como parte del nuevo contrato para los médicos generales. Se trata de un esquema de pago por objetivos (*pay for performance*) que introduce en los contratos incentivos económicos ligados a la adopción de ciertas prácticas basadas en la evidencia y a la consecución

Tabla 2
Dominios de evaluación en el QoF inglés (2009/10)

<p>Clínico: Tratamiento de las enfermedades crónicas más comunes 86 indicadores de proceso y resultado intermedio que cubren 20 áreas clínicas, incluyendo cardiovascular (coronaria, hipertensión, ictus...), respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica...), endocrinología (diabetes, hiper/hipotiroidismo...), cáncer, enfermedad mental y trastornos del comportamiento.</p> <p>Organizativo 36 indicadores que cubren 5 aspectos organizativos: registros e información, información al paciente, formación, manejo de consulta y manejo de fármacos.</p> <p>Experiencia del paciente 3 indicadores relacionados con los tiempos de espera y la experiencia del paciente.</p> <p>Servicios adicionales 9 indicadores relacionados con 4 áreas de servicio: cribado de cáncer de cérvix, seguimiento del niño sano, materno-infantil y contracepción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores pueden ser de cinco tipos: • Resultados de salud, donde el indicador mide directamente un resultado: mortalidad, morbilidad, calidad de vida... Por ejemplo: ausencia de crisis epiléptica en los últimos 12 meses. • Resultados intermedios, tales como dinteles de presión arterial, cifras de colesterol, hemoglobina glucosilada... • Procesos directamente ligados a resultados de salud, que miden intervenciones terapéuticas que se sabe que mejoran los resultados. Puede ser prescripción o intervención no farmacológica, incluyendo derivación a especialista para determinada intervención • Proceso: recuento de acciones puro, como monitorización de la presión arterial o revisión física en os diabéticos. • Registro: el indicador es la existencia de un registro clínico para determinado tipo de pacientes.

Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework>

de determinados resultados intermedios. Esta iniciativa es también peculiar en tanto que se origina con la voluntad política explícita de aumentar el gasto sanitario (considerado insuficiente por ser inferior a la media del entorno OCDE), ante la creciente percepción social de deficiencias en la calidad de los servicios prestados y la variabilidad injustificada entre proveedores¹⁴. Aunque se trata de un esquema voluntario, más del 99% de las organizaciones de primaria se adhieron.

El sistema de indicadores desarrollado para monitorizar el nuevo contrato incluye unas 130 medidas basadas en la evidencia o en el consenso de expertos. La mayoría de los indicadores se centran en aspectos clínicos, pero también contiene elementos organizativos y relacionados con la experiencia del paciente (tabla 2).

Sin entrar en el debate sobre la eficiencia de este método de mejora de la calidad asistencial (que requeriría otro artículo completo¹⁵), hay varios elementos interesantes para el tema que nos ocupa:

- Introduce un sistema de información específico (Quality Management Analysis System) basado en el registro voluntario de datos. Al estar ligado al sistema de pago, la modificación del comportamiento de los proveedores en cuanto al registro de datos es notable¹⁶.
- Los indicadores son accesibles al público y, aunque no parece que esta información influya en su elección de proveedor, sí tiene un efecto sobre las organizaciones de atención primaria que se comparan entre sí.

Construcción de un sistema de información de atención primaria del Sistema Nacional de Salud

Hasta hace unos años la atención primaria ha tenido escasa visibilidad dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), al no haber un sistema de información común que aglutinara los de las

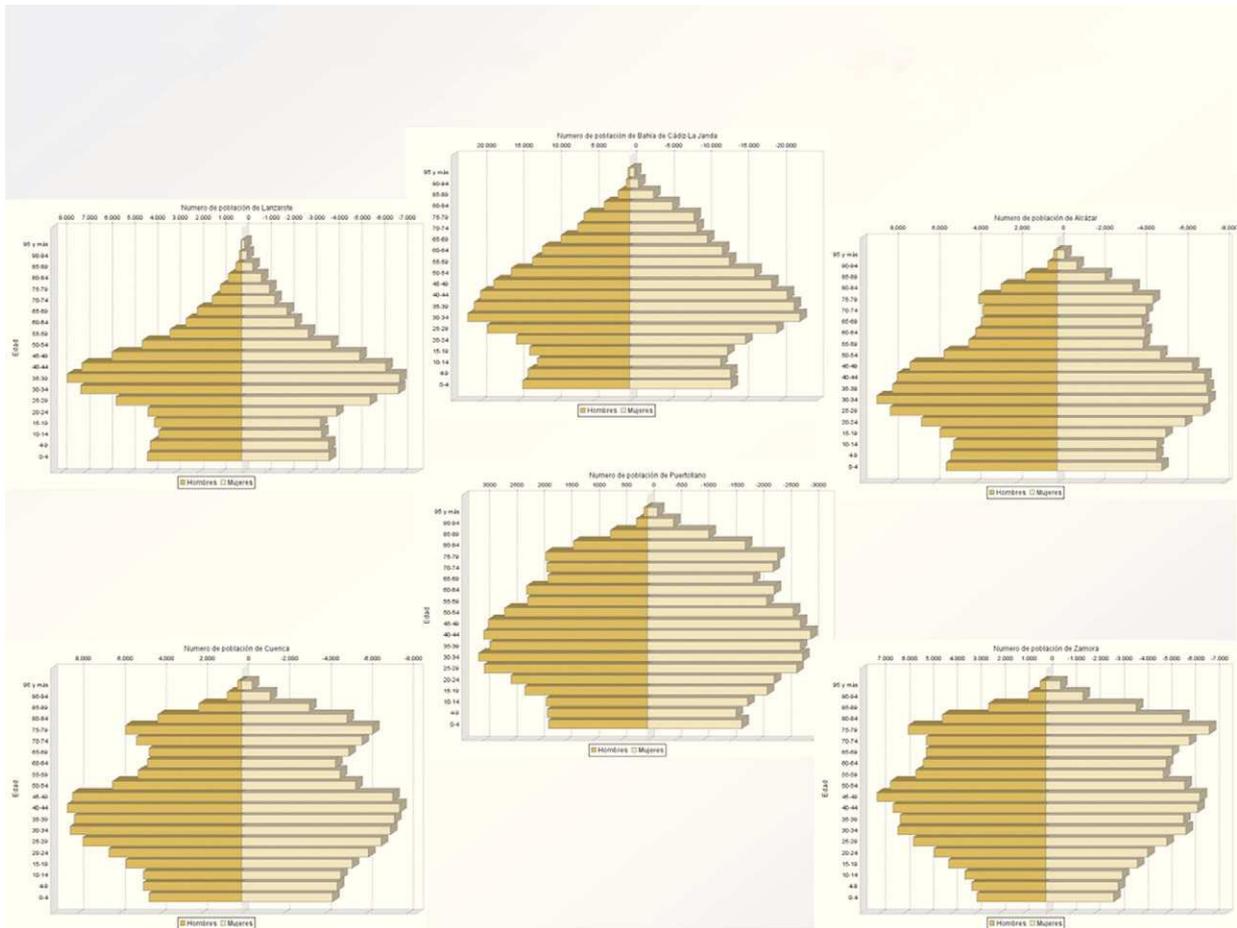


Figura 2. Ejemplo de variabilidad de la estructura demográfica de la población en diversas Áreas Sanitarias- BD de SIAP 2009. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

comunidades autónomas. Por ello, el desarrollo de dicho sistema y la obtención de indicadores comunes relevantes, fiables y útiles, se convirtió en una de las metas del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Sistema de Información de Atención Primaria^{a,17}

Este sistema se nutre de la gran cantidad de datos que registran los profesionales de atención primaria, de los cuadros de mando desarrollados por gestores y planificadores para la evaluación comparada de profesionales y centros sanitarios integrando indicadores en los pactos de gestión con los profesionales, y de los esfuerzos llevados a cabo por las administraciones sanitarias con el apoyo de las nuevas tecnologías de la información. Podemos decir, pues, que los ámbitos local y autonómico disponen de gran cantidad de información.

El conjunto del SNS, sin embargo, no disponía de información alguna procedente de fuentes oficiales y con criterios estandarizados. Por ello, en el sistema descentralizado español se hacía necesaria la integración de información priorizada en un sistema común, dotando de un marco de referencia nacional, aportando visibilidad al conjunto, que potenciara y ampliara las fronteras de la comparabilidad, y posibilitase su difusión internacional.

La creación en 2003 del Grupo de Trabajo del SIAP por la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS^b inicia este proceso, impulsado en 2005 por el Consejo Interterritorial del SNS. Esta necesidad enlaza también con poder disponer de algunos de los indicadores incluidos en el conjunto priorizado de indicadores clave del SNS^c, en las diversas estrategias en salud acordadas, en las estrategias en AP21, así como de compromisos internacionales (fundamentalmente los indicadores ECHI de la UE e indicadores de calidad de OCDE). Para ello se establece una estrategia de avance por fases sucesivas de complejidad, en un marco que abarca desde la población de referencia (población con tarjeta sanitaria individual) hasta los recursos existentes, la organización funcional, la oferta de servicios, la actividad desarrollada, la atención clínica y el coste generado por dicha atención. Como elemento central del proceso, además del consenso, la necesaria normalización técnica de criterios y estandarización de la nomenclatura.

Población con tarjeta sanitaria individual^d

Elemento básico en la atención primaria es partir del conocimiento de la cantidad, y las características de edad y sexo, de la población a atender. Permite comparar demográficamente cada área de salud, provincia y comunidad (fig. 2), y sirve de denominador para determinados indicadores (ratios, frecuentación. . .).

^b Órgano de participación de las comunidades autónomas, INGESA y Mutualidades del Estado, con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Instituto de Información Sanitaria.

^c <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS.DB.htm>

^d Disponible en: <http://pestatistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

^a Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Gráfico 2 - Síntesis recursos SNS -2010

Recursos estructurales			
Áreas de salud	Zonas básicas	Centros de salud	Consultorios locales
161	2.714	2.979	10.154
Profesionales			
Medicina de familia			
Total	Ratio	% mujeres	
28.461	1.398	48%	
Pediatria			
Total	Ratio	% mujeres	
6.325	1.037	66%	
Enfermería			
Total	Ratio	% mujeres	
28.970	1.606	77%	
Personal no sanitario			
Total psn	Ratio aux. Ad.	% mujeres	
21.149	3.045	67%	

Figura 3. Síntesis recursos SNS- 2010. Fuente: Sis tema de Información de Atención Primaria (SIAP). IIS. MSPSI.

Cabe mencionar que se ha culminado la incorporación de las bases de datos de tarjeta sanitaria individual de todas las comunidades autónomas a la «base de datos de población protegida del SNS». Aporta, entre otras utilidades, la identificación unívoca de todos los ciudadanos con derecho a la atención sanitaria mediante un código de identificación personal (CIP-SNS) supracomunitario, único y vitalicio. Ello hace posible, entre otras aplicaciones, el intercambio de información clínica digital en el SNS.

Recursos

El conocimiento de los recursos físicos (centros de salud y consultorios locales)^e permite, desde un punto de vista estadístico, conocer el grado de oferta y aproximarnos al nivel de dispersión de la población (proporción de consultorios locales respecto a centros de salud) según la ordenación sanitaria en zonas básicas de salud. La existencia de un Catálogo de centros^f, además de proporcionar su localización geográfica, permite visualizar el grado de accesibilidad física.

El uso de proporciones de población asignadas a diferentes profesionales (medicina de familia, pediatría, enfermería y auxiliar administrativo) permite valorar la evolución de los recursos disponibles y su adaptación a estándares de planificación establecidos (fig. 3).

Algunos profesionales, como los específicos de urgencias, entre otros, no están integrados en estadísticas comparativas, debido a la influencia de la diversidad organizativa existente. Se dispone por

ello de informes descriptivos, tanto de la organización funcional como de los recursos de cada comunidad^{g,h,i,j}.

Oferta de servicios

La oferta de servicios de atención primaria se entiende como el conjunto de:

- Cartera de servicios ofertada por atención primaria (CSAP).
- Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, realizados por atención primaria.
- Acceso a pruebas o procedimientos efectuados por el segundo nivel.

A estos efectos, se entiende por CSAP la concreción priorizada de servicios, expresamente organizada, sustentada documentalmente y con criterios de evaluación. El informe^k analiza pormenorizadamente los documentos en uso disponibles en cada comunidad autónoma, permite compartir los diversos modelos existentes y comparar las recomendaciones clínicas incluidas como criterios de calidad.

Tanto los procedimientos como el acceso a pruebas se exponen en un listado^l. No se dispone de un análisis de la extensión en su

^g <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urgencia.Extrahospitalaria.2010.pdf>

^h C:\Documents and Settings\michaso\Configuración local\Archivos temporales de Internet\Content.IE5\2FPSYJGC\Dispositivos.Urgencia.Extrahospitalaria.2010[1].zip

ⁱ <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cuidados.paliativos.2009.pdf>

^j C:\Documents and Settings\michaso\Configuración local\Archivos temporales de Internet\Content.IE5\61NQADX0\Dispositivos.Cuidados.paliativos.2009[1].zip

^k <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera.de.Servicios.de.Atencion.Primaria.2010.pdf>

^l <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Procedimientos.y.Acceso.Prueba.2010.pdf>

^e <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

^f <http://www.mspsi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

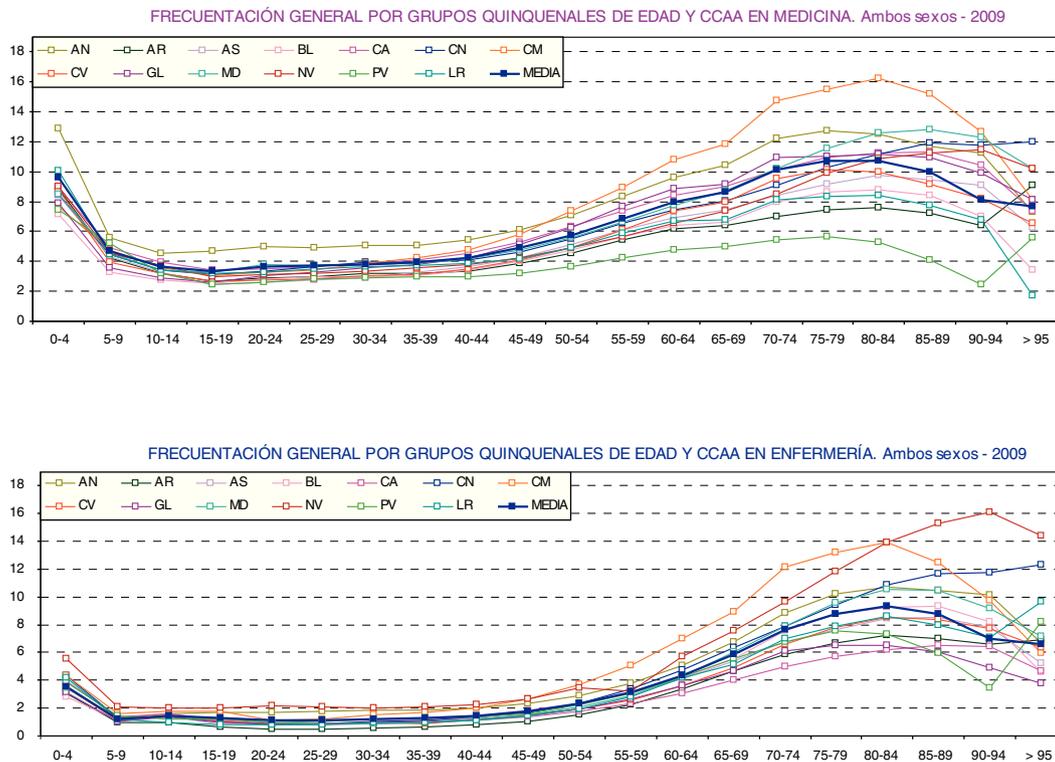


Figura 4. Frecuentación por grupos de edad y sexo, profesional y comunidad autónoma. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

uso, pues mientras algunos son realizados de forma generalizada por todos los centros, otros se llevan a cabo solo en algunos. E igual ocurre con ciertas pruebas.

Actividad asistencial^{m,n}

La cantidad de actividad que se desarrolla y el análisis del uso que de los servicios hacen los ciudadanos son elementos constantes en los debates, y objeto de estudio para la mejora de la planificación y la gestión. Entre los indicadores que pueden encontrarse y elaborarse con los datos recabados, en la **figura 4** se muestra uno de ellos, correspondiente al perfil de frecuentación de la población según grupos de edad.

Se están estableciendo ajustes de la población en función de su composición según edad y sexo (criterios aceptados unánimemente) para comparar mejor frecuentaciones entre diversas poblaciones, utilizando como estándar la población europea.

Están completándose datos de demanda de atención urgente, tanto procedente de atención primaria como de dispositivos específicos de emergencias (estructuras de gestión del 112/061), con fines similares.

Actuación clínica. Base de datos clínicos de atención primaria del SNS¹⁸⁻²⁴

Los objetivos principales de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del SNS son conocer el perfil de la morbilidad atendida de la población (y su análisis por edad y sexo), la prevalencia atendida de los diversos problemas de salud, la calidad y la variabilidad de la práctica clínica, una estimación de costes del proceso de atención y ciertos resultados intermedios en salud (**tabla 3**).

Pretende servir como patrón de referencia a administraciones y profesionales, ser útil para el análisis de gestión clínica y de calidad asistencial, la investigación epidemiológica y de servicios en

Tabla 3
Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) - Resumen

Concepto	
Conjunto de datos relacionados con la atención prestada en el primer nivel de atención, recogidos de un modo homogéneo y sistemático y con perspectiva histórica o temporal, que permita conocer el contenido efectivo de la atención a partir de las fuentes primaria, las historias clínicas utilizadas en atención primaria.	
Ideas clave	
-Base de datos: Poblacional Anónima Muestral Aleatoria	-Recaba datos sobre Características del usuario Morbilidad registrada Procedimientos diagnósticos Procedimientos terapéuticos Parámetros clínicos (resultados) Interconsultas -Prescripciones
Variables más importantes	
-Información general Comunidad Autónoma EAP origen de datos Pirámide poblacional asignada	-Procedimientos Código Fecha -Interconsultas Especialidad Fecha
-Usuarios: Código identificación Fecha nacimiento Sexo País de nacimiento Fecha defunción En estudio: otros aspectos	-Prescripción Código Nacional Códigos Conjuntos de intercambio Fecha -Resultados clínicos Valor del parámetro Fecha del resultado
-Episodios Código Fecha apertura Fecha cierre (si procede)	-Visitas Fecha

salud, etc. Ha de cubrir también la demanda de indicadores, tanto de instancias nacionales como internacionales.

Para todo ello, recabará datos sobre características básicas de los ciudadanos incluidos y aquellos relacionados con los problemas de salud por los que han sido atendidos (**tabla 4**).

^m :<http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe.de.Actividad.Ordinaria.Atencion.Primaria.2007-09.pdf>

ⁿ <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

Tabla 4
Tipo de información y de indicadores a obtener de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

<i>Morbilidad registrada, análisis por edad y sexo</i>
De un determinado problema de salud
Frecuencias absolutas, tasas, coberturas, perfiles de morbilidad
Coexistencia de dos o más problemas
<i>Utilización de procedimientos y pruebas</i>
Frecuencias absolutas, tasas, calidad de proceso (criterios seleccionados)
<i>Utilización de interconsultas</i>
Frecuencias absolutas, tasas, motivos. . .
<i>Utilización de fármacos</i>
Relación diagnóstico-terapéutica, relación con otros procedimientos, perfiles poblacionales (fármacos más prescritos por edad y sexo). . .
<i>Control de procesos crónicos/resultados intermedios</i>
Resultado de parámetros clínicos seleccionados, aplicación de criterios de «buen control»
<i>Análisis de costes</i>
Incluyendo para el cálculo procedimientos, interconsultas, prescripciones y visitas

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Proyecto BDCAP. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

Entre los retos para su construcción destaca el relacionado con la normalización, pues la coexistencia de diversas clasificaciones internacionales para la codificación de los episodios (CIAP1, CIAP2, CIE9-MC y CIE10) introduce no pocas dificultades. También se requiere el establecimiento de equivalencias en una terminología común (SNOMED-CT, *Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms*) de los sistemas de identificación/codificación, principalmente de procedimientos, pruebas e interconsultas, de cada comunidad autónoma.

Otras fuentes e indicadores

Hay otras fuentes de información que quizás no se consideren propiamente «de» atención primaria, pero sin duda son muy útiles «para» ella.

Haciendo una brevísima mención, pues su análisis no es objeto de este artículo y son de sobra conocidas sus fuentes y utilidades, cabe recordar la importancia de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (y de las encuestas autonómicas), la estadística de Defunciones Según Causa de Muerte²⁵, la estadística de Enfermedades de Declaración Obligatoria, el Registro de Altas de Hospitalización (CMBD)²⁶ y la opinión de los ciudadanos (Barómetro Sanitario y encuestas autonómicas).

Conclusiones

- En el ámbito internacional, el interés por incluir la atención primaria en el análisis comparativo de los sistemas sanitarios tropieza con la realidad de la falta de homogeneidad y disponibilidad de los datos necesarios para construir indicadores relevantes. La evaluación de la atención primaria requiere introducir elementos nuevos en los sistemas de información que la apoyan. Lagunas de información cruciales:
 - Continuidad de los cuidados: requiere interoperatividad de los sistemas de información de los distintos ámbitos de atención que permita seguir al paciente individual en sus interacciones con primaria, especializada, servicios sociales y comunitarios (identificador único del paciente).
 - Calidad técnica (efectividad y seguridad) de los procesos asistenciales en atención primaria, que requiere el registro sistemático y codificado de:
 - Diagnósticos (reflejando la secuencia temporal de aparición).
 - Intervenciones (consejo preventivo, derivación a grupos terapéuticos o de apoyo, prescripción farmacéutica,

derivación a especializada, servicios sociales, servicios comunitarios. . .).

- Resultados intermedios (resultado de pruebas diagnósticas, inclusión en protocolos basados en la evidencia. . .)
- El enfoque «enfermedad» en la evaluación de los cuidados sanitarios aparece en la mayoría de las iniciativas descritas en los diferentes países, reproduciendo la evolución de la interacción del paciente con los distintos dispositivos. Entre sus ventajas se encuentra que pone de lleno en valor la interfase entre dispositivos y por tanto la accesibilidad y la continuidad de los cuidados. Por otro lado, permite el desarrollo de rutas o vías clínicas más fáciles de evaluar, identificando directamente dónde es necesario intervenir o modificar procesos.
 - Tanto en los contextos multinacionales como en los nacionales, la publicación sistemática y temprana de la información disponible resulta útil como estímulo para mejorar el sistema de información, refinar los indicadores y aprender a utilizarlos adecuadamente:
 - Evidencia de forma palpable la distancia entre el sistema de indicadores consensuado (teoría) y el muy limitado sistema de indicadores factibles (práctica).
 - Permite la comparación, lo que aumenta el interés de los profesionales en la cantidad de información y la adecuación y utilidad de los indicadores que se usan para medir su actividad, especialmente cuando éstos tienen alguna repercusión en términos de imagen pública o de remuneración.
 - En España se dispone, en el ámbito autonómico, de gran cantidad de información sobre atención primaria, que no siempre se difunde ni es comparable, lo cual constituye una situación a revertir.
 - EL SIAP-SNS está cubriendo progresivamente en nuestro país las lagunas existentes de información, estandarizada y comparable, disponible sobre atención primaria. Su contenido actual abarca, principalmente, aspectos de estructura, recursos y actividad/utilización.
 - La incorporación de información clínica, con el desarrollo de la BDCAP, representa un paso decisivo en el empeño de disponer de información sobre la morbilidad atendida y los procesos de atención, su calidad y resultados intermedios.

Contribuciones de autoría

M.S. Ichaso ha contribuido redactando el caso español. S. García ha contribuido redactando el panorama internacional.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

La primera autora desea expresar su agradecimiento al grupo de trabajo del SIAP, a la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS y a los técnicos de las comunidades autónomas, por su trabajo e implicación en el desarrollo del SIAP.

Bibliografía

- www.oecd.org/health/healthdata, consultado en febrero de 2011.
- www.oecd.org/health/hcqi, consultado en febrero de 2011.
- <http://data.euro.who.int/hfad/>, consultado en febrero de 2011.
- <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index.en.htm>, consultado en febrero de 2011.

5. World Health Report 2008. Primary health care (now more than ever). Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Improving value in health care. Measuring quality. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2010. p. 38–44.
7. Veillard J, García Armesto S, Kadandale S, et al. International health system comparisons: from measurement challenge to management tool. En: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al., editores. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 641–72.
8. Lester H, Roland M. Performance measurement in primary care. En: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al., editores. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 371–405.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Disponible en: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/pqi/pqi_guide.v31.pdf.
10. Organisation for Economic Co-operation, Development. Health at a glance. Paris: OECD; 2009. 116–121.
11. Canadian Institute for Health Information. Pan-Canadian primary health care indicators report 1. Volume 1 and 2. Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
12. Canadian Institute for Health Information. Enhancing the primary health care data collection infrastructure in Canada. Report 2. Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
13. Canadian Institute for Health Information. Primary health care (PHC) chartbook: an illustrative example of using PHC data for indicator reporting. Ottawa: CIHI; 2008.
14. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the UK. *New Eng J Med.* 2004;351:1448–54.
15. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 Supl 1:143–55.
16. The NHS Information Centre, Prescribing and Primary Care Services. Quality and outcomes framework achievement data 2009/10. Disponible en: http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2009-10/QOF.Achievement.Prevalence.Bulletin.2009-10_v1.0.pdf.
17. Llor C, Tamborero G, Albert X, et al. Indicadores de evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. Documentos semFYC n° 19 Barcelona. 2002.
18. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gac Sanit.* 2009;23:29–37.
19. Vila A, Ansa X, Gómez A, et al. EQA-17: propuesta de un indicador sintético del producto de la atención primaria en mayores de 14 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:17–26.
20. Plaza A, Guarga A, Farrés J, et al. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria.* 2005;35:130–9.
21. Mena JM, Sánchez L, Cañada A, et al. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el Área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial.* 2006;21:238–46.
22. Fusté J, Bolívar B, Castillo J, et al. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2002;30:229–35.
23. Juncosa S, Bolívar B. Medir la morbilidad en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:602–7.
24. Alonso FA, Cristos CJ, Brugos A, et al. Conjunto mínimo y básico de datos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2000;26:559.
25. Vila A, Bria X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión.* 2001;3:134–41.
26. Gervas J, Caminal J, y participantes en el Seminario de Innovación 2006. Las hospitalizaciones por "ambulatory care sensitive conditions" (ACSC) desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:7–13.