

EDITORIAL**INFORMACION EN MEDICINA GENERAL****J. Gervas Camacho**

Escuela Nacional de Sanidad. Equipo CESCA. Madrid. Escuela de Salud Pública. Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EEUU).

INTRODUCCION

La información sanitaria debe facilitar la elección entre diversas alternativas en clínica, en gestión y/o en política sanitaria ¹. Pero muchas veces la información crece como un cáncer que se fundamenta y se centra en la supervivencia y el poder de las instituciones o en la justificación burocrática de las mismas ^{2,3}. Los dos artículos que se incluyen en este número sirven de claro ejemplo acerca de la necesidad de evaluar la validez y la utilidad de la información generada en medicina general, para evitar el mantenimiento de un inútil sistema de información ^{4,5}.

La información que se precisa para tomar decisiones en medicina general procede de tres áreas ⁶: 1/ eventos registrables sobre salud y enfermedad, 2/ las publicaciones (libros y revistas y documentos) y 3/ las opiniones de expertos, administradores y usuarios (personales o grupales, obtenidas mediante técnicas estructuradas —Delphi, grupo nominal—o no estructuradas). Estas tres fuentes permiten que el clínico, el gestor y/o el político sanitario decidan sus acciones, eligiendo entre diversas alternativas. En teoría las decisiones deberían tener en cuenta el coste y la efectividad de las acciones emprendidas ⁷ y también el coste de la obtención de la propia información con la que se decide ⁸.

Correspondencia:
Juan Gervas Camacho.
Equipo Cesca. General Moscardó, 7
28030 Madrid.

En este editorial revisar  los principales problemas a los que se enfrentan los sistemas de información en España, utilizando como objeto de discusión los dos excelentes trabajos ^{4,5} que se incluyen en este número.

LOS PROBLEMAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION EN MEDICINA GENERAL EN ESPAÑA

1. *La confusión entre registros y sistemas de información.* Los registros permiten las anotaciones, el seguimiento clínico de los pacientes. El objetivo de los registros es facilitar la coordinación y la continuidad de la asistencia: la coordinación entre los profesionales de atención primaria y entre la atención primaria y la secundaria, y la continuidad respecto a pacientes y problemas.

La existencia de los registros básicos, como la historia clínica, es un criterio de calidad asistencial. Pero la existencia de los registros no supone la existencia de un sistema de información. Por ejemplo, la epidemia de focomelia por el uso de talidomida tuvo un registro fiel en las historias clínicas obstétricas, pero la falta de un sistema de información retrasó la alarma acerca de su frecuencia.

La confusión entre registros y sistemas de información tiene su máxima expresión en lo que se llama "hoja de registro diaria". Esta hoja, en la que se basa una supuesta información administrativa, es del tipo de la utilizada en Castilla y León ⁵. Consiste en la

anotación rutinaria del “motivo de consulta” (sic) y la utilización de recursos (derivación, pruebas diagnósticas y prescripción, fundamentalmente). Esta hoja de registro diario no tiene ninguna utilidad, excepto la perversión del sistema de información. Suele carecer de definiciones e instrucciones adecuadas y no tiene uso ni en clínica ni en gestión. Pero se ha hecho enormemente popular en España, tanto en versión manual como informatizada (es la base del SICAP y de otras aplicaciones de ordenadores en medicina general). Siempre que se ha estudiado la utilización de la hoja de actividad diaria se ha demostrado su inutilidad perfecta, lo que conlleva “el descrédito de los sistemas de información y de la Administración”⁵.

Los registros deben ser simples y sencillos, orientados a facilitar la atención clínica, y deben distinguirse claramente de los sistemas de información, que tienen por objetivo el facilitar el trabajo y las metas de la organización sanitaria^{3,9}.

2. *La ignorancia de las clasificaciones y glosarios internacionales.* La información en medicina general debe ser comparable nacional e internacionalmente. En la actualidad hay tanto un glosario internacional¹⁰ como clasificaciones suficientes para codificar la razón/motivo de consulta¹¹, los problemas de salud atendidos¹² y el proceso de la atención¹³. Es frecuente, sin embargo, el modificar sin sentido una clasificación internacional⁵ o el no homologar criterios respecto a lo que sean consultas espontáneas y programadas⁴; puede ser ignorado hasta algo tan sencillo como distinguir entre problema nuevo o conocido⁵. Y, por supuesto, sigue siendo origen de confusión el llamar motivo de consulta a lo que es problema atendido. La normalización de la información es una asignatura pendiente en España¹⁴.

Es “motivo/razón de consulta” aquello que, en opinión del paciente, justifica su contacto con el profesional^{11,15}. Debe registrarse en el lenguaje del paciente.

Es “problema de salud” aquello que requiere una acción por parte del profesional; también cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, afecta o puede afectar la capacidad funcional del paciente^{12,16}. El problema de salud lo registra el profesional, según su buen juicio clínico.

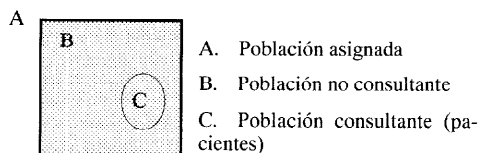
Es “proceso de atención” todo lo que hace o manda hacer el profesional en el curso de la valoración de una razón de consulta o de un problema de salud atendido^{13,16}.

Por supuesto, tanto el glosario internacional¹⁰ como las distintas clasificaciones¹¹⁻¹³ incluyen suficientes definiciones y normas como para homogeneizar los sistemas de información. Hay alguna excepción, como la falta de una clasificación internacional de especialidades médicas¹⁷, pero es un mal menor. El mal mayor es ignorar la normalización internacional o, peor, modificarla en un sinsentido.

3. *La continua confusión entre visitas y pacientes.* Los pacientes son el sector de población que ha utilizado los servicios sanitarios en un período previo que oscila entre los cinco años (para los Grupos de Visitas Ambulatorias¹⁸) y los tres años del glosario internacional¹⁰. Los pacientes son, pues, un subconjunto de la población atendida, aquella que técnicamente depende de un médico o de un centro de salud (figura)¹⁹. En un sistema de información lo más importante es conocer el subconjunto de población *no* consultante (aquellos que no han utilizado los servicios sanitarios), para lo que es fundamental saber quienes han consultado (los pacientes).

FIGURA

Relación de la población con los servicios



Los pacientes son elementos sin repetición; las visitas /consultas son elementos con repetición²⁰. Las visitas/consultas son el conjunto de encuentros entre los pacientes y los profesionales en un período de estudio. En el conjunto de visitas/encuentros los pacientes grandes utilizadores están hiperrepresentados^{3, 20}. El estudio de las visitas/encuentros tiene interés en gestión, pues da idea de la carga de trabajo de los profesionales y del consumo de recursos. Pero el estudio de las visitas/encuentros tiene escaso o nulo interés epidemiológico, por la hiperrepresentación de los grandes utilizadores.

La falta de distinción entre pacientes y visitas bloquea el interés de muchos sistemas de información⁵, pues ni permiten estudios epidemiológicos ni de utilización. La distinción clara entre visitas/consultas y pacientes es factor clave para estudiar adecuadamente la utilización de los servicios sanitarios, definiendo a/ intensidad de uso (consultas por habitantes, número de consultas dividido por la población), b/ extensión de uso (frecuentación, número de pacientes atendidos dividido por la población), c/ intensidad de uso repetido (tasa de consultas, número de consultas dividido por número de pacientes) y d/ rotación (media diaria de visitas dividida por intensidad de uso repetido)^{3, 21}.

Naturalmente, la distinción clara entre pacientes y consultas exige, para su explotación plena, de la existencia de un denominador poblacional, de una *lista* de pacientes, con nombres, dirección, edad y sexo, por cada médico general. Es decir, exige la tarjeta sanitaria²². En este campo sólo ha avanzado la Comunidad Autónoma Vasca, pero sin lograr cubrir el total de la población cuatro años después de haber empezado el programa. Es, pues, un objetivo ambicioso y a largo plazo.

La dificultad puede ser mayor si el sistema de registro no distingue entre problema nuevo y problema conocido, con lo que se pierde la oportunidad de estudiar los episodios de enfermedad. También complica y

disminuye el interés del sistema de información, el agrupar excesiva y precozmente los datos. Por ejemplo, es un error el continuar obteniendo información global acerca de los grupos de la WONCA, pues con ello disminuye mucho el interés y la potencia de la información obtenida⁵.

4. *La escasa consideración de las alternativas de información.* La información que alimenta un sistema de información en medicina general puede tener fuentes diversas. Puede proceder de registros rutinarios de los profesionales (esfuerzo inútil que carece de base científica, por el valor de los registros muestrales^{23, 24}), de registros esporádicos (muestrales o específicos para responder a preguntas concretas), o de otras fuentes. En uno de los artículos comentados⁴ se contrasta la información obtenida entre dos sistemas, el ANAC-1 y el ANAC-2, que reciben los datos iniciales de fuentes muy diversas.

La información no tiene porqué obtenerse necesariamente de una fuente única y exclusiva. Por ejemplo, puede seguirse la prescripción farmacéutica a partir del número de recetas consumidas por los médicos, a partir de las recetas facturadas por las oficinas de farmacia o a partir de estudios específicos para resolver problemas concretos^{3, 4}.

Naturalmente, cada fuente tiene sus problemas y limitaciones, pero ello no invalida a ninguna. Dependerá del interés, de la oportunidad y de las necesidades el recurrir a una fuente específica. Pero es importante que quien diseñe, utilice y mantenga un sistema de información en medicina general considere las fuentes alternativas de información, para utilizarlas adecuadamente. Un sistema de información no es un todo orgánico, no es una estructura rígida y material; un sistema de información es algo flexible y funcional que combina distintas fuentes de información para facilitar la toma de decisiones.

Es fundamental determinar la oportunidad de obtener información a partir de médicos voluntarios. Aunque los epidemiólogos

“puros” prefieren las muestras al azar, los epidemiólogos prácticos, los gestores y los propios médicos clínicos deben valorar los pros y contras del uso de los voluntarios, imprescindibles en muchos casos¹⁷. Las muestras al azar pueden dar una falsa impresión de cientificismo, pues si el registro de datos es arduo, la pérdida de participantes conlleva una igualación, a la baja, con el voluntariado.

5. *La falta de definición de unos datos mínimos básicos.* El tema de los datos mínimos básicos en medicina general no es nuevo en la literatura española²⁵⁻²⁷. Sin embargo, no se han tomado decisiones al respecto ni en los registros, ni en los sistemas de información. Las distintas propuestas de historias clínicas en medicina general incluyen una extensísima y absurda (a veces más policíaca que clínica) lista de datos a obtener acerca del paciente y de sus familiares pero nunca una definición de los datos mínimos básicos a registrar.

Otro tanto sucede con los sistemas de información: de hecho se asume que *todos* los

datos son imprescindibles. Pero muchas veces ni se definen ni se describe su utilización. De ahí el despilfarro de recursos que conllevan los sistemas de información; muchos sirven exclusivamente para justificar el aparato burocrático-administrativo sanitario². Los profesionales sanitarios se ven obligados a registrar y ser fuente de datos que no se han definido y cuya utilización es dudosa o nula⁵. El consejo sería, en estos casos, que los médicos generales se negaran a registrar los datos.

Los datos mínimos básicos pueden ser permanentes o dinámicos (tabla)²⁸. Deben ser de uso fundamental en el seguimiento clínico de los pacientes, de forma que resulten familiares y útiles al médico general. Por supuesto, en la definición de los datos debe incluirse la clasificación a utilizar para codificar la información. La aceptación de una propuesta internacional o nacional podría facilitar la homogeneidad de la información en medicina general, el seguimiento de los pacientes y la difusión de nuevas tecnologías^{22,28}.

TABLA
Conjunto mínimo de datos básicos en medicina general

<i>Datos permanentes</i>	<i>Datos dinámicos del encuentro</i>
— del paciente	— fecha
— número de identificación	— lugar
— nombre	— razón de consulta
— fecha de nacimiento	— problemas de salud
— sexo	— proceso
— estado civil	— relación previa
— residencia/dirección	— nombre del profesional *
— clase socio-económica	— entidad pagadora *
— lista de problemas	
— tratamientos crónicos	
— entidad pagadora	
— del médico general	
— número de identificación	
— nombre	
— residencia/dirección	

* Solo si es diferente del dato permanente.
Fuente: 28.

6. *La falta de consideraciones acerca del costo de la obtención de la información.* El registrar los datos, el mantener y actualizar un sistema de información es, en conjunto, un proceso costoso en tiempo y dinero. Los médicos generales ya emplean una gran parte de su tiempo en estos menesteres^{29, 30}, por lo que de ninguna manera se les debería sobrecargar más. La aplicación de los ordenadores podría disminuir en algo el esfuerzo, lo que es dudoso³¹, pero sobre todo podrían ampliar la capacidad clínica y preventiva de los profesionales³². La utilización de ordenadores (y de los sistemas de información que ayudan a generar) en medicina general tiene ya más de un cuarto de siglo de historia³³. En la actualidad ha aumentado el interés por la utilización de datos rutinarios para determinar perfiles de actividad de los médicos³⁴, lo que puede facilitar los estudios de calidad, de determinación de normas y estándares, etc^{34, 35}.

Los ordenadores y, en general las telecomunicaciones y la informática tienen ventajas indudables³⁶, pero su introducción debe ser gradual³². La adquisición de sistemas informáticos no debería aumentar la tarea administrativa de médicos y enfermeras; antes, al contrario, debería contribuir a disminuir la carga administrativa. Y, sobre todo, los ordenadores deben mejorar la capacidad de resolución de problemas clínicos y preventivos por el médico general^{22, 32}. Para evitar el fracaso estrepitoso del INCAS o el previsible del SICAP, es imprescindible que los ordenadores introduzcan en fases, partiendo del denominador (fichero de edad y sexo) y terminando con la historia clínica³².

En todo caso, las consideraciones sobre el gasto son imprescindibles, aunque se ha publicado poco sobre el tema²⁷. No se trata solo de determinar el coste en dinero de la información. Se trata, sobre todo, de determinar la calidad de la información⁴ y, especialmente, su utilidad⁵. De nada sirve obtener información a un bajo coste, si no es válida o si no se utiliza. Estas consideraciones deben ser previas a toda informati-

zación. Los ordenadores y las telecomunicaciones no tienen ninguna magia y solo mejoran aquellos procesos que tienen lógica. La historia reciente española sobre ordenadores está llena de fracasos y de iniciativas individuales heroicas que ignoran lo realizado en un cuarto de siglo de implantación de la informática en medicina general^{33, 36, 37}. Sería imprescindible una racionalidad y lógica mínimas^{22, 32}.

CONCLUSION

Se precisa información en medicina general para tomar decisiones en clínica y en gestión. Los sistemas de información pueden ayudar a elegir alternativas que faciliten la organización y el trabajo de los clínicos. En este número se publican dos artículos^{4, 5} que reflejan el "estado del arte" de la actualidad española. La lectura de las referencias bibliográficas de estos dos trabajos puede guiar al interesado en ampliar sus conocimientos del tema.

En España se han cometido múltiples errores en torno al tema de los sistemas de información en medicina general. En Estados Unidos tales errores suponen, como mínimo la pérdida del prestigio y del puesto de trabajo. Es de esperar, al menos, que los responsables españoles pierdan su influencia y que los médicos generales nos neguemos a participar en iniciativas que carecen de fundamento científico. El último error puede ser aceptar las nuevas tecnologías, especialmente las telecomunicaciones, como la panacea para resolver los problemas pendientes de los sistemas de información. La informática añade costes (económicos y personales) y confusión a los temas no resueltos previamente con lógica.

En suma, en España hay experiencia y riqueza suficiente para implantar un sistema de información en medicina general que facilite la gestión de los recursos sanitarios para resolver las necesidades sanitarias de la población. Sería de desear que se corrigieran

los errores de bulto que bloquean y anulan muchas de las decisiones a este respecto de los gestores y políticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Cochrane AL. Eficacia y eficiencia. Barcelona: Salvat. 1985.
2. Opit LJ. ¿Cómo se debe generar y utilizar la información sobre asistencia sanitaria? Foro Mundial Salud 1987; 8: 447-456.
3. Gervás J, Pérez Fernández M. Información sanitaria en atención primaria. 1989; 1: 111-131.
4. Bolivar B, Juncosa S. Validación del proceso y resultados de un sistema de información en atención primaria. Rev San Hig Pub 1992; 66: 203-215.
5. Martín-Pérez J, Otero JA. En busca de la utilidad del sistema de información de atención primaria de Castilla y León. Rev San Hig Pub 1992; 66: 217-224.
6. Weber AA. National health information systems. En: Leaverion P (Ed) Health information systems. Nueva York: Praeger. 1984.
7. Rodríguez-Artalejo F, Ortún V. Los protocolos clínicos. Med Clin (Barc) 1990; 95: 309-316.
8. Hutchinson A. Designing a European minimum data set for ambulatory care. Med Inform 1991; 16:25-27.
9. Seclos HJ. Towards the morphology of medical information systems. Med Inform 1988; 13: 71-79.
10. Glosario internacional de atención primaria. En: Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson/SG. 1988.
11. Lambert H, Wood M. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Barcelona: Masson/SG. 1990.
12. Clasificación Internacional de los Problemas de Salud en Atención Primaria. Barcelona: Masson/SG. 1988.
13. Clasificación del Proceso en Atención Primaria. En: Clasificación de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson/SG. 1988.
14. Gervás J, Pérez Fernández M, García Sagredo P. Normalización de la información en atención primaria: presente y futuro. Gac San 1988; 2: 203-207.
15. Gervás J, Forés M, Bonet M et al. La Clasificación Internacional en Atención Primaria. Atenc Prim 1988; 5: 164-170.
16. Gervás J, Forés M. La morbilidad ambulatoria: estudio de los problemas de salud mediante la clasificación de la WONCA. Atenc Prim 1987; 4:272-275.
17. Fleming DM (Ed). The European study of referrals from primary to secondary care. Londres: Royal College General Practitioners (Occasional Paper 56), 1992.
18. Gervás J, Pérez Fernández M. Los VGA (Grupos de Visitas Ambulatorias). Gac Sanit 1988; 2: 165-169.
19. Gervás J, García E, Pérez Fernández M. Información en enfermería de Atenc Prim. Rol 1990; 137:13-17.
20. Gervás J, Pérez Fernández M, García Sagredo P, Abraira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. Atenc Prim 1990; 7: 346-348.
21. Gervás J, García Olmos LM, Pérez Fernández M. Tamaño de la muestra y estudios observacionales de demanda. Atenc Prim 1987; 4: 501.
22. Gervás J. La informática en Medicina General. Computerworld 1990; 396:19-20.
23. García Olmos LM, Pérez Fernández M, Bassols A, Abraira V, Gervás J. Estudios de morbilidad ambulatoria: ¿qué muestra elegir?. Atenc Prim 1987; 4:136-139.
24. López Ruiz A, Esnaola S, Guinea J, Gómez MC. Limitaciones del muestro en estudios de atención primaria: comparación de cuatro diseños muestrales. Gac Sanit 1992; 6: 19-24.
25. Pérez Fernández M, García Sagredo P, Gervás J. Conjunto mínimo básico de datos en Atención Primaria. Un estudio Delphi. Atenc Prim 1990; 7: 112-54.
26. Carrillo E, Juncosa S, Boliva B, Parkon D, Hutchinson H, Fisher PJ. Conjuntos míni-

- mos de datos en atención ambulatoria. *Gac San* 1991; 26: 225-230.
27. Juncosa S, Carrillo E, Bolivar B, Portella E. Conjuntos mínimos de datos en atención primaria: una exploración de su factibilidad. *Atenc Prim* 1992; 10: 605-611.
 28. Gérvas J, Pérez Fernández M. Minimum basic data set in general practice: definitions and coding. *Family Pract* 1992; 9: 349-352.
 29. Mamlin JJ, Baker DH. Combined time-motion and work sampling study in a general medicine clinic. *Med Care* 1973;11: 449-456.
 30. Gérvas J, Pérez Fernández M. El tiempo del registro médico. *Atenc Prim* 1987; 4: 330-331.
 31. Jacobs DM, Souza J, McSanis L. Building information linkages between the physician and the hospital. *J Ambulatory Care Management* 1992;15: 29-35.
 32. García Olmos LM, Gérvas J. El ordenador en Atención primaria: sueño y realidad. *Atenc Prim* 1991; 8: 2-10.
 33. Stead WW. A quarter-century of computer based medical records. *MD Computing* 1989; 6: 75-81.
 34. Lasker RD, Shapiro DW, Tucker AM. Realizing the potential of practice pattern profiling. *Inquiry* 1992; 29: 287-297.
 35. McNeil B, Pederson SH, Gatsonis C. Current issues in profiling quality of care. *Inquiry* 1992; 29: 298-307.
 36. Anderson JG. Computerized medical record systems in ambulatory care. *J Ambulatory Care Management* 1992; 15: 67-75.
 37. Taylor MW, Ritchie LD, Taylor RJ, et al. General practice computing in Scotland. *Br Med J* 1990; 300: 170-172.