

# Original

## Sistemes d'informació sanitària: subsistema per a la salut mental

Eduard Guasp,<sup>a,b</sup> Miquel Roca,<sup>c</sup> Rafel de la Rosa,<sup>d,b</sup> Joan Ferrer,<sup>e,b</sup> Julià Baltasar<sup>f,b</sup>

### Resum

Els sistemes d'Informació Sanitària i Social desenvolupats els darrers anys arreu de l'estat han jugat un paper cabdal a l'hora de conèixer la realitat específica o d'instrumentar eines per la planificació, la gestió o la recerca. No obstant això, es detecten mancances en la qualitat i especificitat dels registres específics en l'àrea de la salut mental. Analitzem a l'article la situació esmentada i proposem el disseny d'un Registre Acumulatiu de Casos Psiquiàtrics (RACP) per les Illes Balears per tal d'assolir un major coneixement sobre els aspectes epidemiològics i assistencials de la població amb alteracions de la salut i que de forma multidisciplinària i interinstitucional recollís les variables prèviament acordades.

**Paraules clau:** Sistema d'Informació, Registre Acumulatiu de Casos Psiquiàtrics (RACP), salut mental.

### 1. Introducció

Els Sistemes d'Informació formen part inseparable de l'entorn sanitari i social, on

a) Investigació, Docència i Doc. Mèdica, CHM, b) Subcomissió Sistemes Informació i Registres (Comitè Tècnic de Salut Mental) c) Professor titular, Psicologia UIB, d) Coordinador Autònom Salut Mental, President Comitè Tècnic, e) Informació i Planificació sanitària. Direcció Provincial Insalud, f) Serveis Socials, Consell de Mallorca.

progressivament s'han convertit en un element clau per al coneixement de la realitat d'aquest entorn en un territori determinat, amb una població concreta, amb unes demandes i amb uns recursos, i faciliten el desenvolupament d'instruments d'anàlisi per a la implantació de polítiques de salut. El disseny d'una estratègia basada en sistemes d'informació per a la presa de decisions planificadores o de gestió de la xarxa assistencial, que d'altra banda va més enllà d'una acumulació indiscriminada de dades —i això seria en tot cas un dels seus pitjors inconvenients—, ha de comprendre els diversos components i determinants de la salut, l'activitat dels centres i serveis, l'avaluació, la utilització i satisfacció dels grups socials, els recursos disponibles i les variables demogràfiques; en conjunt el sistema ha de configurar-se com un «centre logístic» a través del qual els diversos actors puguin veure reflectida la seva situació amb instruments fiables de comparabilitat, que representen la necessària garantia per atendre adequadament els drets de la població i els pacients en totes les àrees de salut, a la vegada que serveixen de suport a l'assistència, a la formació o la recerca.

L'anàlisi ponderada de la informació recollida i una interpretació sobre la base d'objectius generals i específics prèviament establerts, diferencien el que són sistemes d'informació dirigits a la presa de decisions (administració sanitària) amb requeriments temporals precisos, dels requerits per la investigació que suporten millor el desfament temporal.

Una representació esquemàtica d'un SIS la podem visualitzar a la figura 1.

### 2. Sistemes d'Informació de Base Poblacional (SIbp)

Segons assenyala l'OMS a l'objectiu 35 de l'Estratègia de salut per a tots a l'any 2000, un sistema d'aquestes característiques ha de tenir en compte l'experiència de salut individual, amb independència del lloc on ocorre el fenomen objecte d'estudi. La

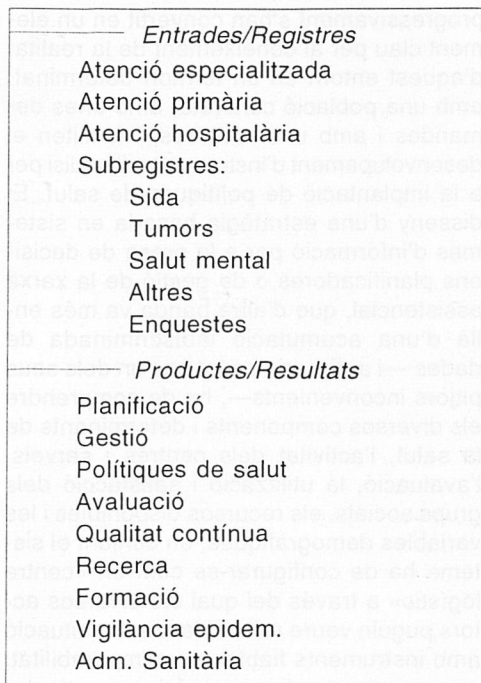


Figura 1: Esquema general d'un Sistema d'Informació Sanitària (SIS)

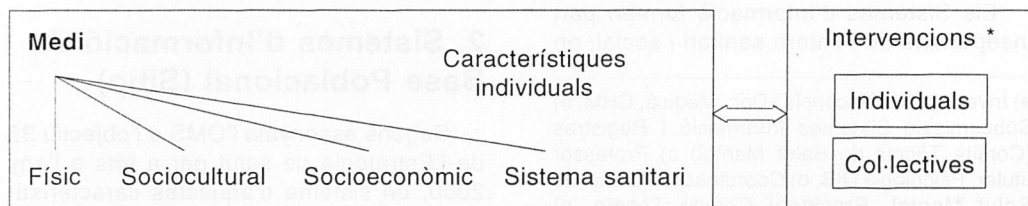
determinació del nivell de salut de la població, la identificació de les relacions entre l'estat de salut, els seus determinants i la utilització dels serveis sanitaris o l'avaluació dels objectius predeterminats, requereixen un sistema de base poblacional que registra el fet individual, el medi que l'envolta i la comunitat.

La incertesa sobre el futur d'una malaltia pot estimar-se sobre l'experiència clínica i la informació epidemiològica. Resulta evident que l'experiència clínica individual,

essent de gran valor, per ella sola és inadequada, ja que està basada en un conjunt més o menys limitat de pacients que no representen la totalitat i sobre els quals es fa un seguiment desigual. La informació epidemiològica proporciona una visió més «poblacional» de l'estat de salut o del problema específic objecte de l'estudi.

Ahora necessitem contextualitzar el medi extern per descobrir els factors que generen riscos per a la salut o l'accessibilitat als recursos sanitaris o socials que ajuden a evitar o disminuir l'impacte de la malaltia. Per tant, no sols utilitzem una visió mèdica o clínica del problema amb les corresponents intervencions individuals o col·lectives, sinó que també hi incloem els àmbits socials i econòmics i del medi físic. La vulnerabilitat individual o col·lectiva es deu a la presència de cert nombre de característiques de tipus genètic, ambiental, biològiques, psicosocials, que actuant individualment o entre si desencadenen la presència d'un procés; sorgeix el concepte de «risc», que implica la presència d'una característica o factor (o diversos) que augmenta la probabilitat de conseqüències adverses per a la salut.

L'epidemiologia dels trastorns de la salut mental representa una de les quatre prioritats d'atenció a la salut de les societats modernes. Un dels primers motius de consulta a l'atenció primària procedeix de persones amb trastorns emocionals. La prevalença i la incidència de les malalties mentals són elevades actualment. La prevalença de la depressió s'ha duplicat a la segona meitat del segle XX, i es correlaciona de forma inversa amb l'estat de benes-



Font: Modificat per l'autor sobre l'Informe SESPAS 2000: 422. \* Intervencions que afecten la salut.

Figura 2: Model conceptual d'un SIS de base poblacional.

tar de la societat, tenint en compte que es tracta de processos infradiagnosticats. La complexitat clinicoepidemiològica requereix el suport d'una sòlida cultura organitzativa de maneig de registres i bases de dades per elaborar plans o programes en funció dels resultats; a la majoria de països, inclòs Espanya, els sistemes d'informació no responen a les necessitats de l'estratègia de «salut per a tots»,<sup>1</sup> i sols en alguns casos és possible obtenir indicadors de salut desagregats per estrats socioeconòmics de població i per àrees geogràfiques menors, pilars fonamentals d'una estratègia de salut.

El desenvolupament d'un SIbp requereix establir el compromís previ d'uns objectius clarament quantificables; és hora ja de **mimetitzar** la realitat socioeconòmica que genera indicadors de forma diària, mensual o anual mentre passen mesos o anys sense disposar d'estimacions sobre la salut de la població i l'impacte de les mesures o actuacions realitzades pels diferents actors implicats.

### 3. Salut Mental: Subsistema d'Informació

El Comitè Tècnic de Salut Mental de les Illes, entre les seves propostes, tracta d'aconseguir fixar els fonaments generals per tal d'estructurar un *Sistema d'Informació específic per a la Salut Mental* però integrat en un hipotètic SIS de la Comunitat, capaç, d'una banda, d'aglutinar els sistemes actualment dispersos en els diferents components de la xarxa assistencial i organismes corresponents, i de l'altra d'adquirir capacitat de resposta de forma individual o col·lectiva als requeriments dels usuaris potencials, integrant els components sanitaris i socials de la salut mental.

Cal recordar, però, que l'especificitat de l'atenció a la salut mental no ha de resultar una excusa per fomentar sistemes d'informació «marginals o perifèrics» que provoquin una configuració incompatible amb la

resta del sistema d'informació, ans al contrari, s'ha de preveure la seva total integració en un sistema unitari i harmònic.

El canvi progressiu del model d'atenció a la salut mental, abans centrat quasi exclusivament en l'àmbit hospitalari, cap a un model d'atenció més personalitzada amb els serveis situats a l'entorn del pacient i amb un caràcter clarament multidisciplinar, implica que el pacient rebrà atenció en diferents moments del seu episodi en una xarxa de serveis de base comunitària que no sempre pertanyen a la mateixa institució, de manera que actualment resulta difícil per no dir impossible establir un perfil de l'itinerari assistencial. La coexistència de diferents administracions (consells, ajuntaments, conselleries) amb capacitat directa o indirecta d'intervenció sobre els problemes de la salut mental i amb una certa vocació històrica «d'illa» ha condicionat i configurat un sistema d'informació de dubtosa eficàcia, inexistent en alguns casos o estructurat de forma fragmentada, dirigit quasi exclusivament a resoldre una demanda d'Informació puntual i situat majoritàriament en cada nivell d'atenció. Actualment no disposem d'Informació fiable i fàcilment accessible sobre recursos, dispositius o patologies de major prevalença, amb una dificultat evident per avaluar programes o intervencions en matèria de salut mental. La proliferació de registres, taules o classificacions taxonòmiques, així com una utilització indiscriminada d'aplicacions informàtiques de caràcter preferentment administratiu, determina models de difícil interpretació o avaluació per part dels professionals o l'Administració. Estructurar un registre acumulatiu de casos (RAC) podria delimitar més bé la situació.

Assenyalem alguns dels fonaments legals, normatius o d'altres que recullen aspectes relacionats amb els sistemes d'informació en salut mental:

1. Informe de la Comissió Ministerial per la Reforma Psiquiàtrica (abril 1985). Principio XXXV.

2. Llei 4/1992, del 15 de juliol, de creació del Servei Balear de la Salut.

<sup>1</sup> Informe SESPAS 2000



3. Pla de salut mental de les Illes Balears, capítol VI (Registre de dades i avaluació)

## 4. Estructura d'un Registre Acumulatiu de Casos Psiquiàtrics (RACP)

### 4.1 Definició

Si longitudinal, centrat en els pacients, que recull els contactes dels pacients amb un conjunt de serveis o dispositius d'una àrea geogràfica determinada, de manera que genera una *base de dades relacionals* que acumula l'atenció rebuda pel pacient al llarg del temps independentment del tipus o la quantitat d'atenció rebuda.

### 4.2 Característiques

Els registres de casos constitueixen un dels principals instruments d'investigació clínica i epidemiològica, ja que permeten l'explotació d'un gran nombre de dades de pacients amb una determinada malaltia o trastorn de salut i després d'avaluar els resultats fer-ne una extrapolació a la població general. La pràctica mèdica requereix la presa de decisions sobre activitats preventives, diagnòstiques, terapèutiques i de pronòstic basades en càlculs de probabilitats que pretenen delimitar la incertesa que envolta la pràctica de la medicina.

Descrivim les quatre característiques específiques d'aquest tipus de registre:

1. *Centrat en pacients/usuaris*: El RACP registra una sola volta l'usuari, evita el recompte duplicat. El pacient pot tenir nombrosos contactes amb els dispositius, però mantenint la individualitat del registre.

2. *Basat en la població definida geogràficament*: El RACP exigeix un coneixement rigorós de les dades poblacionals o demogràfiques: composició de la població per grups d'edat, sexe, nivell d'instrucció, variables socioeconòmiques, etc. La política de territorialització permet establir relacions entre variables, el grau d'impacte de la patologia psiquiàtrica o el càlcul de taxes, entre d'altres.

3. *Longitudinal i acumulatiu*: A partir d'una identificació única, registra de forma continuada els diferents contactes del pacient amb la xarxa assistencial, facilitant el disseny del recorregut individual o el perfil d'utilització dels recursos.

4. *Orientat als serveis*: Centres de Dia, USM, hospitalització, serveis socials, són alguns dels dispositius a l'abast del pacient i els seus familiars. La potencialitat d'un registre unitari i la seva utilitat com a instrument de coordinació interinstitucional estan en relació directa amb el nivell d'integració de la xarxa assistencial. La planificació ha d'estar orientada pel coneixement epidemiològic.

El concepte de registre té significats diferents segons l'aplicació: en el cas que ens ocupa, reflecteix *el conjunt de casos o successos que compleixen uns determinats requisits en una població definida*.

En general, els registres presenten una sèrie de problemes, entre els quals destaquem:

- *Únicament* recullen informació de les persones que contacten amb els dispositius assistencials, *no* ofereixen, per tant, una visió completa de la morbiditat psiquiàtrica de la població.
- Un contacte *no* pot considerar-se automàticament un cas psiquiàtric, però

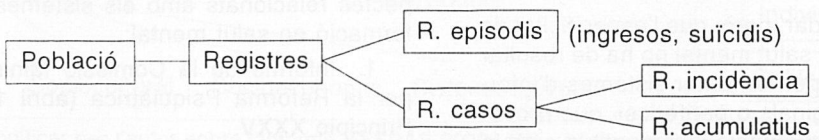


Figura 3: Origen i seqüència del registre

pot generar una *variable de judici* o estigma condicional per a la resta del circuit assistencial.

- L'alta *mobilitat geogràfica* de la població de referència.
- La *dificultat tècnica i organitzativa* per mantenir un registre de qualitat, acceptat pels sectors implicats.
- Dificultat per a una *conclusió diagnòstica* «única» i la seva corresponent i complexa codificació.

#### 4.3 Objectius generals d'un RACP

- Definició d'una plataforma de registre de caràcter unitari i integral que faciliti l'homogeneització de la informació relativa al pacient/usuari del conjunt de la xarxa sanitària i social.
- Establir mecanismes i circuits d'intercomunicació entre els diferents nivells o agents d'atenció o interinstitucionals.
- Evidenciar les modificacions temporals en la relació usuari/dispositius.
- Comparació de dispositius i fixació d'estàndards de qualitat assistencial.
- Facilitar la gestió administrativa i el control de costos dels processos. CMBD, GDR, RAI, RUG o qualsevol altre instrument de mesura.
- Facilitar estudis d'epidemiologia psiquiàtrica (sanitària i social).

#### 4.5 Discussió

En un marc territorial com el de les Illes Balears, on el retard d'incorporació a la xarxa assistencial «normalitzada» dels diferents dispositius de salut mental no transferits resulta de sobres conegut, i després de la voluntat política manifestada per la Conselleria de Sanitat i Consum i els respectius consells insulars, de posar fi a aquesta situació, es fa palesa la conveniència d'impulsar els mecanismes precisos per cloure un procés de reforma i consolidació definitiva d'un model d'atenció propera als professionals i als ciutadans perquè percebin i obtinguin uns serveis de salut de qua-

litat, en un entorn real i en un marc de salut positiva, participativa i ecològica. Seguiríem, doncs, les recomanacions generals sobre la conveniència o obligació de disposar d'instruments de mesura de base poblacional dirigits específicament a la *salut mental* amb caràcter transversal i voluntat expressa d'integració en el conjunt del sistema d'informació sanitària que constitueixi la Comunitat Autònoma.

Entre els requeriments operatius optaríem per la territorialització de l'àrea de referència, serveis o dispositius amb responsabilitat a l'àrea que aporti informació al sistema; i per una estructura tecnicoadministrativa de caràcter «central, que no vol dir centralista» com a harmonitzadora del procés de recollida, validació i avaluació de la qualitat de la informació amb explotació central o perifèrica en funció de les necessitats prèviament definides pels diferents nivells tant assistencials com de l'Administració.

#### Bibliografia

1. Aparicio Tellería D, Bravo Ortiz MF, De las Cuevas Castresana C, Díaz Mújica B, Eguiagaray M, De la Fuente Portero J, et al. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Asoc Esp Neuropsiquiatr [Cuadernos Técnicos]; 4:78-104.
2. Aymerich M, Palacín C, Ferrer M, Autonell J, Haro JM, Alonso J. Proyecto Europeo per conèixer la freqüència i l'impacte dels trastorns mentals. L'Informatiu: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears 2001; 6:12-3.
3. Bedate Villar J, Estalrich Canet JM, Bertolín Guillen JM. El alcoholismo juvenil a través de un registro de casos psiquiátricos. An Psiquiatr 1992; 8(6):216-21.
4. Bermejo F, Alom J, Peña-Casanova J, del Ser T, Acarín N, Manubens JM, et al. Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. Un estudio del grupo de demencias de la Sociedad Española de Neurología. Neurol 1994; 9(9):401-6
5. Burgueño Torijano AA, Rodríguez de Velasco MP, Ramos Cordero P, Hernando A. Evaluación del pilotaje de implantación del RAI (Resident Assessment Instrument) en las residencias públicas de la Comunidad de Madrid. Rev Agathos: Aten Socioanit Bienestar 2001; 1:31-7.

6. Calvo López L, Gómez Fernández JR, Gómez Tato I, Mateo Rodríguez R, Rubio Vidal MJ, Salinas Buján MP. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. *Rev Admin San* 1999; 3(11):95-107.
7. Constitució espanyola de 1978, article 43.
8. Eguiagaray M. El Registro de casos psiquiátricos.
9. Fernández Liria A, Vicente Muelas N, García Álvarez JLC. La implantación del registro de casos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994; XIV(51):569-82.
10. Garau J. La transformació de l'ordre manicomial [editorial]. *Enginy (Rev Col·legi Oficial Psicòlegs Balears)*1991; 2-3:23-27.
11. García González J, Aparicio Basauri V, Eguiagaray García M. El registro de casos de los servicios de salud mental en Asturias: su implantación y utilización para la evaluación asistencial. *Rev San Hig Pub* 1988; 62:1469-82.
12. Gil E. Sistema de Información en Salud Mental. *Psiquiatr Pub* 1998; 10(5):301-6.
13. Gispert R, Lesage A, Boyer R. Los sistemas de información en salud mental: una puesta al día. *Inform Psiquiatr* 1991; 123:59-70.
14. González Juárez C. Sistemas de Información en Salud Mental [editorial]. *Psiquiatr Pub* 1998; 10(5):271-2.
15. González Juárez C. Medida del producto sanitario y sistemas de clasificación de pacientes. *Psiquiatr Pub* 1999; 11(3):108-13.
16. Guilbert A, Pérez López J, Almela V, Company V. Calidad de datos y grupos relacionados con el diagnóstico. *Rev Calid Asist* 1995; 5:287-93.
17. Guasp Sitjar E. Ahir i avui de l'Hospital Psiquiàtric. *Enginy (Rev Col·legi Oficial Psicòlegs Balears)* 1991; 2-3:23-27.
18. Iglesias C, Montilla A, Erkoreka I, Inda M, Testera V. Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). *Psiquiatr Pub* 1999; 11(3):63-9.
19. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 1985: Principio 35.
20. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
21. Lozano Yagüe T. Una metodología para la identificación de necesidades sociosanitarias en personas mayores. *Rev Admin San* 2001; 5(17):99-114.
22. Llei 5/1992, de regulació del tractament automatitzat de les dades de caràcter personal (LORTAD).
23. Llei 4/1992, de 15 de juliol, de creació del Servei Balear de la Salut.
24. Librero J, Peiró S. Medición de la efectividad hospitalaria: calidad de las fuentes de información, el conjunto mínimo básico de datos de la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit* 1995; 9(48) Supl:104-5.
25. Lyra da Silva JP, Amarante P. Metodología y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Río de Janeiro. *Psiquiatr Pub* 1998; 10(5):282-89.
26. Martínez López FJ, Sevilla Alonso S. Gestión de riesgos sanitarios en Psiquiatría. El riesgo autolítico en los pacientes psiquiátricos atendidos en Hospitales Generales del Insalud. Enero 1995 - Abril 1999. *Rev Admin San* 2000; 4(16):141-50.
27. Moreno-Kstner B, Luna del Castillo JD, Torres-Gonzalez F, Rosales-Varo C. Factores predictores del tiempo entre los contactos ambulatorios en pacientes esquizofrénicos. Un estudio de registro de casos. Primer Congreso Virtual de Psiquiatría; 1Feb-15Mar [citad:29 Maig2001]. Disponiblea: HYPERLINK [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa50/conferencias/50\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa50/conferencias/50_a.htm) [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa50/conferencias/50\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa50/conferencias/50_a.htm)
28. Moreno Kstner B, Rosales Varo C, Torres González F. Creación y funcionamiento del Registro Andaluz de Esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2001; 21(77):51-65.
29. Pla autonòmic de Salut Mental de les Illes Balears: 63-65.
30. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, 1999-2001: 112-3.
31. Plan Regional de Salud Mental y asistencia psiquiátrica de Cantabria, 1998-2000: 28-31.
32. Pedreira Massa JL, Eguiagaray M. Evaluación de un servicio de psiquiatría infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos (RACP). *Rev Psiquiatr Infan-Juv* 1996; 4(96):263-79.
33. Pons Anton I, Pedreira Crespo V, Lalucat Jo L, Espinosa Escudero MI, Pedreira Massa JL, Eguiagaray Garcia M, et al. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1992; 12(41):115-24.
34. Regidor E. Objetivo 35: Apoyar sistemas de información para la salud. A: Álvarez Dardet C,

Peiró S, editors. Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000. p. 421-8.

35. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montaña JJ, Salvà JJ, et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment Neuropsychiatry (SCAN). Soc Psychiatr Epidemiol 1999; 34:410-15.

36. Roca M, Bosch E, Garcia A. S de Salut Mental. Enginy (Rev Col·legi Oficial Psicòlegs Balears) 1991; 2-3:17-18.

37. Seva A, Magallón R, Sarasola A, Merino JA. Estrategia epidemiológica para el estudio de salud mental en la Comunidad Autónoma Aragonesa. Comun Psiquiatr 1989; 15:187-207.

38. Vásquez AJ, Collado Hernández H. La estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC) en Nicaragua. Rev Admin San 2000; 4(15):45-51.

39. Vilà Antoni. Las políticas autonómicas para personas mayores. Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar; 1:15-29.