

ISSN 0325-0490

SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS
DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD

SISTEMA ESTADÍSTICO DE SALUD

Serie 3 **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** **Número 50**
DE CONGRESOS Y COMITE DE EXPERTOS

XXI REUNION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD

21 al 22 de octubre de 2008



Buenos Aires,
República Argentina.
Octubre de 2008

XXI REUNION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD

21 al 22 DE OCTUBRE DE 2008

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS
DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

PRESIDENTA DE LA NACION
DRA. CRISTINA E. FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

MINISTRA DE SALUD
LIC. MARÍA GRACIELA OCAÑA

SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS
DR. CARLOS ALBERTO SORATTI

DIRECCION DE ESTADISTICAS E INFORMACION DE SALUD

Lic. ELIDA H. MARCONI

Lic. María de las Mercedes Fernández

Lic. Karina Valeria Loíacono

C.P.N. José A. Garro

Téc. Est. Salud Catalina Lazaroff

Aux. Est. Salud María Rosa Machado

Lic. Carlos G. Guevel

Lic. Adrián Santoro

Téc. Est. Salud Ana M. Vander Horden

Téc. Est. Salud Ada R. Miño

Sra. Marisa S. Peyton

Sra. Nora J. Pérez

Srta. Aurea Marisol de Arriba

Sra. Olga M. Pivchuk

Sra. Dalinda M. Liendo

Lic. Marta E. Grünwaldt

Lic. Andrea F. Pantano

PRESENTACION

Este documento resume el desarrollo de la “XXI Reunión Nacional de Estadísticas de Salud”, organizada por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), nivel nacional del Sistema Estadístico de Salud (SES), dependiente de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.

La Organización Panamericana de la Salud facilitó la organización de la reunión y el traslado de los participantes residentes en el interior del país a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lugar sede de la reunión nacional.

El contenido del documento es el siguiente:

- Lugar y fecha
- Asistentes
- Objetivos de la Reunión
- Apertura
- Desarrollo de la Reunión
- Conclusiones y recomendaciones
- Anexos:
 - I. Programa
 - II. Conjunto Mínimo de Datos Básicos para el primer nivel de atención (Ejemplar con los cambios acordados en la XX RNES)
 - III. Resultados de la Prueba Piloto del Conjunto Mínimo de Datos Básicos –CMDB- del primer nivel de atención
 - IV. Nómina de participantes

LUGAR Y FECHA

La XXI Reunión Nacional de Estadísticas de Salud se llevó a cabo en el Ministerio de Salud de la Nación, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 21 al 22 de octubre de 2008.

ASISTENTES

Esta Reunión Nacional convocó a todos los responsables jurisdiccionales del Sistema Estadístico de Salud (Jefes/as o Directores/as de Estadísticas de Salud y Estadísticas Vitales de todas las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), a la Dirección de Estadísticas Sectoriales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), a miembros integrantes de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades, representantes de los programas de salud que operan con el primer nivel de atención y que participaron en la elaboración de los Contenidos Mínimos de Datos Básicos, invitados especiales y miembros del equipo técnico de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

OBJETIVOS DE LA REUNION

Objetivo General

- ▶ Evaluar los resultados de la prueba piloto del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) para el primer nivel de atención realizada en centros de salud seleccionados de provincias seleccionadas.

Objetivos Específicos

- ▶ Analizar los resultados de la recolección de datos en el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias del Primer Nivel de Atención –IEPNA- según los contenidos propuestos en la XX Reunión Nacional de Estadísticas de Salud, sometidos a condiciones diferentes de los centros de salud, y con los mismos aprobar los contenidos definitivos.
- ▶ Acordar las características del documento final con el consenso de los representantes jurisdiccionales.

APERTURA

Con fecha 21 de octubre de 2008, el Sr. Secretario de Políticas, Regulación e Institutos Dr. Carlos Alberto Soratti, realizó la apertura de la XXI Reunión Nacional de Estadísticas de Salud.

En la apertura explicó los lineamientos y avances del Sistema Único de Información de Salud y puso en contexto, dentro de este sistema, al Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) del primer nivel de atención. Asimismo, saludó y agradeció la colaboración y participación de los presentes.

DESARROLLO DE LA REUNION

La Directora de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Lic. Elida Marconi presentó las características de la prueba piloto del Conjunto Mínimo de Datos Básicos -CMDB- para el primer nivel de atención, realizada en el transcurso de 2008 en los centros de salud seleccionados, haciendo referencia a los objetivos y características generales y la vinculación con otra información de interés para diversos programas de salud y necesidades específicas de las jurisdicciones.

El grupo de trabajo nacional, integrado por representantes de esta Dirección, de la Dirección Nacional Materno Infantil, del Programa REMEDIAR, del PROFE y del Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS), hizo referencia a la evaluación y análisis de los resultados obtenidos en la prueba piloto.

Finalizado el análisis de los resultados de la prueba piloto se aprobaron los contenidos del CMDB del primer nivel de atención.

Acordadas las características del documento final, con el consenso de los representantes jurisdiccionales, sobre el Conjunto Mínimo de datos Básicos –CMDB- para el primer nivel de atención, se abordó como tema adicional del Sistema Estadístico de Salud, la aplicación del Código Único de Identificación de Localidades (elaborado por el INDEC) y se consensuó implementarlo en el año 2009 con la información correspondiente a dicho año. También se trataron las aperturas de la CEPS-AP segunda edición, realizada a pedido del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica con la presencia del Dr. Juan Carlos Bossio, Director de Epidemiología.

Al término de la reunión se evaluó la implementación de la Clasificación de Procedimientos en Salud (CPS), del Código de Servicios y/o Unidades Operativas y el estado de situación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos –CMDB- implementado en el año 2005.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

GENERALES

- La totalidad de los representantes del SES reiteraron la necesidad de contar con la implementación de la informatización de los centros de salud, con recurso humano capacitado y herramientas para la explotación de la información en los mismos.
- Se señaló que la variable “Nº de documento” permite a través de la informatización de los datos construir la unidad de análisis “paciente” y a su vez cumplir el rol de variable conectora con otras fuentes de información.
- Se consideró eliminar los totales y subtotales del formulario y se aclaró que los centros que carezcan de informatización puedan agregarlos. Se propuso citar como ejemplos los totales y subtotales que están actualmente en el formulario.
- Los representantes provinciales solicitaron que la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia apoye la implementación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos –CMDDB- con capacitación local y específica en los temas de este conjunto que involucran las problemáticas sanitarias materno infantiles.

SOBRE CONTENIDOS TEMÁTICOS, VARIABLES O ATRIBUTOS

- Identificación del establecimiento: sin modificaciones.
- Fecha: sin modificaciones.
- Hoja Nº: se destacó que el número de hoja es correlativo por profesional informante y fecha.
- Tipo y Nº de documento: se acordó consignar la categoría “**no tiene**” cuando el paciente carezca de documento.
- Pertenece o está asociado a ...: sin modificaciones.
- Residencia habitual del paciente: sin modificaciones.
- Sexo: sin modificaciones.
- Edad: sin modificaciones.
- Diagnóstico o motivo de consulta : debido al alto nivel de omisión en esta variable se acordó consignar la palabra “**ausente**” en caso que el paciente no concurra a la consulta. Agregar al instructivo ejemplos en los cuales el motivo de la consulta sea una práctica.
- Control pediátrico: se reemplaza control pediátrico por **consulta pediátrica** con las aperturas que figuran a continuación.

Consulta Pediátrica			
Percentilo Menores de 6 años		Peso para la Talla	
Peso / Edad	Talla / Edad	Menores de 5 años	5 años
		Percentilo Índice de Masa Corporal	Porcentaje de Adecuación de Peso para la Talla

Se aclaró que la particularidad de la valoración antropométrica forma parte de una etapa de transición y cuando el Programa Materno Infantil fusione para todos los menores de 6 años la evaluación de la relación entre el peso y la talla, se hará la modificación correspondiente.

- Vacunación: se acordó consignar como **vacunación incompleta** para todo niño que no presente carnet de vacunación o que según informe la madre no posea vacunas al día, siempre que no exista otro instrumento disponible que permita reparar el dato en el momento de la consulta esta aclaración debe figurar en el Instructivo y en el diseño del formulario.
- Control de embarazo: se reemplaza por **consulta de embarazada**.
- Patologías crónicas: para Diabetes mellitus, sin modificación e Hipertensión arterial primaria, se modifica por **Hipertensión arterial esencial**.
- Indicación de prácticas o prestaciones: se aprobaron las propuestas de modificaciones a las categorías de la Clasificación de Prácticas o Prestaciones. Se acordó incorporar al pie del formulario, de no corresponder la realización de una práctica, trazar una raya. Aclarar que la práctica se consigna independientemente de dónde ésta se realice.
- Medicación: agregar en el instructivo ejemplos encontrados en la prueba piloto con errores de anotación (grupo terapéutico, fórmula comercial, etc.). Se aprobó la recomendación de utilizar la lista de medicamentos del Programa REMEDIAR para la codificación de esta variable y ésta podrá ser ampliada en el futuro a fin de abarcar la totalidad de los medicamentos prescritos. A los fines de distinguir omisiones, tachar con una raya cuando no exista prescripción.
- Derivación: se aprueba reemplazar en el instructivo y en el formulario “Derivación a un centro de mayor complejidad” por **“Derivación a un establecimiento de mayor nivel de resolución”** y tachar con una raya cuando no se realice una derivación.

PROGRAMA XXI REUNION NACIONAL DE ESTADISTICAS DE SALUD 21 AL 22 DE OCTUBRE DE 2008

Día 21

- 10:00 a 10:30 hs. Apertura por autoridad sanitaria
- 10:30 a 11:00 hs. Comentarios generales sobre las características de la prueba piloto del Conjunto Mínimo de Datos Básicos para el primer nivel de atención realizada en el transcurso de 2008 en centros de salud seleccionados.
Lic. Elida Marconi.
- 11:00 a 11:15 hs. Receso para el café
- 11:15 a 13:00 hs. Evaluación y análisis de los resultados de la prueba piloto.
Lic. Carlos Guevel, Lic. Adrián Santoro y Lic. Karina Loíacono,
- 13:00 a 14:00 hs. Receso
- 14:00 a 16:00 hs. Continuación del tema anterior.
Lic. Elida Marconi, Lic. Adriana Orellano, Lic. Adrián Santoro, Lic. Karina Loíacono, Dra. Silvia Báez y Dra. Juliana Finkelstein
- 16:00 a 16:15 hs. Receso para el café
- 16:15 a 18:00 hs. Continuación del tema anterior
Lic. Carlos Guevel, Dra. Silvia Báez, Dra. Juliana Finkelstein y Dra. Irene Herrera.

Día 22

- 09:00 a 10:30 hs. Continuación del tema anterior.
Lic. Mercedes Fernández, Lic. Mauricio Monsalvo, Lic. Gisela Bardi, Dra. Silvia Báez y Dra. Irene Herrera.
- 10:30 a 10:45 Receso para el café
- 10:45 a 12:30 hs. Acuerdo sobre las características del documento final, con el consenso de los representantes jurisdiccionales, sobre el Conjunto Mínimo de Datos Básicos - CMDB- para el primer nivel de atención.
Lic. Elida Marconi, Lic. Carlos Guevel y Lic. Mercedes Fernández.
- 12:30 A 13:30 hs. Receso
- 13:30 a 15:30 hs. Temas adicionales del Sistema Estadístico de Salud: Código de localidades y aperturas de la CEPS-AP 2ª Edición a pedido del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Lic. Mercedes Fernández, Lic. Adriana Orellano y Tca. Marisol de Arriba
- 15:30 a 15:45 hs. Receso para el café
- 15:45 a 17:00 hs. Implementación de la Clasificación de Procedimientos en Salud (CPS) y del Código de Servicios y/o Unidades Operativas. Estado del procesamiento de datos.
Lic. Elida Marconi y Lic. Carlos Guevel
- 17:00 a 17:30 hs. Conclusiones y recomendaciones. Cierre de la reunión.

**Ejemplar con los cambios acordados en la
XX RNES**

J:\Area\DEIS\GrupoCMDB PNA\CMDB PNA 3.doc

**CONJUNTO MINIMO DE DATOS BÁSICOS
-CMDB-
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

INFORMACION ESTADÍSTICA DE
CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La conducción técnico-administrativa de un establecimiento de salud de primer nivel de atención requiere conocer un conjunto mínimo de datos básicos (CMDB) para todos los pacientes a quienes se brinda atención médica ambulatoria. La información a obtener a partir de los datos básicos es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, así como para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención.

El **Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias del Primer Nivel de Atención -IEPNA-** es el soporte (en papel o magnético) para la captación del CMDB de los pacientes que utilizan la consulta médica ambulatoria en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Tiene por **objetivo** registrar algunas características de los consultantes y el diagnóstico o motivo de consulta médica ambulatoria.

El informe permite reunir los datos necesarios para obtener la siguiente información:

- Volumen total de las consultas médicas ambulatorias por edad y sexo
- Cobertura de salud de los pacientes
- Características de los controles pediátricos y obstétricos
- Morbilidad ambulatoria por edad, sexo y residencia y grado de resolución por establecimiento de salud del primer nivel de atención

La recolección de datos en el IEPNA exige coherencia con los referidos a identificación y diagnóstico o motivo de consulta del paciente en la historia clínica.

El **hecho** que se mide es la atención médica del paciente ambulatorio en establecimientos de salud del primer nivel de atención.

La **unidad de análisis** es la consulta médica, entendiéndose ésta como:

***La atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un establecimiento de salud de primer nivel de atención.
Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, éste recibe una sola consulta. Incluye las atenciones a consultantes sanos.***

El **IEPNA** implica el **registro individual de cada consulta**.

Las **áreas comprometidas** y el personal involucrado en el registro de los datos son:

- Secretaría del establecimiento (personal administrativo, enfermeros, otros)
- Médico interviniente

Estas áreas y el personal pueden variar según la organización del establecimiento.

Con esta información se pueden elaborar diferentes **indicadores**, entre los cuales se señalan:

- Total de consultas médicas
- Cantidad de consultas médicas por lugar de ocurrencia
- Cantidad de consultas médicas por edad y sexo

- Cantidad de consultas médicas por diagnóstico o motivo de consulta por patologías seleccionadas
- Cantidad de consultas médicas por cobertura de salud de los pacientes
- Cantidad de controles pediátricos con valoración antropométrica
- Cantidad de controles pediátricos con esquema de vacunación completo
- Cantidad de controles obstétricos de 1ra vez, según trimestre de gestación
- Cantidad de controles obstétricos con control de tensión arterial
- Cantidad de consultas con derivación por diagnóstico o motivo de consulta
- Cantidad de prácticas o prestaciones según tipo y/o categoría
- Porcentaje de Diabetes detectada en consultas de primera vez
- Porcentaje de Hipertensión arterial primaria detectada en consultas de primera vez
- Tasa de prescripción de medicamentos por consulta

CONJUNTO MINIMO DE DATOS BASICOS APROBADOS DE INTERES NACIONAL

- 1. Identificación del establecimiento**
- 2. Fecha**
- 3. Hoja N°**
- 4. Tipo y Número de Documento**
- 5. Pertenece o está asociado a**
- 6. Residencia habitual del paciente**
- 7. Sexo**
- 8. Fecha de nacimiento**
- 9. Edad**
- 10. Diagnóstico o motivo de consulta**
- 11. Control pediátrico**
- 12. Control embarazo**
- 13. Patologías crónicas: Diabetes e Hipertensión arterial primaria**
- 14. Indicación de prácticas o prestaciones**
- 15. Medicación**
- 16. Derivación**

DEFINICIONES OPERACIONALES Y FORMAS DE REGISTRO

1. Identificación del establecimiento

Se entiende por identificación del establecimiento la denominación institucional o razón social. Se registra el nombre completo, sin abreviaturas, y el código que tenga asignado.

2. Fecha

Día, mes y año.

Consignar la fecha a que corresponden las consultas médicas que se informan.

3. Hoja N°

Consignar el número de hoja utilizada, con el fin de tener una correlatividad y evitar el extravío de las mismas.

4. Tipo y Número de Documento

Consignar el número de DNI, LE o LC del paciente. En caso de presentar otro documento que contenga el número de DNI consignar el nº de DNI. En caso de pacientes extranjeros registrar el número de documento en la categoría "otro". Colocar NT (no tiene) en caso de no contar con el número de documento.

5. Pertenece o está asociado a

- Obra social
- Plan de salud privado o Mutual
- Plan o Seguro público
- Más de uno
- Ninguno

Consignar si el paciente está afiliado a alguna Obra social o asociado a algún Plan de salud privado o a alguna Mutual o cubierto por un Plan o Seguro público. En caso de estar cubierto por más de un sistema, marcar la alternativa "Más de uno". Se debe marcar una y sólo una de las respuestas posibles.

La *Obra social* es un sistema de atención de la salud caracterizado por la afiliación obligatoria de todas las personas que trabajan en relación de dependencia (por ejemplo: UOCRA, OSECAC, etc; también son obras sociales PAMI, IOMA).

El *Plan de salud privado o Mutual*, son sistemas de atención de la salud caracterizados por la adhesión o asociación voluntaria.

A los efectos de esta variable los servicios de urgencias o emergencias médicas se considerarán como "Plan de salud privado o Mutual".

El *Plan o Seguro público* son sistemas de cobertura organizados y financiados por el Estado Nacional y/o Provincial y/o Municipal para personas que no están afiliadas ni voluntaria ni obligatoriamente a algún sistema de atención de la salud.

Las alternativas son **mutuamente excluyentes**.

6. Residencia habitual del paciente

Calle - Número – Localidad – Departamento o Partido – Provincia - País (en caso de que la provincia o el país sean diferentes a los del lugar de atención).

Consignar todos los datos requeridos. Si la persona reside habitualmente en el exterior, indicar sólo país.

Para obtener la información requerida, se procederá de la siguiente manera:
Anotar el lugar geográfico donde vive habitual y regularmente el paciente. Tener en cuenta que como se trata del domicilio habitual, este dato debe preguntarse al declarante, porque no necesariamente es el consignado en el documento.

- En Calle-Nro/Ruta-Km indicar el lugar donde se halla el domicilio habitual, de forma que fuera posible llegar al mismo (es decir, con el detalle necesario como para que una carta o una persona pudiera llegar a ese domicilio), así se encuentre ubicado en una localidad urbana o en el área rural.
- Consignar la calle y el número; o el barrio, la manzana y el número de casa; o al menos la intersección de calles más próximas. Si el domicilio se hallase en un área rural, indicar

las referencias necesarias para ubicar el mismo, por ejemplo: Ruta y Km; o el nombre del camino y el nombre del campo, o el Nro. del lote y de parcela, etc.

- Consignar también la localidad o paraje y provincia. No deben quedar datos sin completar, aunque ello signifique repetir algún nombre de localidad, partido o departamento.

7. Sexo

- Masculino
- Femenino
- Indeterminado

La alternativa "Indeterminado" está reservada exclusivamente para aquellos casos especiales en que, por alguna razón, no ha sido posible la determinación del sexo (al momento de la consulta del paciente).

8. Fecha de nacimiento

Consignar la fecha completa en día, mes y año. Si es posible, copiar la fecha del documento de identidad.

9. Edad

Consignar la edad detallada, expresada en días cumplidos para menores de 1 mes, meses cumplidos para menores de un año y en años cumplidos para los mayores de un año. Para el cálculo de los totales, presentar las edades agrupadas de la siguiente manera:

- **Menor de 1 año:** Pacientes desde su nacimiento hasta los 11 meses y 29 días.
- **1 año:** Paciente con un año cumplido hasta 1 año, 11 meses y 29 días.
- **2 a 5 años:** Paciente con 2 años cumplidos hasta los 5 años, 11 meses y 29 días.
- **6 a 9 años:** Paciente con 6 años cumplidos hasta los 9 años, 11 meses y 29 días
- **10 a 14 años:** Paciente con 10 años cumplidos hasta los 14 años, 11 meses y 29 días
- **15 a 19 años:** Paciente con 15 años cumplidos hasta los 19 años, 11 meses y 29 días
- **20 a 49 años:** Pacientes con 20 años cumplidos hasta los 49 años, 11 meses y 29 días
- **50 a 64 años:** Pacientes con 50 años cumplidos hasta los 64 años, 11 meses y 29 días
- **65 y más años:** Pacientes con 65 años cumplidos o más.

10. Diagnóstico o motivo de consulta (incluye control)

Anotar el diagnóstico o el motivo de consulta, entendiéndose por tal la causa o razón por la cual una persona requiere atención médica ambulatoria.

Además se registrarán los controles médicos consignando si se refieren a control de niño sano, de embarazada, de postoperatorio, seguimiento de una enfermedad crónica o cualquier otra causa de consulta sin patología. Si una persona va por control y además presenta alguna patología, se consignará la patología en primer lugar.

Si hay más de un diagnóstico debe figurar en primer término el que el médico considere que ocasionó la consulta (Ejemplo: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y Faringitis; Control de embarazo e Infección urinaria).

La columna diagnóstico o motivo de consulta **deberá ser completada siempre por el médico**, con letra legible, sin sigla, a fin de poder asignar correctamente el código.

En atención programada, si el paciente no concurre, se deberá tachar todo el renglón indicando esta situación con la palabra ausente.

- **Primera vez o Ulterior:** Marcar con una cruz en el casillero correspondiente, si es la primera vez o ulterior que el paciente consulta por el diagnóstico o motivo de consulta registrado. Por ejemplo: si un niño consulta porque comienza con una diarrea, es la primera vez para dicha patología; si vuelve para su control, se consigna como ulterior.
- **Código:** Se registrará el código del diagnóstico según la Clasificación Estadística de Problemas de Salud- Atención Primaria (CEPS-AP).

Para el cálculo de los totales consignar **todas** las consultas de primera vez de niños de 0 a 5 años por IRA, Diarrea, Desnutrición¹ o Control de salud y **todas** las derivaciones por estas causas en este grupo etéreo, aunque no sean en consultas de primera vez.

11. Control pediátrico

Se completará este ítem en toda consulta de niño desde su nacimiento hasta los 5 años 11 meses y 29 días, independientemente del diagnóstico o motivo de consulta.

- **Percentilo**
 - a) **Peso/Edad:** Consignar el valor del percentilo de peso para edad y sexo según referencias. Por ejemplo: percentilo 25. Si el peso para la edad se encuentra entre 2 carriles o canales, anotar entre qué percentiles está el paciente evaluado (Ejemplo: 3-10).
 - b) **Talla/Edad:** Consignar el valor del percentilo de talla para edad y sexo según referencias. Por ejemplo: percentilo 50. Si la talla para la edad se encuentra entre 2 carriles o canales, anotar entre qué percentiles está el paciente evaluado (Ejemplo: 50-75).
Si el peso o la talla se encuentran por debajo del percentilo 3, colocar: Pc. ↓ 3
 - c) **Peso/Talla:** Consignar el porcentaje de adecuación peso para talla según referencias.
- **Vacunas:** Marcar con una cruz si el esquema de vacunación es completo o incompleto para la edad correspondiente según normas nacionales de vacunación.

Para el cálculo de los totales consignar el número de niños atendidos en los que se registró el percentilo y/o las vacunas.

12. Control embarazo

Se completará este ítem en toda consulta de mujer embarazada, independientemente del diagnóstico o motivo de consulta.

- **Semana de gestación:** si se trata del control del embarazo, registrar la semana de gestación. Para ello deberá considerarse la definición de Edad gestacional. *Edad gestacional:* la duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Se expresa en semanas completas.
- **Tensión arterial:** Consignar los valores de tensión arterial registrada en el presente control de embarazo, expresada en milímetros de mercurio, en el siguiente orden: tensión arterial sistólica/ tensión arterial diastólica (Ejemplo: 120/80 mmHg).

¹ Se considerarán los diagnósticos correspondientes a los códigos de la CEPS-AP-Segunda Edición: 412 a 415 en el caso de IRA, 001 en el caso de Diarrea y 154 a 157 en el caso de Desnutrición.

Para el cálculo de los totales consignar el número de embarazadas atendidas en las que se registró la Tensión arterial.

13. Patologías crónicas: Diabetes mellitus e Hipertensión arterial primaria

Registrar con una cruz la presencia de patologías crónicas seleccionadas: la Diabetes mellitus y la Hipertensión arterial primaria, sean o no motivo de la consulta.

En Anexo I se incluyen definiciones operativas y consideraciones técnicas generales a los fines de facilitar el registro de los datos.

14. Indicación de prácticas o prestaciones

Anotar las prácticas o prestaciones que el médico indica, y sólo las prácticas o prestaciones relacionadas con el diagnóstico o motivo de la consulta.

- La **práctica** es la unidad de prestación, es el conjunto de acciones tales como estudios simples, complejos e intervencionistas, así como la interpretación de los mismos para la elaboración del diagnóstico.
- La **prestación** es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepción de la orden médica hasta la entrega del informe.

En Anexo II se incluye una clasificación sobre prácticas o prestaciones teniendo en cuenta las características de un establecimiento de salud de primer nivel de atención.

15. Medicación

Registrar la medicación consignando la monodroga de la medicación prescrita.

16. Derivación

Marcar con una cruz si el paciente fue derivado a un establecimiento de mayor complejidad por la patología por la cual consulta. Se consignará solamente la derivación relacionada con el diagnóstico o motivo de la consulta.

Si la derivación es a la modalidad atención ambulatoria, consignar la especialidad. Si se trata de la modalidad internación, sólo marcar con una cruz.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PROCESAMIENTO ESTADISTICO DE LAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

Para la gestión de establecimientos de salud del primer nivel de atención resulta imprescindible no sólo conocer la cantidad de consultas sino además caracterizarlas a través de otras variables como edad y sexo o como motivo de consulta o diagnóstico.

Esta información es de registro diario e individual para uso del establecimiento y complementariamente de la Oficina Provincial de Estadísticas de Salud (OPES).

El cálculo de totales que se indica al pie del IEPNA está previsto para facilitar el procesamiento en caso de ser de forma manual.

Se ha focalizado en la presente propuesta de Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias del Primer Nivel de Atención en tres grupos de patologías trazadoras para la población infantil como las Infecciones respiratorias, las Infecciones gastrointestinales, la Desnutrición, así como

las Consultas pediátricas por control de salud. Tal información permitirá valorar la importancia relativa de estas patologías en el total de consultas pediátricas, así como evaluar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

La selección de los motivos de consulta priorizados responde a líneas programáticas promovidas desde el nivel nacional como son el control de niño sano y control prenatal, así como la atención de patologías prevalentes en la infancia. La información a obtenerse a partir de los consolidados del Informe Estadístico permitirá valorar el impacto de estas patologías, evaluar la calidad de los controles de niños y mujeres embarazadas y valorar los avances de las acciones implementadas.

El soporte no es determinante. Lo fundamental es que la recolección se realice diariamente "in situ". Para los establecimientos que no tienen informatizado el procesamiento de estos datos, se utiliza un formulario diario que sirve de base para la confección del *IEPNA*.

La implementación del CMDB será viable sólo a través de la informatización de los centros de salud del primer nivel de atención y la disponibilidad y capacitación del recurso humano correspondiente.

También se considera importante para la implementación del CMDB que los centros de salud del primer nivel de atención dispongan de herramientas para la explotación de la información que se registre.

ANEXO I

DEFINICIONES OPERATIVAS DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA A LOS FINES DE FACILITAR EL REGISTRO DE LOS DATOS

DIABETES MELLITUS

Definición

Es una enfermedad metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia, resultante de un defecto en la secreción de insulina, en la acción o en ambas.

Se considerará a un paciente como diabético si presenta:

- Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl al azar (lo cual significa en cualquier momento del día sin considerar el tiempo transcurrido desde la última ingesta), acompañado con síntomas compatibles con diabetes.
- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl, en dos oportunidades.
- Glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl a los 120 minutos, en la prueba de tolerancia a la glucosa.

HIPERTENSION ARTERIAL idiopática o esencial

Definición

Se define hipertensión arterial a la elevación de la tensión arterial sistólica superior a 140 mm.Hg. y/o una tensión arterial diastólica mayor a 90 mm.hg. para la población mayor a 18 años de edad².

En el caso de los **niños**, la hipertensión arterial se establece cuando la tensión arterial sistólica y diastólica se registre con valores superiores a los correspondientes a los percentilos 95 según sexo, edad y talla.

Se considerará a un paciente como hipertenso si presenta:

Un promedio de dos o más mediciones de la presión arterial en dos visitas subsecuentes registrándose valores superiores al establecido como límite de normalidad, en los adultos. En el caso de niños se requieren tres visitas subsecuentes.

² De acuerdo a las guías para el manejo de la hipertensión arterial provistas por la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional (OMS/ISH) en 1999, que adoptaron la definición y clasificación propuesta por el JNC VI.

ANEXO II

CLASIFICACION DE PRACTICAS O PRESTACIONES

Definiciones

- La **práctica** es la unidad de prestación, es el conjunto de acciones tales como estudios simples, complejos e intervencionistas, así como la interpretación de los mismos para la elaboración del diagnóstico.
- La **prestación** es el servicio completo que se le brinda al paciente, que incluye desde la recepción de la orden médica hasta la entrega del informe.

Justificación

Los estudios incluidos en la nómina son los solicitados en establecimientos de salud del primer nivel de atención, considerando las características de la población incluida, la patología prevalente, los grupos de edades comprendidos o la patología eventual, diagnosticada y seguida por este nivel de atención.

Las categorías A y B incluyen aquellos estudios complementarios solicitados, evaluados y seguidos en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Incluyen los estudios solicitados para diagnóstico y seguimiento de salud o enfermedades prevalentes, agudas o crónicas. La diferenciación entre estas dos categorías se estableció según criterios de frecuencia.

Por otro lado, la categoría C incluye estudios de mayor complejidad que si bien pueden ser eventualmente solicitados y evaluados en establecimientos de salud del primer nivel de atención, generalmente requieren la interconsulta y derivación a un especialista de un centro de mayor complejidad.

Categorías

Dentro de los tres tipos de categorías definidos, su estratificación se basa en la frecuencia, la complejidad y la utilidad de los mismos.

La categoría A incluye los laboratorios básicos y los métodos de imágenes más frecuentemente solicitados en establecimientos de salud del primer nivel de atención, utilizados para diagnóstico de patología aguda prevalente o seguimiento de patología crónica. Esta categoría comprende, también, los estudios solicitados de rutina para el seguimiento de niños sanos, del embarazo y del control del adulto.

La categoría B está representada por estudios que habitualmente tienen menor frecuencia de indicación en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Incluye estudios de diagnóstico por imágenes de mediana complejidad y laboratorio clínico de mediana complejidad.

La categoría C comprende estudios más complejos y menos frecuentemente solicitados que complementan los estudios de las categorías A o B. Incluye estudios de diagnóstico por imágenes de alta complejidad y estudios de laboratorio no comprendidos en las categorías A y B.

CATEGORÍA A	CATEGORÍA B	CATEGORÍA C
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Grupo sanguíneo y Factor • Eritrosedimentación • Glucemia • Uremia • Creatininemia • Hepatograma • Proteinograma • Colesterolemia • Lipidograma • Coagulograma • Orina completa • Urocultivo • Cultivo de flujo vaginal • Coprocultivo • Cultivo para búsqueda de BAAR • Parasitológico de materia fecal • Electrocardiograma • Radiografías simples • Ecografías tocoginecológicas • PAP y colposcopia • Serologías (Chagas, VDRL, Toxoplasmosis) • Colocación de DIU • PPD • Otras 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías con contraste • Ecografías • Mamografías • β-HCG³ • Laboratorio toxicológico⁴ • Serologías (no especificadas como categoría A) • SOMF (sangre oculta en materia fecal) • Pesquisa neonatal⁵ • Gases en sangre venosa • Ionograma • Calcemia • Fosfatemia • Magneemia • Otras 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomografía axial computada • Resonancia magnética nuclear • Marcadores tumorales⁶ • Anticuerpos para enfermedades autoinmunes⁷ • Laboratorio endocrinológico⁸ • Otras

³ β -HCG: Gonadotropina coriónica (subunidad β). Dosaje cuali o cuantitativo en sangre y/u orina.

⁴ *Laboratorio toxicológico*: Arsénico; Drogas de abuso; Monóxido de carbono; Plumburia

⁵ *Pesquisa neonatal*: TSH – T3 -T4; Fenilalaninemia (PKU); Galactosemia total o galactosa-1-fosfatasa (G-1-P); Biotinidasa; 17-hidroxiprogesterona (17-OH-progesterona); Tripsina inmunorreactiva (IRT)

⁶ *Marcadores tumorales*: CA 125; CA 19,9; CA 15,3; AVM (Acido Vainillín Mandélico); PSA (Antígeno Prostático Específico); α - fetoproteína; CEA (Antígeno carcinoma embrionario)

⁷ *Anticuerpos para enfermedades autoinmunes*: Anti tiroglobulina ; Anti tiroideos; Anti mitocondriales ; ANA; FR; FAN ; Anti AND; Anti músculo liso

⁸ *Laboratorio Endocrinológico*: 17-cetoesteroides; ACTH; Aldosterona; Angiotensina; Calcitonina; Cortisol; Dehidroepiandrosterona; Estradiol; Estríol; Estrógeno; Estrona; FSH ; Glucagon; LH; Parathormona; Pregnanodiol; Pregnantriol; Progesterona; Prolactina; Renina; Somatotrofina; Testosterona; TSH- T3-T4

**RESULTADOS DE LA
PRUEBA PILOTO DEL
CONJUNTO MINIMO DE
DATOS BASICOS -CMDB-
DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCION**

INFORMACION ESTADISTICA
DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Contenidos acordados en la XX RNES, realizada en la Ciudad
de Buenos Aires los días 03-04 de setiembre de 2007

CONSIDERACIONES SOBRE LA PRUEBA PILOTO

Durante el período junio-julio de 2008 se realizó la prueba piloto del Conjunto Mínimo de Datos Básicos -CMDB- del primer nivel de atención en centros de salud -CAPS- seleccionados de cinco provincias (Buenos Aires, Chubut, Jujuy, Mendoza y Misiones).

1.1. OBJETIVO DE LA PRUEBA

Probar la **factibilidad** de los contenidos acordados en la XX Reunión Nacional de Estadísticas de Salud en condiciones diferentes de los CAPS.

1.2. UNIVERSO

- Desde el punto de vista del **área geográfica**: se seleccionaron CAPS de áreas geográficas bien contrastadas (Conurbano Bonaerense, Chubut, Gran Mendoza, Jujuy y Misiones).
- Desde el punto de vista **organizacional** de los CAPS: se seleccionaron centros con modalidades de gerenciamiento diferentes, grados distintos en cuanto a nivel de resolución (sólo Medicina General, con Medicina General más especialidades, etc.) y perfiles diferentes de las poblaciones que acceden.
- Desde el punto de vista **metodológico**: se consideró la inclusión de CAPS informatizados y sin informatizar; CAPS informatizados y con conectividad; CAPS informatizados y sin conectividad y CAPS sin informatizar en donde se registren los datos en soporte papel y los formularios se envíen para la carga en algún nodo (CAPS u hospital base, etc.).
- Con las dimensiones mencionadas precedentemente, más el **tamaño** del CAPS, medido en términos de cantidad de consultas mensuales, se seleccionaron los CAPS que entraron en la prueba piloto.

1.3. PROVINCIAS SELECCIONADAS PARA LA PRUEBA PILOTO

En la selección de provincias se tuvo en cuenta que en las mismas se reflejaran situaciones diferentes en cuanto a las características de las poblaciones y de los centros de salud del primer nivel de atención.

Se seleccionaron las siguientes:

- Chubut, Jujuy y Misiones
- Conurbano Bonaerense y Gran Mendoza

1.4. VARIABLES CONSIDERADAS PARA LA SELECCION DE LOS CENTROS

Se identificaron para la selección de los centros las variables: Tamaño (cantidad de consultas por mes), Nivel de Resolución y Disponibilidad de Informática.

- Tamaño:
 - chico (menos de 1.000 y más de 100 consultas médicas por mes)
 - grande (1.000 y más consultas médicas por mes y menos de 3.000)
- Nivel de Resolución:
 - sólo con Medicina General
 - Medicina General y otras especialidades (Pediatría y Tocoginecología)
 - resto
- Disponibilidad de Informática:
 - con computadora
 - sin computadora

1.5. TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA

El tiempo de ejecución de la prueba dependió de la cantidad de consultas médicas de los CAPS (diaria, semanal o mensual). En ningún caso fue superior a un mes.

1.6. CENTROS ASISTENCIALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION SELECCIONADOS PARA LA PRUEBA PILOTO DEL CMDB DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Del análisis de la información disponible en el Catastro de CAPS realizado en el año 2005 por el Programa REMEDIAR y procesada por el mismo programa, se seleccionaron CAPS que reúnen las siguientes condiciones:

- Chico, sólo Medicina General y no tiene computadora
- Chico, Medicina General y Pediatría y/o Tocoginecología y tiene computadora
- Chico, Medicina General y Pediatría y/o Tocoginecología y no tiene computadora
- Chico, resto de especialidades y tiene computadora
- Chico, resto de especialidades y no tiene computadora
- Grande, Medicina General y Pediatría y/o Tocoginecología y tiene computadora
- Grande, Medicina General y Pediatría y/o Tocoginecología y no tiene computadora

En el cuadro siguiente se detallan los CAPS participantes de la prueba piloto.

PROVINCIA	DEPARTAMENTO	LOCALIDAD	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CANTIDAD DE CONSULTAS MENSUALES (REMEDIAR)	CANTIDAD CONSULTAS PRUEBA PILOTO
BUENOS AIRES	QUILMES	BERNAL	UNIDAD SANITARIA MARIA EVA	375	500
BUENOS AIRES	QUILMES	SAN FRANCISCO SOLANO	CIC CIUDAD DE LA PAZ (ex UNIDAD SANITARIA)	1.191	393
CHUBUT	PUERTO MADRYN	PUERTO MADRYN	CS BARRIO GÜEMES	1.181	482
CHUBUT	PUERTO MADRYN	PUERTO MADRYN	CS RUCA CALIL - B° AUTODROMO	1.163	884
JUJUY	LEDESMA	LIBERTADOR GRAL. SAN MARTIN	EVA PERON	641	504
JUJUY	LEDESMA	LIBERTADOR GRAL. SAN MARTIN	SANTA ROSA	1.060	507
JUJUY	LEDESMA	YUTO	HOSPITAL SAN MIGUEL	1.133	591
JUJUY	PALPALA	PALPALA	P.S 18 DE NOVIEMBRE	248	324
JUJUY	SAN PEDRO	RODEITO	RODEITO	388	421
MENDOZA	MAIPU	MAIPU	CHACHINGO	329	249
MENDOZA	MAIPU	MAIPU	CS TROPERO SOSA	1.451	304
MISIONES	IGUAZU	COLONIA WANDA	PUESTO DE SALUD WANDA CENTRO	795	110
MISIONES	IGUAZU	PUERTO ESPERANZA	CAPS 8 DE DICIEMBRE ⁹	300	129
MISIONES	IGUAZU	PUERTO ESPERANZA	HOSPITAL AREA PUERTO ESPERANZA	2.502	486
MISIONES	IGUAZU	PUERTO IGUAZU	SALA PERIFERICA FORTIN MBORORE	264	152
MISIONES	IGUAZU	PUERTO IGUAZU	SALA PERIFERICA VILLA ALTA ¹⁰	1.411	31
TOTAL CONSULTAS DE LA PRUEBA PILOTO					6.067

⁹ El CAPS 8 DE DICIEMBRE reemplazó al CAPS VILLA NUEVA.

¹⁰ El Centro de Salud VILLA ALTA cerró.

2. COBERTURA Y CALIDAD A PARTIR DEL ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

En las Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud -OPES- de las provincias que participaron de la prueba piloto se hizo la codificación y vuelco de datos a partir de un software oportunamente suministrado por el nivel nacional.

En el nivel nacional se hizo el procesamiento general y el análisis de cobertura (integridad) y de calidad (precisión, especificidad y consistencia en las respuestas) de cada una de las variables contenidas en el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias del Primer Nivel de Atención -IEPNA-. A continuación se sintetizan los resultados.

2.1. ENCABEZADO DEL IEPNA

El encabezado de la planilla del Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias del Primer Nivel de Atención contiene cinco variables que hacen referencia a la identificación del centro de salud: Apellido y nombre del médico, Establecimiento, Código del establecimiento, Fecha y Hoja número. Se ha observado lo siguiente.

Apellido y nombre del médico: en general se completó para todos los centros. Sólo en algunos casos no se completó en la segunda hoja.

Establecimiento: de los 18 establecimientos que formaron parte de esta prueba solamente dos centros (de distintas provincias) no consignaron el nombre del mismo.

Código del establecimiento: se pudo observar que en algo más de la mitad de los establecimientos no se completó esta variable.

Fecha: no se observaron dificultades al consignarse estos datos.

Hoja número: se observó mucha heterogeneidad en el volcado de datos. Aún para una misma provincia se registraron diferencias entre centros de salud.

2.2. TIPO Y N° DE DOCUMENTO

Tipo de documento: se completó para el 80,7% de los casos. En sólo tres oportunidades se consignaron tipos de documento diferentes a "DNI" y en el 2,4% de los casos fueron registrados en la categoría "otros" (143 casos).

El 19,3% de los casos relevados no presentó datos para esta variable. El nivel de no respuesta varió según establecimiento, observándose en alguno de ellos la ausencia de no respuesta y el 89,2% en el establecimiento con mayor nivel de omisión.

Cabe destacar que el Tipo de documento "DNI" fue incorporado en el programa de carga como opción por defecto. Por ello, es posible que haya aparecido esta

opción en casos en los que el paciente no suministró la información correspondiente o que la particularidad del programa haya incidido en una sobre-representación de este tipo de documento.

Número de documento: se consignó correctamente para el 82,7% de los registros. Se observaron frecuencias mayores a uno para 551 casos/persona, lo que indicaría que se trata del registro de personas que realizaron más de una consulta durante el lapso de ejecución de la prueba piloto. Esto muestra la importancia de esta variable como **variable conectora** en relación a los otros contenidos, y para la transformación de las **estadísticas de prestaciones en estadísticas de pacientes**.

En el 16,3% (981 casos) no se contó con el número de documento. En casi su totalidad se trató de datos faltantes y una pequeña proporción de incoherentes o información incorrecta.

Según el establecimiento, los valores de no respuesta oscilaron entre el 2,3% y el 56,6%, por lo que la omisión en esta variable presentó alta variabilidad.

En cuatro establecimientos el nivel de no respuesta superó el 20%.

2.3. APELLIDO Y NOMBRES

El porcentaje de omisión del apellido y nombres ascendió, a nivel general, al 0,2%. Al observarse por centro de salud, pudo constatarse que en ninguno superó el 5%, por lo que el nivel de registro de esta variable fue muy bueno y homogéneo en todos los establecimientos.

Se registraron 14 casos en blanco, uno incoherente y 685 con frecuencias mayores a uno, lo que evidenció cierta incoherencia en los datos, en tanto existieron más nombres repetidos que números de documento en dicha situación. Si bien es evidente que puede haber repetición de nombres y apellidos en personas diferentes, pareciera que la diferencia en la cantidad de registros con documentos repetidos y con nombres repetidos es demasiado importante.

2.4. PERTENECE O ESTA ASOCIADO A

Esta variable presentó valores faltantes para el 16,1% de los casos.

El nivel de omisión fue muy heterogéneo, habiéndose observado centros en los que no hubo omisión (o ésta fue de una magnitud ínfima) y centros en los que la misma superó el 90% de los registros.

Pudo comprobarse, a través del pareo con los formularios, la existencia de un sesgo en la carga de los datos, lo que dificultó el análisis de la calidad del llenado de este campo. Dicho sesgo se generó en la asociación entre el código "0", que representa la ausencia de información en este ítem, y el valor "5", que representa la no afiliación a ningún tipo de cobertura.

Se encontró un centro chico donde aparentemente todo el formulario fue llenado por el médico; en otro centro se consignó "SI/NO" debajo de la columna "Obra social"; y en otro se consignó el nombre de la entidad a la que está afiliado el paciente pero no se realizó la marca respectiva.

En cuanto a la especificación de la entidad, para el 72,9% de los que figuraron como "asociados" se consignó el nombre de la misma. Se encontraron inconsistencias con respecto al llenado del nombre. En 56 casos para los cuales la variable de asociación indicaba "Ninguno" o estaba en blanco, se completó algún nombre de "Obra social", "Plan de salud Privado o Mutual" o "Plan de Seguro público".

Se encontraron inconsistencias en relación al tipo de cobertura y nombre de la misma: por ejemplo, "Plan Nacer" fue consignado dos veces como "Obra social" y 14 veces como "Plan de salud Privado o Mutual". También fue consignado en 6 casos para los que la variable Pertenece o está Asociado figuraba en blanco y 5 en los cuales había sido registrada la categoría "Ninguno".

Se observó que el 98,8% de los casos de "Plan o Seguro público" corresponde al "Plan Nacer".

2.5. RESIDENCIA HABITUAL DEL PACIENTE

En el 13,6% de los casos se completaron todos los ítems que componen el domicilio (calle, número, barrio, localidad, departamento y provincia). Se encontró que en el 29,1% (1.794 casos) sólo se omitió el barrio. En el 2,3% no se completó ningún ítem de la Residencia Habitual del Paciente.

En el 85,4% de los casos (5.181 consultas) se completaron correctamente los campos de localidad, departamento y provincia de residencia, por lo que más allá de que no sea recuperable el domicilio a nivel del centro de salud, sí lo es el área geográfica de residencia hasta el nivel de localidad. En 10 de los 16 establecimientos, los registros que permitieron reconocer el área geográfica de residencia a nivel de localidad, representaron más del 90% de los casos. En el resto, este porcentaje osciló entre el 33,7% y el 69,2%.

Cabe señalar que la recuperabilidad de los registros depende de la localidad en la que se encuentra establecido el centro de salud. Centros ubicados en grandes aglomerados pueden presentar repeticiones de domicilios en localidades vecinas, lo que dificulta el reconocimiento del mismo cuando la información no está registrada de manera completa. Por otro lado, debe recordarse que no necesariamente el domicilio completo puede consignarse bajo el formato calle, número, barrio, localidad, departamento y provincia, por lo que el volumen de registros con domicilio incompleto pero recuperable puede estar subestimado.

Debe tenerse en cuenta la particularidad del programa de carga que contiene tablas de provincia, departamento y localidad y es probable que la persona a cargo del ingreso de los datos conociera la procedencia habitual de los que consultan en el centro de salud. Por dicho motivo, se ha encontrado en la base de datos una omisión menor a la que se observó en los formularios.

2.6. SEXO

En lo que se refiere al llenado del formulario, la omisión no fue de magnitudes considerables. El nivel de omisión en esta variable puede ser recuperado a partir del buen nivel de llenado de la variable Apellido y Nombres. Se pudo comprobar que el margen de información no recuperable a causa de nombres por los cuales no se puede determinar el sexo o nombres no consignados de manera completa, es ínfimo (aproximadamente el 2% del total de casos).

Esta variable presentó un alto nivel de omisión en la base de datos que estuvo originada en el proceso de carga.

2.7. FECHA DE NACIMIENTO

Se observó que en un 8,6% (524 casos) no se consignó la fecha de nacimiento. Para 43 casos, dicha fecha es recuperable, en tanto está consignada la edad en días. Se encontraron 10 fechas de nacimiento erróneas (posteriores a la fecha de consulta).

En cuanto a la variabilidad de la omisión según centro, osciló entre el 0,6% y el 29,9%.

2.8. EDAD

El nivel de omisión ascendió al 4,1%. Se presentó un sólo caso con edad inválida. Por otro lado, para el 5,4% (327 casos) se completó más de una unidad de edad. Esto no significa una pérdida de información, sino una forma incorrecta de registrar la edad del individuo (por exceso).

El nivel de respuesta para esta variable fue bueno en todos los centros. Sólo en dos de ellos se encuentra levemente por debajo del 90%, por lo que puede considerarse que esta variable no presentó problemas importantes de omisión.

En 67 casos no se consignaron datos en las variables Edad y Fecha de Nacimiento, por lo que ambas características son irrecuperables. En 181 casos, la edad es recuperable por la fecha de nacimiento.

En resumen, puede decirse que la variable Edad presentó un porcentaje de respuesta del 95,9%, que ascendería al 98,9% a partir de los recuperos.

Finalmente, de los 4.853 casos en los que la Edad y la Fecha de Nacimiento fueron consignadas, el 17,7% (861 casos) presentó inconsistencias al ser recalculadas las edades a partir de la Fecha de Nacimiento y la Fecha de consulta.

DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA

En este punto se hace referencia a las características del llenado de los ítems que hacen al Diagnóstico o Motivo de Consulta. En el punto 3 de este documento se hace hincapié en la calidad del registro y de la codificación.

Para el análisis de estas variables se debe mencionar que en la Provincia de Buenos Aires uno de los centros de salud que se incluyeron en la prueba piloto no realizó la codificación de diagnóstico en el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias del Primer Nivel de Atención.

Diagnóstico o Motivo de Consulta 1: se completó el Diagnóstico o Motivo de Consulta en el 96,1% (5.831 casos). El nivel de omisión en dicha variable por centro varió desde el 0% al 24,5%. Esto podría deberse, en parte, a la ausencia del paciente a la consulta, hecho que debería consignarse con la palabra "ausente".

Código 1: de los diagnósticos que fueron registrados en la variable anterior, se codificó el 86,8%.

Primera vez o Ulterior 1: de los diagnósticos anteriormente mencionados, se consignó Primera vez o Ulterior en el 74,9% (4.367 casos). El rango de omisión varió, para los distintos centros, entre el 2,2% y el 81,5%.

Diagnóstico o Motivo de Consulta 2: se registró un segundo Diagnóstico o Motivo de Consulta en el 13,1% (796 casos) del total de consultas.

Código 2: del segundo Diagnóstico o Motivo de Consulta, se codificó el 93,3% (743 casos).

Primera vez o Ulterior 2: de los 796 Motivos de Consulta o Diagnóstico mencionados anteriormente se consignó Primera vez o Ulterior en el 56,8% (452 casos).

Diagnóstico o Motivo de Consulta 3: se registró un tercer Diagnóstico o Motivo de Consulta en 15 casos, que representan el 0,2% del total de consultas.

Código 3: se registró un código de Diagnóstico o Motivo de Consulta en 14 de los 15 casos mencionados anteriormente.

Primera vez o Ulterior 3: de los 15 diagnósticos consignados en tercer lugar, se registró Primera vez o Ulterior solamente en tres casos.

No se registraron casos con más de tres diagnósticos o motivos de consulta.

2.9. CONTROL PEDIATRICO

Características generales del ítem Percentilo: se observaron 1.592 casos con algún dato correspondiente al percentilado (computando todas las edades).

Se encontraron 2.422 consultas médicas de niños con edad registrada menores de 6 años. El nivel de omisión alcanzó el 39,7%.

La proporción de consultas con información consignada para esta variable estuvo compuesta de un 9,5% de registros con algún dato faltante y un 50,8% de registros para los que se consignaron los tres ítems que la componen.

Se encontraron también tres casos en los que se realizó de manera completa el percentilado en consultas en las cuales no se consignó la edad y 27 casos para los que se consignó algún ítem referido al percentilado y en los cuales no se informó la edad. Por otro lado, se detectaron 79 casos en los que el percentilado se efectuó de manera completa a pesar de tratarse de consultas de individuos de 6 años o más, contándose 103 si se consideran aquéllos en los que se registró algún dato de los que componen el percentilado.

Se observó un alto nivel de heterogeneidad en la metodología de notación de los percentilos.

Percentilo de Peso para la Edad

En 1.452 de estas consultas figuraba algún registro de Percentilo de Peso para la Edad, lo cual representa el 60% de las consultas de los niños menores de 6 años. El 63,5% (922 casos) tenían registros factibles, lo cual representó un 38,1% de estas consultas.

Se observaron 434 registros inválidos y 97 con forma de registro incorrecta o inespecífica. Se consideró "inválido" a valores que no son posibles en el uso habitual de las tablas de percentilos.

Se encontró un rango de dispersión entre las provincias para el porcentaje de consultas con registros de percentilo de Peso para la Edad, entre 43,3% y 73,4% y un rango para los registros factibles entre 40,1% y 93,8%.

Percentilo de Talla para la Edad

En 1.400 de las consultas de menores de 6 años figuraba algún registro de Percentilo de Talla para la Edad, lo cual representó el 57,8% de estas consultas. El 67,6% (947 casos) tenía registros factibles, lo cual representó el 39,1%.

Se observaron 415 registros inválidos y 58 incorrectos o inespecíficos.

Se encontró un rango de dispersión entre las provincias para el porcentaje de consultas con registros de Percentilo de Talla para la Edad entre 42,1% y 66,9% y un rango para los registros factibles entre 39,9% y 96,1%.

Adecuación del Peso para la Talla

En 1.245 consultas de menores de 6 años figuraba algún registro de adecuación del Peso para la Talla, lo cual representó el 51,4% de estas consultas. El 41,3% (514 casos) tenía registros factibles, lo cual representó el 21,2%.

Se encontró un rango de dispersión entre las provincias para el porcentaje de consultas con registros de adecuación del Peso para la Talla, entre 34,5% y 64,3% y un rango para los registros factibles entre 0% y 93,9%.

Sugerencia

Para reducir los registros inválidos de percentilos de Peso y Talla para la Edad, se propone categorizar esta variable de la siguiente forma:

<3
3
3-10
10
10-25
25
25-50
50
50-75
75
75-90
90
90-97
97
>97

Comentarios

La valoración antropométrica del niño resulta indispensable para un adecuado diagnóstico nutricional y de crecimiento y desarrollo. Es por ello reconocida como una estrategia fundamental en la consulta pediátrica ambulatoria para detectar cualquier alteración en su estado nutricional, así como poner en evidencia otras patologías.

La obesidad es un problema sanitario reconocido actualmente como una preocupación a nivel nacional, mientras la desnutrición continúa siendo reconocida como causa directa e indirecta de enfermedad y muerte, sobre todo en los niños menores de 6 años. Ambas condiciones adquieren, además, importancia en función de las consecuencias y repercusiones mediatas que provocan en la salud (metabolopatías, enfermedad cardiovascular, entre otras, del adulto).

La compilación de estas variables y su procesamiento permiten obtener una información sensible y confiable de la situación nutricional de los niños menores de 6 años que concurren a la consulta en el primer nivel de atención.

Es por todo esto, que se incluyeron estas variables, que deberían formar parte de la consulta pediátrica habitual, con un valor inestimable para la valoración sanitaria de esta población, realizar diagnósticos adecuados y periódicos e implementar políticas necesarias para mejorar la salud de esta población, particularmente vulnerable.

Vacunación: la información acerca del plan de Vacunación Completo o Incompleto se consignó correctamente en el 63,1% de las consultas de menores de 6 años registradas y, erróneamente, en el 9,7% de los casos de mayores de 5 años. Por otro lado, 25 casos sin edad presentaron esta información.

El nivel de dispersión en la omisión correspondiente al plan de vacunación fue muy amplio entre los diferentes centros de salud.

Dentro de las 2.422 consultas de menores de 6 años se ha constatado que en el 61,0% de los casos (1.478 casos), se ha evaluado a niños con Vacunación Completa, mientras que los de Vacunación Incompleta representaron el 2,5% (60 casos).

Se observaron casos en donde se marcó tanto Vacunación Completa como Vacunación Incompleta.

Dentro del análisis surge como dato significativo el importante número de casos en que no se ha consignado ningún dato, como puede verse en el cuadro.

JURISDICCIÓN	Nº de registros	Vac Completa		Vac Incompleta		Sin datos	
		Nº absoluto	Porcentaje	Nº absoluto	Porcentaje	Nº absoluto	Porcentaje
Buenos Aires	302	153	50,7	20	6,6	129	42,7
Chubut	691	358	51,8	18	2,6	320	46,3
Jujuy	1.023	753	73,6	13	1,3	257	25,1
Mendoza	154	92	59,7	2	1,3	60	39,0
Misiones	252	122	48,4	7	2,8	123	48,8
TOTAL	2.422	1.478	61,0	60,0	2,5	890	36,7

Sugerencia

Parece importante, en función del análisis de los datos, resaltar dentro de la planilla de registro que todo niño que no presente carné de vacunas o que según informe la madre no posea vacunas al día, debe ser registrado como con Vacunación Incompleta y no con la ausencia del registro. Se debería consignar esta recomendación en el formulario.

2.10. CONTROL EMBARAZO

En relación a la variable Control Embarazo, se ha determinado la población pasible de completar esta información en base a criterios adoptados en común entre los distintos programas que participaron de la prueba piloto.

Dado que este conjunto de variables puede corresponder a un grupo etéreo determinado y a un sexo específico, de definió la subpoblación en base a:

- Edad comprendida entre 10 y 59 años o sin datos
- Sexo femenino o sin datos
- Semanas de Gestación o sin datos
- Tensión Arterial mínima o máxima o sin datos
- Codificación según CEPS-AP con diagnósticos relacionados a embarazo (códigos 600-624;822-824) en primero, segundo o tercer diagnóstico

La selección puede estar sesgada por otros problemas de omisión. Por ejemplo, si en una consulta no se consignaron correctamente la edad, el sexo o el diagnóstico (o no se codificó bien este último), ésta no pudo ser reconocida como de una mujer embarazada y no formó parte del análisis.

En esta selección se presentó una dificultad en el caso de la Provincia de Buenos Aires dado que en uno de los centros no se codificó el diagnóstico, como ya se señaló; en el otro no registraron consultas por embarazo.

Por lo tanto, se decidió separar el análisis de la Provincia de Buenos Aires en un apartado especial.

De las cuatro provincias en las que se realizó la evaluación, se registraron 292 consultas clasificables como Control de Embarazo. En éstas, se registró un 22% sin ninguna información¹¹, un 11% con registros incompletos¹² y un 67% con registros completos¹³.

En relación a su dispersión, en estas cuatro provincias se pudo observar una oscilación no mayor al 15% en todos los casos:

- Registros completos: 60% a 75%
- Registros incompletos: 6% a 14%
- Sin información: 17% a 26%

Al analizar las variables en forma independiente la oscilación entre provincias en relación a Tensión Arterial o Semanas de Gestación fue:

- Registros con Tensión Arterial: 70% a 81%
- Registros con Semanas de Gestación: 65% a 81%

¹¹ “Sin ninguna información”: aquellos registros en que no figura Tensión Arterial (máxima y mínima) ni Semanas de Gestación.

¹² “Incompletos”: aquellos registros en que figura Tensión Arterial (máxima y mínima) o Semanas de Gestación.

¹³ “Completos”: aquellos registros en los cuales se halló Tensión Arterial (máxima y mínima) y Semanas de Gestación.

De los registros que no fueron seleccionados como potenciales controles de embarazo, el 4,1% (214 casos) presentaron algún dato del control obstétrico. Dos de ellos presentaron información de las Semanas de Gestación, sin embargo, pudo constatar que se trató de un caso cuyo diagnóstico no fue codificado (y se trataba de un control de embarazo) y otro para el cual se consignó otro diagnóstico. El resto de los casos presentaron información referida a la Tensión Arterial, por lo que se hipotetizó que se realizó un mal llenado de esta columna del formulario que condujo a la anotación de la presión arterial en consultas donde la medición se realizó, pero no se trató de controles prenatales.

En resumen, se pudo constatar que en muchos casos se ha colocado el registro de Tensión Arterial en pacientes que concurren a la consulta por control de salud o patologías, en los cuales no se evidenció ninguna compatibilidad con un control obstétrico.

Control Embarazo	Provincias							
	Chubut		Jujuy		Misiones		Mendoza	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Ambos registros (TA y SG)	27	75%	83	67%	58	60%	27	75%
Sólo registro de Tensión Arterial	29	81%	94	76%	67	70%	27	75%
Sólo registro de Semanas de Gestación	28	78%	86	69%	62	65%	29	81%
TOTAL	36	100%	124	100%	96	100%	36	100%

Resultados de la Provincia de Buenos Aires

De la revisión de los formularios correspondientes al Centro de Salud María Eva, se observaron consultas con las siguientes características:

- Control de Embarazo referido sólo en el Diagnóstico: 5 casos
- Con Diagnóstico de Control de Embarazo:
 - y con registro de Tensión Arterial y Semanas de Gestación: 17 casos
 - y con registro sólo de Tensión Arterial: 4 casos
- Con Semanas de Gestación y sin Diagnóstico de embarazo: 1 caso

2.11. PATOLOGIAS CRONICAS

El análisis de las respuestas a esta variable se hizo comparándolas con los Diagnósticos o Motivos de Consulta en base al texto ingresado y no a la codificación, para evitar el sesgo que introducirían los errores de codificación (tratados en el punto 3 de este documento) y la ausencia de codificación en un centro, ya mencionado.

Diabetes mellitus

El nivel de respuesta de esta variable fue del 0,8 %. La variabilidad del registro según centro osciló entre el 0,2% y el 3,2% y, según provincia, entre el 0,1% y el 2,5%. Se observó que 6 centros no detallaron registros en este campo.

De los 50 registros observados, el 36% (18 registros) coinciden con el Diagnóstico o Motivo de Consulta, mientras que en el 64% restante se observó otro diagnóstico (en 5 casos fue Hipertensión arterial) por lo que se infiere que corresponde a pacientes portadores de esta enfermedad crónica que consultaron por otra patología, ajustándose entonces a lo especificado en el Instructivo para el llenado de este ítem.

Si se consideran todos los diagnósticos detallados en la variable de Diagnóstico o Motivo de Consulta (42 registros), aún aquellos no codificados (se codificaron 38, es decir, el 90%), de éstos sólo se detalló en la variable Patologías Crónicas casi el 43%, es decir, que se observó un 57% de omisión en relación a los motivos de consulta o diagnósticos.

Hipertensión arterial primaria

El nivel de respuesta de este ítem fue del 2,5 %. La variabilidad del registro según centro osciló entre el 1% y el 8,9% y, según provincia, entre el 0,7% y el 7,2%. Se observó que tres centros no detallaron registros en este ítem.

De los 154 registros observados, el 56% (87 registros) coincidieron con el Diagnóstico o Motivo de Consulta, mientras que en el 44% restante se observó otro diagnóstico (en 2 casos fue Diabetes) por lo que se infiere que corresponde a pacientes portadores de esta enfermedad crónica que consultaron por otra patología, ajustándose entonces a lo especificado en el Instructivo para el llenado de este ítem.

Si se consideran todos los diagnósticos detallados en la variable Diagnóstico o Motivo de Consulta (164 registros), aún aquellos no codificados (se codificaron 130, es decir, el 79%), de éstos sólo se detalló en la variable Patologías Crónicas el 53%, es decir, que se observó un 47% de omisión en relación a los motivos de consulta o diagnósticos.

Comentarios

La incorporación de esta variable ha sido considerada una mejora en el sistema de información que permita conocer la carga sanitaria y epidemiológica de la población bajo cobertura, para identificar con certeza la patología prevalente y poder establecer una planificación con elementos confiables, oportunos y eficientes.

El cambio epidemiológico de la población hace que las enfermedades crónicas adquieran importancia en el costo de la atención de la salud, directamente relacionado con la mayor expectativa de vida y la capacidad de resolución efectiva de las complicaciones agudas. Asimismo, la carga de mortalidad y discapacidad atribuible a enfermedades no transmisibles, en particular las afecciones cardiovasculares, supera la carga impuesta por enfermedades transmisibles. Para hacer frente a esta “doble carga”, se propone una “doble respuesta” combinando la prevención y el control mediante la gestión de enfermedad¹⁴.

2.12. INDICACION DE PRACTICAS O PRESTACIONES

El nivel de respuesta fue del 18,5% (1.123 casos). La variabilidad del registro según centro osciló entre el 11% y el 33% y, según provincia, entre el 13% y el 23%.

De los datos consignados, un 1,6% fueron incoherentes y el 36% no se ajustó a lo requerido según instructivo, detallando en éstos un 94% de indicaciones médicas, 5% de medicamentos, 7% de diagnósticos y 3% de derivaciones.

El nivel de respuesta válido resultó, entonces, de 11,1%.

Cabe señalar, que la no respuesta (81,5%) no necesariamente implica ausencia de información, ya que **no toda consulta genera indicación de prácticas o prestaciones**.

De los 721 datos consignados en forma adecuada, en el 59% se solicitaron estudios de laboratorio, en el 50% de imágenes (siendo más de la mitad estudios ecográficos), casi en el 12% colposcopías y/o Papanicolau y casi en el 8% electrocardiogramas.

Se observó que en un 44,5% se solicitó un solo tipo de prácticas, siendo la más frecuente de laboratorio y en un 19% dos tipos de prácticas, siendo la asociación más frecuente laboratorio más ecografía.

Con relación a la categorización de las prácticas se destaca que un 64% de las de laboratorio (273 registros inespecíficos como “rutina”, “laboratorio”, “análisis”, etc.) y un 42% de las de imágenes (ecografía, radiografía), no fueron especificadas lo cual impide su correcta categorización.

¹⁴ Díaz C.A. El Pequeño Gestión Ilustrado Servicios de Salud, 2006.

Si se considera la clasificación de prácticas o prestaciones que figura en el Anexo del Instructivo, y asignando la ausencia de detalle en el caso de ecografía como práctica de categoría B y de radiografía como práctica de categoría A, del total de prácticas indicadas un 65,3% fueron de categoría A, un 24% de categoría B y casi el 1% de categoría C.

Con respecto a la relación de indicación de prácticas y grupos etáreos, se observó que el 43% correspondió a menores de 20 años y, dentro de este grupo, el 64% a menores de 6 años, destacándose que el 61% de las indicaciones incorrectas (uso del espacio de esta variable para registrar otras variables) se encuentran en este último grupo.

El grupo de 20 a 49 años concentró el 36% de las indicaciones.

Comentarios

Si se parte de la premisa que el CMDB del primer nivel de atención representa información válida para la toma de decisiones que permitan alcanzar la excelencia operativa y la eficiencia en la utilización de los recursos, la presencia de esta variable se consideró de importancia para la estimación de la demanda, la asignación de los recursos y el acceso organizacional y geográfico de la población al sistema de salud.

Asimismo, permite evaluar la efectiva implementación regional de los programas tales como los de detección precoz de patología neoplásica, los de pesquisa neonatal y los de reproducción responsable.

Recomendaciones

Se sugiere consignar con una raya la ausencia de indicación de prácticas o prestaciones con el objeto de documentar mejor tal circunstancia.

Para mejorar el relevamiento de los indicadores de pesquisa neoplásica (Papanicolau, colposcopia y mamografía), neonatal y reproducción responsable (colocación de DIU) se propone incorporar la categoría D en la clasificación de prácticas o prestaciones.

Se propone, por un lado, eliminar la opción "otros" de las tres categorías ya que al hacerse la carga codificada podría dar lugar a errores; por otro lado, generar una nueva categoría E para las otras prácticas o prestaciones que no hubieran sido contempladas en las categorías anteriores.

Del análisis detallado de las prácticas o prestaciones solicitadas surgieron indicaciones que no habían sido detalladas en ninguna categoría y que se entiende corresponde especificar para mejorar el listado.

En la categoría A faltaría especificar:

- En el apartado de serologías: HIV y HBV

En la categoría B faltaría especificar:

- Espirometría
- Dosaje de inmunoglobulinas
- Ergometría
- Audiometría
- Fondo de ojo
- Electroencefalograma

PROPUESTAS DE MODIFICACIONES A LAS CATEGORÍAS DE LA CLASIFICACIÓN DE PRACTICAS O PRESTACIONES

CATEGORÍA A	CATEGORÍA B
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Grupo sanguíneo y Factor • Eritrosedimentación • Glucemia • Uremia • Creatininemia • Hepatograma • Proteinograma • Colesterolemia • Lipidograma • Coagulograma • Orina completa • Urocultivo • Cultivo de flujo vaginal • Coprocultivo • Cultivo para búsqueda de BAAR • Parasitológico de materia fecal • Electrocardiograma • Radiografías simples • Ecografías tocoginecológicas • Serologías (Chagas, HIV, HBV, VDRL, Toxoplasmosis) • PPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías con contraste • Ecografías • β-HCG¹⁵ • Laboratorio toxicológico¹⁶ • Serologías (no especificadas como categoría A) • SOMF (sangre oculta en materia fecal) • Gases en sangre venosa • Ionograma • Calcemia • Fosfatemia • Magnesemia • Espirometría • Dosaje de inmunoglobulinas • Ergometría • Audiometría • Fondo de ojo • EEG

¹⁵ β -HCG: Gonadotrofina coriónica (subunidad β). Dosaje cuali o cuantitativo en sangre y/u orina.

¹⁶ Laboratorio toxicológico: Arsénico; Drogas de abuso; Monóxido de carbono; Plumburia.

CATEGORÍA C	CATEGORÍA D	CATEGORÍA E
<ul style="list-style-type: none"> • Tomografía axial computada • Resonancia magnética nuclear • Marcadores tumorales ¹⁷ • Anticuerpos para enfermedades autoinmunes¹⁸ Laboratorio endocrinológico ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa neoplásica (Papanicolau, colposcopia y mamografía) • Pesquisa neonatal ²⁰ • Reproducción responsable (colocación de DIU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Otros

2.13. MEDICACION

El nivel de respuesta fue del 46,0% (2.792 casos), si se considera que la cantidad “esperable” de prescripciones es del 60% puede considerarse adecuado el nivel de respuesta, ya que **no toda consulta genera prescripción de medicamento**.

Sin considerar la calidad (especificidad) de las respuestas, se consignó más de una anotación en algo más de un cuarto de las prescripciones (28,8%).

Cantidad	Prescripciones	%
1 ítem	1.997	71,5%
2 ítems	677	24,2%
3 ítems	106	3,8%
4 ítems	12	0,4%
Total	2.792	100,0%

De 3.713 anotaciones consignadas (en las 2.792 prescripciones), el 71,6% (2.660 casos), cumplen con el requisito establecido de indicar sólo el principio activo o la monodroga.

Las 1.057 anotaciones no válidas o con errores se componen, principalmente, de los siguientes tipos de error:

¹⁷ Marcadores tumorales: CA 125; CA 19,9; CA 15,3; AVM (Acido Vainillín Mandélico); PSA (Antígeno Prostático Específico); α - fetoproteína; CEA (Antígeno carcinoma embrionario).

¹⁸ Anticuerpos para enfermedades autoinmunes: Anti tiroglobulina ; Anti tiroideos; Anti mitocondriales ; ANA; FR; FAN ; Anti AND; Anti músculo liso.

¹⁹ Laboratorio Endocrinológico: 17-cetoesteroides; ACTH; Aldosterona; Angiotensina; Calcitonina; Cortisol; Dehidroepiandrosterona; Estradiol; Estriol; Estrógeno; Estrona; FSH ; Glucagon; LH; Parathormona; Pregnanodiol; Pregnantriol; Progesterona; Prolactina; Renina; Somatotrofina; Testosterona; TSH- T3-T4.

²⁰ Pesquisa neonatal: TSH – T3 -T4; Fenilalaninemia (PKU); Galactosemia total o galactosa-1-fosfatasa (G-1-P); Biotinidasa; 17-hidroxiprogesterona (17-OH-progesterona); Tripsina inmunorreactiva (IRT).

Tipo de error	Anotaciones	%	Ejemplos
Forma farmacéutica y/o dosis	389	10,5%	Salbutamol aerosol, paracetamol gotas.
Tipo de medicamento o Grupo Terapéutico	358	9,6%	Antibiótico, expectorante, antigripal, vitaminas.
Texto ilegible	90	2,4%	
Prácticas	89	2,4%	Laboratorio, RX, nebulizaciones
Otros	131	3,5%	Control, dieta, vacunación. Leche, puff, número, etc.
Total	1.057	28,4%	

Comentarios

Un número importante de anotaciones contiene más de un medicamento simultáneamente, no siendo siempre evidente que se trate de asociaciones de principios activos en una misma presentación (por ejemplo, amoxicilina + paracetamol; antibiótico + betametasona).

Otro error muy habitual fue la indicación de una presentación comercial (por ejemplo, Acemuc[®], Tafirol[®]) en lugar de consignar el principio activo.

Al no utilizarse una codificación sino un texto abierto, se verificaron múltiples formas de indicar el medicamento: "A. Fól", "Ac fólico", "ácido fol", "amoxi", "amoxicilina", etc. Esto se ve agravado no sólo por las distintas formas de abreviar, sino por errores de ortografía, que dificultaron el procesamiento de los datos. De esta forma, seguramente existió una cantidad mayor de errores no detectados en este análisis.

Recomendación

Se hace necesario contar con un instrumento para codificar las monodrogas o principios activos. Por ejemplo, podría adoptarse el que se utiliza en el Programa Remediar.

2.14. DERIVACION

Atención Ambulatoria

El nivel de respuesta de esta variable fue del 4,2%. La variabilidad del registro según centro osciló entre el 1,2% y el 8,4% y, según provincia, entre el 2,1% y el 6,5%.

De los datos consignados (258 derivaciones), un 12,8% no se ajustó a lo requerido según Instructivo, detallando en estos casos el 51% el centro, el 15% prácticas, el 9% no especificó especialidad y el 9% detalló indicaciones médicas.

El nivel de respuesta válido resultó, entonces, de 3,6%.

Cabe señalar, que la no respuesta (95,8%) no necesariamente implica ausencia de información, ya que **no toda consulta genera indicación de derivación ambulatoria**.

De los 225 datos consignados en forma adecuada, casi el 50% se concentró en cinco especialidades: Clínica Médica (19%), Tocoginecología (10%), Cirugía (7%), Oftalmología (6%) y Nutrición (6%).

En el caso de derivación a Clínica Médica, considerada como especialidad básica en los centros de atención primaria, cabe la posibilidad de que se refiera a derivaciones dentro del mismo centro, en cuyo caso no correspondería consignar tal derivación. Igual criterio sería aplicable al 4% observado de derivaciones a médico general.

En 6 casos se derivó a dos especialidades y en uno a tres.

Si se considera el total de datos consignados, en el 46% de las derivaciones ambulatorias se observó indicación de prácticas o prestaciones. Si sólo se consideraran las respuestas válidas de cada variable, la relación disminuiría a un 31%.

Con respecto a la relación de indicación de derivación ambulatoria y grupos etáreos, se observó que el 34% corresponde a menores de 20 años y, dentro de este grupo, el 20% a menores de 6 años; el grupo de 20 a 49 años concentró el 28% de las indicaciones y el de 50 años y más el 38%.

El 58% de los datos que no se ajustaron a la consigna se encontraron en el grupo de menores de 20 años.

En relación a las patologías crónicas fueron derivados 7 pacientes hipertensos, un diabético y tres pacientes portadores de ambas patologías.

Internación

Se consignaron 6 derivaciones a internación, el 0,1% de los registros. Cinco derivaciones corresponden a menores de 15 años, y dentro de éstas, tres a menores de dos años. En este último grupo se indicaron prácticas de categoría A y derivación ambulatoria en dos casos.

Comentarios

Al igual que en el caso de la indicación de prácticas o prestaciones, si se parte de la premisa que el CMDDB del primer nivel de atención representa información válida para la toma de decisiones que permita alcanzar la excelencia operativa y la eficiencia en la utilización de los recursos, la presencia de esta variable se consideró de importancia para la estimación de la demanda, el acceso organizacional y geográfico de la población al sistema de salud, ofreciendo continuidad en la gestión y cuidado progresivo, como así también una red de servicios sociosanitaria georreferenciada en un modelo de salud integrado alcanzando por complementariedad una mayor capacidad resolutive.

El paradigma es el de la complementación sanitaria y la integración, ya que la falta de coordinación y articulación impiden la conformación de un sistema formal de salud, y atenta contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura²¹.

Recomendaciones

Se sugiere consignar con una raya la ausencia de solicitud de derivación a Atención Ambulatoria o a Internación con el objeto de documentar mejor tales circunstancias.

Asimismo, para un mejor llenado de la variable, consignar en el encabezado de la columna: "Derivación a un centro de mayor complejidad".

²¹ Bisang R. Cetrángolo O. Descentralización de los servicios de salud en Argentina, 1997.

3. CALIDAD DEL REGISTRO DEL DIAGNOSTICO O MOTIVO DE CONSULTA Y DE LA CODIFICACION DE LAS RESPUESTAS

Con la participación de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades - CNCE- se hizo un análisis de la calidad de la variable Diagnóstico o Motivo de Consulta y de la codificación de la misma en base al uso de la CEPS-AP 2ª Edición.

A continuación se sintetizan las conclusiones globales del análisis.

- En el registro se observó que no se tiene clara la definición de Diagnóstico o Motivo de Consulta cuando hay más de un diagnóstico informado o no se tuvo en cuenta las indicaciones del Instructivo.

Como hay dos renglones para consignar en el mismo paciente más de un motivo o diagnóstico, se observó frecuentemente que en primer lugar ponían el diagnóstico secundario y en el renglón de abajo el motivo o diagnóstico principal. Ej.: 1º) Control prenatal y 2º) Cólico biliar, o un síntoma y luego la patología.

- Se consignaron los diagnósticos con siglas como: BOR, OMA, IRAB, D II, GER, CVAS, RNT, etc., a pesar de que el Instructivo recomendaba no utilizar siglas.
- Se recomienda que no se contabilicen el total de las consultas, en forma manual, por los ítems “Primera vez” y “Ulterior” ya que al haber más de un Diagnóstico o Motivo de Consulta por paciente, se duplicaría la cantidad de consultas.
- En cuanto a la codificación de Diagnóstico o Motivo de Consulta, se encontró que el 88,0% de los códigos eran correctos. En la tabla siguiente se observan los resultados por jurisdicción.

PROVINCIA	CODIFICACION DE DIAGNOSTICOS					
	Total Consultas ⁽¹⁾	Total (%)	Bien codificados	No bien codificados	Sin codificar	Ilegibles
CHUBUT	1094	100,0	89,4	8,9	1,3	0,5
JUJUY	896	100,0	93,2	6,8	0,6	-
MENDOZA	546	100,0	78,8	13,2	6,4	1,6
MISIONES	535	100,0	93,6	4,9	0,2	1,3
BUENOS AIRES ⁽²⁾	385	100,0	78,0	18,8	4,0	-

⁽¹⁾ Este total corresponde a la información recibida hasta la fecha en que se realizó la reunión de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades.

⁽²⁾ Corresponde a un solo Centro. La Provincia de Buenos Aires realizó también la prueba en la Unidad Sanitaria María Eva y no se pudo evaluar la calidad de la codificación ya que no codificaron los diagnósticos. No obstante dicha variable estaba completa y con letra legible.

- Cabe aclarar, que en la Provincia de Mendoza se codificó en algunos casos los diagnósticos registrados con siglas en la categoría de “Mal definidas”, por ellos se incrementó el peso de los “No bien codificados”.

- Un error frecuente observado en más de una provincia fue codificar Diabetes en el código 151 que corresponde a la CEPS-AP Primera Edición en vez de 153 que corresponde a la CEPS-AP Segunda Edición y es el correcto, esta situación también contribuyó al incremento de los “No bien codificados”.

NOMINA DE PARTICIPANTES

ANEXO IV

Oficinas Provinciales de Estadísticas de Salud

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

María Eugenia ROYER

Liliana Inés TORRES

Martín SANTELLAN

Laura GARCIA

Silvia María ARCE

BUENOS AIRES

Ana María GIANNA

Ana María ESTEBAN

CATAMARCA

Gladys Azucena VERON de VARELA

CORDOBA

Norma Alba BRUNO

CORRIENTES

Rosa SOLIS de DUPRAT

CHACO

Héctor Omar RODRIGUEZ

CHUBUT

Marcela Esther TORRENT

Silvia Beatríz ESPINOLA

ENTRE RIOS

Oscar Cabaña

FORMOSA

María Irma ARANDA

JUJUY

Leonor Amalia LOPEZ

Adriana MAGDALENO

LA PAMPA

Analía Beatriz TESTA de CASTAÑO

LA RIOJA

Carlos César MOLINA

María Laura ZAPATA

Nélida FARIAS

MENDOZA

Cristina DIUMENJO

MISIONES

Emilia MIEREZ de MERCADO

NEUQUEN

Esteban MANGO

RIO NEGRO

Stella Maris TORRES
Sandra Mónica GATICA
Claudia Gisela DAPRA

SAN JUAN

Norma Alicia ARENA de SAMAJA

SAN LUIS

Antonio LEONE

SANTA CRUZ

Claudia SIMONUTTI

SANTA FE

Adriana ORELLANO

SANTIAGO DEL ESTERO

Ana María GOMEZ de SORIA
Margarita MONTERO

TUCUMÁN

Carlos ARCE

TIERRA DEL FUEGO

Mariel Alejandra BONALDO

COMISION NACIONAL DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES

Mirta REYES (Buenos Aires)
Martha MAZAS (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
Graciela Rosa BALLARINO (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
María Josefina LOPEZ DE NEIRA (Córdoba)
Susana ZAMORA DE PIGHIN (Chaco)
Olga Elisabet CASULLO DE RINAS (Corrientes)
Adriana ORELLANO (Santa Fe)

INDEC

Adriana ROBOTTI
Silvana Valeria ICARDI
Mariano HERMIDA

GRUPO DE TRABAJO

Elida Hilda MARCONI (Coordinadora)
María de las Mercedes FERNÁNDEZ
Carlos Gustavo GUEVEL
Karina V. Loíacono
Adrián G. Santoro
Silvia BAEZ ROCHA (Dirección Nacional de Salud Materno Infantil)
Juliana FINKELSTEIN (Dirección Nacional de Salud Materno Infantil)
Irene María HERRERA (PROFE)
Gisela BARDI (REMEDIAR)
Mauricio MONSALVO (REMEDIAR)
Gabriela RAMÍREZ (FEAPS)
Joan SABATER BUSTAMANTE (FEAPS)