

la continua afluencia a los hospitales de pacientes nuevos, consiguieron incrementar un 35% el gasto en este tipo de medicamentos (7), llegando en la actualidad al 50% del valor económico del presupuesto total de medicamentos del Hospital (6).

Todo esto se encontró con la filosofía de contención del gasto farmacéutico que se practica en los SFH mediante sistemas de adquisición de medicamentos que disminuyan el valor de la factura y mediante sistemas de dispensación adecuados que garanticen el uso racional de los medicamentos.

En los dos mismos pilares habría que asentar el uso racional y la gestión de los medicamentos AR para el tratamiento del VIH-1. Sí se puede aplicar el primero, el de la adquisición, pero en la dispensación se encuentran dificultades. No obstante ya se han dado pasos importantes en este sentido. Si bien no todos, algunos laboratorios comercializan los AR envasados en dosis unitarias. Es imprescindible que lo hagan todos. Los envases debieran contener el tratamiento para un período de tiempo estándar: para cuatro semanas o para 30 días, por ejemplo, de forma que los tres medicamentos que constituyen una pauta pudieran dispensarse el mismo día y para el mismo período de tiempo. En su defecto, posibilitar con recursos humanos y materiales el envasado en dosis unitaria en el propio Servicio de Farmacia, de forma que el envasado permitiera la individualización de la dispensación para el mismo período de tiempo para pacientes que no tengan prescrita una pauta estándar. En la actualidad hay que ajustar las cantidades y fraccionar envases. Incluso hay hospitales que ya envasan individualmente para cada paciente el tratamiento de un mes (8).

## CONCLUSIONES

Para una buena gestión de medicamentos AR es necesario:

- Conocer las pautas terapéuticas prescritas.
- Negociar el mejor precio de adquisición de al menos los medicamentos que constituyen las pautas que suponen el 80% de los regímenes utilizados.
- Poder disponer de presentaciones en dosis unitarias o en su defecto disponer de recursos humanos y materiales suficientes para poner a punto los sistemas necesarios y así poder individualizar la dispensación por paciente.

—Dar información sobre los medicamentos en el momento de la dispensación acerca de cuándo, cómo y con qué administrarse los fármacos; y qué hacer en caso de incidencias sobre olvidos, imposibilidad de tomarlos, interacciones, manifestación de efectos adversos, etc.

—Recuperar toda la medicación que los pacientes no se administran por diversas razones: presencia de efectos adversos, cambios de pautas, errores de medicación, etc.

—Poder reciclar y acondicionar la medicación recuperada para nuevas dispensaciones.

Cuando todo esto sea posible se cumplirá la filosofía del uso racional de los AR.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Circular INSALUD 4/92.
2. Panorama Actual del Medicamento 2000; 24 (230):40-44.
3. García Díaz B: Cumplimiento del tratamiento antirretroviral: Tendón de Aquiles de la nueva terapia de combinación. Noticias Farmacoterapéuticas 1997; 17: 1-4.
4. Becares FJ, García B, de Juana P, Bermejo T. El cumplimiento de tratamiento en la dispensación al paciente externo. El Farmacéutico Hospital 1998; 91: 33-39.
5. Martí Bernal C, Caro González L, Grupo de Trabajo de Dispensación a Pacientes Externos. Dispensación de medicamentos a pacientes externos. 1997 Ponencia en el XLII Congreso de la SEFH.
6. Bonafont X, Pascual L, Pellicer A et al. La evaluación del coste de los medicamentos antirretrovirales (Editorial). Atención Farmacéutica 2000; 1 (6): 524-525.
7. Gorritxo Visiers JA. El medicamento en el proceso de atención al paciente. Punto de vista del gestor. 1999 Ponencia en el XLIV Congreso de la SEFH.
8. Cabeza Barrera J, Zamora Ardoy MA, Moreno Díaz MT et al. Adecuación de las formas de dosificación de los fármacos antirretrovirales como método de mejora del cumplimiento de los pacientes VIH-SIDA. Atención Farmacéutica 2000; 2 (1): 85-91

## Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Clínica

V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes

Bilbao, 8, 9 y 10 de noviembre de 2000

Taller: CMBD ambulatorio

O. López Domínguez  
 Coordinador de Admisión y Documentación  
 Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

**Fundación Signo**  
JORNADAS DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE COSTES  
DEL DÍA 9-10 DE NOVIEMBRE DE 2000

**TALLER CMBD en Consultas**

CON NUESTRAS IDEAS  
CON NUESTRAS EXPERIENCIAS  
CON NUESTROS CONOCIMIENTOS

**• ¿Cómo va a ser?**  
Mediante un debate abierto y participativo entre todos aquellos que decidan asistir al Taller.  
Para introducir el Taller, contaremos con las aportaciones de 5 compañeros que nos relatarán brevemente sus experiencias en este campo.  
Seguidamente abriremos el debate entre todos los presentes

**• Su propósito**  
Avanzar en el desarrollo de un SI que nos aporte conocimiento sobre la actividad desarrollada en las consultas externas de nuestro Hospital.

**• ¿Para qué?**  
Para resolver los problemas metodológicos que conlleva la gestión del CMBD, que da soporte a este SI:  
—Unidad de medida  
—Modelo de datos  
... y los organizativos  
—¿Serán muchos datos para el médico?  
—¿Serán muchos datos para el codificador?  
—¿Seremos capaces en la organización?  
—¿Será útil la información?

Taller CMBD en Consultas

## DE QUE VAA TRATAR

Nos encontramos ante el crecimiento progresivo y mantenido de la atención ambulatoria, pero sin embargo, nuestros sistemas de información siguen mirando principalmente a la atención del paciente hospitalizado.

¿Disponemos de suficiente información sobre la actividad que desarrollan nuestros hospitales en las áreas de consulta externa? ¿Los sistemas de información disponibles permiten medir la evolución de nuestros resultados en estas áreas de actividad? La respuesta es evidente: No.

La información que actualmente disponemos en relación con la atención en las consultas del hospital (paradigma de la atención ambulatoria especializada) está basada en unos pocos datos de actividad cuantitativa (número de visitas y su distribución según tipos) con definiciones y modelos de análisis muy poco útiles para su planificación, gestión clínica y evaluación. En definitiva, nos encontramos igual, o incluso por debajo, del nivel de conocimiento que teníamos al prin-

cipio de los años 80 sobre el paciente hospitalizado.

Todos somos y hemos sido conscientes de este hecho, pero el avance se ha encontrado con obstáculos metodológicos, organizativos y tecnológicos:

—El concepto de unidad de medida y análisis. Así como en el paciente ingresado existe un consenso total en considerar como unidad básica de análisis al ingreso, en el ámbito ambulatorio la unidad básica de medida es de más difícil elección. Si bien el concepto «visita» parece que se va consolidando, esta cuestión todavía está sujeta a discusión.

—El modelo de datos. No encontramos todavía un consenso que apoye una normativa sobre el establecimiento con carácter de mínimo exigible de un conjunto de datos suficientes con definiciones precisas. Sin duda, esta carencia ha venido provocada por la dificultad ya comentada de elección de la unidad de análisis, pero sin duda también por la heterogeneidad de situaciones clínicas y/o administrativas que se producen en el curso de la atención en consultas.

**Fundación Signo**  
**TALLER CMBD en Consultas**  
 VI JORNADAS DE SECCIÓN Y EVALUACIÓN DE COSTES  
 DEL 9-10 DE NOVIEMBRE DE 2000  
 CON NUESTRAS IDEAS  
 CON NUESTRAS EXPERIENCIAS  
 CON NUESTROS CONOCIMIENTOS

**¿Quieres Participar?**

**Envíame un e-mail a con tu nombre y 2 apellidos, servicio, centro de trabajo, teléfono, fax y e-mail a:**  
[sadldo@humv.es](mailto:sadldo@humv.es)  
**Recibirás la documentación del Taller y trabajaremos juntos durante las Jornadas**

Taller CMBD en Consultas

—La abundancia de hechos sanitarios que anualmente se producen bajo esta modalidad en cualquier hospital y que provoca que la cantidad de datos que finalmente son necesarios registrar, almacenar, elaborar y resumir, supere con creces los límites de disponibilidad y coste de transacción a los que ya estamos acostumbrados para los pacientes hospitalizados.

—El retraso en el desarrollo y soporte informático que los hospitales disponen para esta modalidad de atención.

A pesar de todo ello, se observan ciertos avances, y así podemos comprobar cómo se presentan iniciativas tendentes a dar soluciones a estos problemas. A modo de ejemplo y por su interés, citaré la propuesta de Conjunto Mínimo de Datos Básicos para la atención ambulatoria que elaboro el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con diferentes Organismos Gestores y Servicios Regionales de Salud (CMBDA) (Anexo I).

#### QUÉ PRETENDEMOS EN ESTE TALLER

Conscientes de la necesidad de desarrollar un sistema de información (SI) orientado al conocimiento de la actividad que se realiza en las consultas externas hospitalarias, debemos:

—Avanzar en el desarrollo de un SI que nos aporte conocimiento sobre la actividad desarrollada en las consultas externas de nuestro Hospital.

—Resolver los problemas metodológicos y organizativos que conlleva la gestión del CMBDA que da soporte a este SI.

Dadas las dificultades que ya hemos comentado anteriormente, el segundo propósito puede ser el más relevante en este momento inicial, y donde debemos invertir primero tiempo, y luego esfuerzo e imaginación, en resolver los importantes problemas que seguramente se nos van a presentar en su diseño e implantación:

1. *¿Serán muchos datos para el médico en consultas?*

La atención ambulatoria en consultas externas genera una cantidad importante de actos que además, a diferencia de la hospitalización, se caracterizan por su brevedad e inmediatez.

Seguramente, parte de los datos necesarios para este SI surgirán de la declaración expresa del facultativo que realiza la consulta, por tanto si imaginamos un registro médico que pueda consumir 1 minuto por paciente en una atención que tiene una duración media total por visita de 10-15 minutos, supone un consumo aproximado del 10-15% del tiempo médico empleado en la asistencia. Sin duda, y a diferencia del CMBD de hospitalización, supone un esfuerzo apreciable.

## 2. ¿Serán muchos datos para el codificador?

El CMBD<sub>H</sub> requiere de la participación de personal sanitario experto en codificación para el tratamiento de los datos clínicos que lo componen. Tras la experiencia acumulada, consideramos que se requiere un tiempo medio mínimo aproximado de 10 minutos por ingreso para las tareas de indización y codificación de diagnósticos y procedimientos (documento primario: historia clínica). Obviamente, por la menor complejidad de la información generada en una visita a consultas, este ratio deberá ser menor, pero aun así y asignando un tiempo mínimo de 5 minutos por visita, el coste de personal es inabordable y, aun siéndolo, la complejidad de su gestión no lo aconsejaría.

## 3. ¿Seremos capaces en la organización?

La puesta en marcha de un SI que afecta a la práctica totalidad de los servicios finales de un hospital, que requiere la recogida, transmisión y tratamiento de datos sobre un volumen diario importante de pacientes cuya atención se realiza de forma dispersa, ya no sólo por las diferentes instalaciones de un hospital, sino también por Centros de Especialidades físicamente alejados, obliga sin duda a un esfuerzo organizativo importante y a un correcto diseño de los flujos de comunicación.

## 4. ¿Será posible en el apoyo informático?

Hoy en día cualquier SI sólo se concibe bajo un modelo tecnológico de soporte basado en recursos informáticos y de comunicaciones. Así es en el CMBD de hospitalización y así lo debe ser en el SI para las consultas hospitalarias. Afortunadamente, la mayoría de los hospitales han implantado en los últi-

mos años sistemas automatizados para la cita previa en consultas, lo que permite afirmar que hoy en día se dispone de un registro de pacientes en consultas. Indudablemente, esto supone una oportunidad sobre la que será necesario trabajar para incorporar los otros datos que el SI que proponemos necesita. Finalmente, por el volumen de datos a manejar la capacidad y potencia de estos recursos informáticos deberán sufrir modificaciones si queremos evitar fracasos derivados de su inadecuación.

## 5. ¿Será útil la información?

Hasta aquí hemos razonado suficientemente sobre la necesidad de disponer de un SI orientado a arrojar luz al área de consultas. Creemos que nadie podrá argumentar que este empeño no es necesario. Sin embargo, la información no la aporta la simple suma de datos sino su análisis e interpretación sobre la base de objetivos previamente establecidos. Así los registros son la base de un sistema de información y permiten la existencia de éste, pero la suma de los registros no constituye, por sí misma, dicho sistema. Finalmente este conocimiento precisa de un proceso de entrenamiento en el uso de indicadores claros y estables de los que se conozcan sus valores de referencia en el entorno. Por todo ello, será necesario acordar qué es lo que queremos saber, qué es lo que podemos saber y finalmente aprender a pensar con esta información ("utilizar con inteligencia"). Si no lo logramos el SI que proponemos será inútil, y por tanto caro e ineficiente.

Por todas estas razones, que no son otra cosa que una relación de dudas y problemas, propongo que abordemos una reflexión entre un grupo de profesionales interesados, que nos ayude mutuamente a encontrar, o al menos a avanzar, en la su resolución de estas 5 cuestiones.

## CÓMO LO VAMOS A DESARROLLAR

Mediante un debate abierto y participativo entre todos aquellos que decidan asistir al Taller. Para introducir el Taller, contaremos con las aportaciones de 5 compañeros que nos relataran brevemente sus experiencias en este campo, para seguidamente abrir el debate entre todos nosotros sobre las siguientes cuestiones:

1. *Sobre los datos del paciente y de la visita.*
  - ¿Disponemos de ellos?
  - ¿Qué necesitamos para su logro?
  - ¿Podemos utilizar los de la cita previa a consultas?
  - ¿Estamos de acuerdo con los datos del Anexo I?
2. *Sobre los datos clínicos de la visita.*
  - ¿Cómo podemos obtenerlos?
  - ¿Cómo podemos facilitarle al médico su comunicación?
  - ¿Cómo lograr su colaboración e interés?
3. *Sobre la codificación de los datos clínicos de la visita.*
  - ¿Cómo podemos organizar la codificación?
  - ¿Será posible con las actuales unidades de codificación?
  - ¿Qué necesitamos?
4. *Sobre la elaboración, resumen y presentación de los datos.*
  - ¿Cuáles pueden ser los datos y series a resumir?
  - ¿Es significativo el análisis por visita o necesita alguna agregación posterior?
  - ¿Es significativo el análisis por diagnóstico principal de la visita?
  - ¿Cómo analizaremos la utilización de procedimientos diagnósticos?

Estas cuestiones se enviarán a los asistentes que lo deseen en forma de cuestionario, y durante el Taller se presentarán el resumen de las respuestas recibidas.

Los 5 compañeros que nos va a ayudar son:

  - José Luis Guerrero, Unidad de Documentación Clínica. Hospital de Osuna.
  - Pilar Arconada, Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Cruz Roja. Madrid.
  - Jorge Aboal, Subdirección General de Atención Especializada. SERGAS.
  - Pilar Torre, Unidad de Documentación Clínica IMAS. Barcelona.
  - Pilar Fabo, Servicio de Admisión y Documentación Clínica. H. U. Marqués de Valdecilla.

## CÓMO SE PUEDE PARTICIPAR

Enviándome en este sentido un e-mail a:  
 —saddo@humv.es  
 con vuestros datos: nombre y 2 apellidos, servicio y centro de trabajo, teléfono, fax y e-mail. Recibiréis el cuestionario y esperare-

mos vuestra asistencia al Taller en las Jornadas<sup>1</sup>.

Hasta entonces, un saludo a todos.

## ANEXO I: PROPUESTA DEL CMBD AMBULATORIO. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS

1. Identificación del Hospital
2. Identificación del usuario
3. Fecha de nacimiento
4. Sexo
5. Lugar de residencia
6. Tipo de financiación
7. Código del servicio
8. Fecha del contacto
9. Tipo de contacto
10. Diagnóstico del contacto
11. Diagnósticos secundarios
12. Procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

## Evaluación de las unidades relativas de valor en el laboratorio clínico

E. Miravalles, J. González-Revaldería, M. De Paula, M. L. Berlanga, T. Pascual.  
*Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de Getafe. Madrid*

## INTRODUCCIÓN

Hoy día es cada vez más necesario que el laboratorio clínico intervenga o gestione él mismo sus recursos dadas sus especiales características, teniendo en cuenta que hasta el 10% del presupuesto total del hospital puede ir a él (1). Actualmente la autogestión de los laboratorios parece ser la única propuesta efectiva frente a la externalización de los mismos (2). Para poder llevar a cabo esta gestión eficaz es necesario conocer las fuentes de gasto.

<sup>1</sup> Esta inscripción en el Taller es totalmente independiente de la inscripción oficial a las Jornadas.