Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud

D.ª ASUNCIÓN PRIETO ORZANCO
Subdirectora Gral. de Información y Estadísticas Sanitarias M. S. Consumo

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CIT) define, en diciembre de 1987, los items que componen el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y, en julio de 1988, crea un comité técnico para la implantación y evaluación del CMBD, y prevé la potenciación y el apoyo a los Proyectos Piloto de implantación del CMBD.

Entre los años 1988 y 1990, se desarrolla el proyecto piloto denominado «Proyecto Código», que supone la introducción de la experiencia en codificación del CMBD, y en concreto la codificación de diagnósticos y procedimientos empleando la Clasificación Internacional de Enfermedades -9ª Revisión-Modificación Clínica (CIE-9-MC) en 6 hospitales de la red INSALUD.

En 1989, la Comunidad de Cataluña establece la obligatoriedad de la obtención del CMBD al Alta Hospitalaria en todos los hospitales catalanes.

Entre noviembre de 1990 y mayo de 1991 en el Ministerio de Sanidad se realiza el «Proyecto Piloto de Case Mix (SICE-PRI)» con la participación de 5 hospitales ubicados tanto en INSALUD como en Comunidades Autónomas con gestión transferida.

En 1991 y 1992, el «Proyecto Coste por Proceso», recoge por primera vez en forma exhaustiva el 100% de los CMBD al alta hospitalaria en 13 hospitales de dependencia y tamaño diverso distribuidos por todo el territorio. El protector permitió trabajar con una base de 170.000 altas, correspondientes al año 1990 y, de forma simultánea, obtener los gastos de dichos hospitales en el mismo ejercicio, a fin de realizar valoraciones acerca de las utilidades, para el sistema sanitario español, de los instrumentos de medida del case mix actualmente disponibles.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la entonces Secretaría General del Sistema Nacional de Salud, dictó en enero de 1992 una Resolución que obligaba a los hospitales gestionados por INSALUD a la obtención de bases de datos CMBD (según la definición y selección de items efectuada por el CIT en diciembre de 1987) y su remisión al Ministerio de Sanidad y Consumo.

En abril de 1992 y, en base a la experiencia previa con los Proyectos «Código», «SICE-PRI» y «Coste por Proceso», el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, inicia un proyecto de trabajo de carácter piloto orientado al desarrollo de los sistemas de información para la gestión de la casuística hospitalaria. Este proyecto fue denominado «Proyecto de Desarrollo del CMBD en el Sistema Nacional de Salud».

En forma simultánea a la obtención de las primeras bases procedentes de hospitales de INSALUD, se invitó a participar en el Proyecto de trabajo a aquellas Comunidades que, por tener transferida la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, pudieran tener similares intereses en el desarrollo de estos sistemas de soporte a la gestión.

Se inició pues un proyecto cuya meta final era la obtención de bases que, con procedencias diversas y procesos de implantación diferentes, fueran sin embargo compatibles dentro del sistema, en forma tal que pudiera abordarse con suficientes garantías de éxito la confección de valores de referencia acerca de la casuística hospitalaria para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y del Estado.

El Proyecto se dividió en 4 fases que se explicitan en el anexo, y su monitorización se efectuó a través de un Comité Director de carácter técnico, formado por la participación de un experto institucional designado por cada Comunidad Autónoma con gestión transferida, uno designado por INSALUD y uno procedente del propio Ministerio de Sanidad y Consumo, coordinados por la Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias.

Se constituyeron grupos de trabajo ad hoc sobre aquellas materias concretas en las que habían sido detectadas mayores diferencias de criterio:

A.- **Grupo de expertos en codificación:** para acordar convenios que permitieran superar en forma uniforme las dificultades en la asignación de códigos CIE-9-MC para determinados diagnósticos y procedimientos. En este grupo participaron expertos en codificación de reconocido prestigio y con procedencias territoriales y curriculares diversas. Este grupo produjo una publicación «Manual del usuario», con los convenios de codificación alcanzados, que se ha distribuido a los hospitales que codifican CMBD para su conocimiento empleo.

B.- **Grupo de definiciones:** para detectar diferencias y, en su caso, proponer alternativas homogéneas o procedimientos de tratamiento de los datos que permitan hacer homogéneos los resultados en la aplicación práctica de las definiciones dadas por CIT. Este grupo fue constituido básicamente por expertos institucionales. Realizó una valoración

pormenorizada de las diferencias de definición de cada item empleadas en la práctica (incluidas las dudas de interpretación de las definiciones dadas en 1987 a cada uno de los datos básicos), las diferencias de items (algunas Comunidades tienen establecidos CMBD más amplios que el mínimo), diferencias de asignación de códigos numéricos (número de pasos por campo, asignación numérica o alfanumérica, utilización de opciones no consta o similares y subdivisiones dentro de un item). En base a su trabajo se prepararon programas de conversión para hacer compatibles las distintas bases piloto, y propuestas de mejora de los datos y definiciones de los mismos.

C.- **Grupo de evaluación:** para valorar qué procedimientos de garantía de calidad de la información sería deseable introducir o reforzar con vistas a mantener y aumentar la calidad de las bases, esencialmente dentro de los propios hospitales. Este grupo de trabajo se constituyó fundamentalmente por expertos con experiencia práctica en la materia, de procedencias territoriales e institucionales diversas.

El Proyecto de trabajo se da actualmente por prácticamente concluido, al haber obtenido una base conjunta y compatible del Sistema correspondiente a altas de 1993, mucho más amplia de la inicialmente prevista (TABLAS 1 y 2), dado el extraordinario desarrollo que desde 1993 han experimentado en los distintos Servicios de Salud tanto las normativas legales respecto a CMBD como su desarrollo en las instituciones hospitalarias del Sistema Nacional de Salud dedicadas a la atención de pacientes agudos.

TABLA 1

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
BASES DE DATOS-92

ALTAS HOSPITALARIAS PRODUCIDAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL AÑO 1992. ALTAS RECIBIDAS, ALTAS VÁLIDAS, % SOBRE RECIBIDAS Y SOBRE TOTAL

ALTAS HOSPITALARIAS PRODUCIDAS EN EL S.N.S.	2.802.075
ALTAS RECIBIDAS	1.283.804
ALTAS VÁLIDAS	1.138.407
% VÁLIDAS SOBRE RECIBIDAS	88%
% VÁLIDAS SOBRE TOTAL	41%
TOTAL HOSPITALES	171

TABLA 2

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
BASES DE DATOS-92

ÁMBITO CC.AA. CON GESTIÓN I.N.S.A.L.U.D.

N.º HOSPITALES	ALTAS PRODUCIDAS	ALTAS CODIFICADAS RECIBIDAS	ALTAS VÁLIDAS	% SOBRE TOTAL
75	1.085.994	551.967	468.369	43

ÁMBITO CC.AA. CON GESTIÓN TRANSFERIDA

N.º HOSPITALES	ALTAS PRODUCIDAS	ALTAS CODIFICADAS RECIBIDAS	ALTAS VÁLIDAS	% SOBRE TOTAL
96	1.716.081	731.837	670.038	39

Algunos de los problemas de compatibilización encontrados en el momento de tratar conjuntamente estas bases (resueltos en forma provisional para las bases de 1992) tienen ya diseñadas soluciones más sólidas para una explotación global correspondiente a bases de 1993.

En definitiva la prevista fase IV (Plan de acción para la Generalización de la Implantación del CMBD en el Sistema Nacional de Salud), dada la evolución actual, requeriría exclusivamente una formalización de los mecanismos de coordinación, que permitiera mantener y aumentar la comparabilidad y calidad de los datos primarios, aprovechando en beneficio del conjunto del Sistema los trabajos realizados en el ámbito del Proyecto Piloto.

Los principales resultados obtenidos de la explotación de esta primera base conjunta del SNS (correspondiente a 1992), pueden verse en la TABLA 3 y siguientes, que reflejan la estancia media global (9,2 días), así como los diagnósticos y procedimientos más frecuentes por edad y sexo, con sus correspondientes estancias medias.

Se han obtenido, asimismo, valores de estancia media y percentiles de estancia media para los distintos procesos, según los sistemas de agrupamiento más comunes (GDR y PMC), que se prevé utilizar, mediante su elaboración anual, como valores de referencia para España. Una muestra de valores de referencia para los 11 GDR más frecuentes puede verse en la TABLA 7.

TABLA 3

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
BASES DE DATOS-92

AÑO 1992	
ESTANCIA MEDIA S.N.S.	9.2
DESVIACIÓN TÍPICA	12.0
RANGO	6.5 - 12.2

TABLA 4

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES POR EDAD

EDAD	PATOLOGÍA	E.M
< 1 AÑO	BRONQUITIS AGUDA	6.89
1 A 14 AÑOS	AMIGDALITIS/ADENOIDITIS	1.82
15 A 44 AÑOS	PARTO NORMAL	3.57
45 A 75 AÑOS	CATARATAS	4.35
> 75 AÑOS	CATARATAS	4.26

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES POR SEXO

MUJERES	E.M.	HOMBRES	E.M.
PARTO NORMAL	3.57	HERNIA INGUINAL	5.48
CATARATAS	4.38	CATARATAS	4.25
COLELITIASIS	11.20	HIPERPLASIA PRÓSTATA	11.61
COMPLIC. PARTO	6.10	APENDICITIS AGUDA	6.63
FX. CUELLO FÉMUR	19.14	INFARTO AGUDO	12.11
INSUF. CARDIACA	11.84	BRONQUITIS CRÓNICA	11.22
APENDICITIS AGUDA	6.31	NEO TRAQ./BRON./PUL.	14.89
DIABETES MELLITUS	12.39	NEO MALIG. VEJIGA	12.10
OSTEOARTROSIS	19.44	INSUF. CARDIACA	11.55
ASMA	7.99	HEPAT./CIRROSIS	12.42

TABLA 5

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

LITERAL	E.M.	P5	M	PA5.
PARTO NORMAL	3.57	2	3	6
COMPLICACIÓN N.C.O.C.	8.19	–	4	28
CATARATAS	4.32	1	3	11
HERNIA INGUINAL	5.38	1	4	13
COLELITIASIS	11.77	2	9	30
APENDICITIS AGUDA	6.50	2	5	15
INSUFICIENCIA CARDIACA	11.71	2	9	29
CUIDADOS POSTQUIR.	4.67	–	2	16
DOLOR ABD./MEGALIAS	5.92	1	3	18
FRACT. CUELLO FÉMUR	19.21	4	16	43

TABLA 6

PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES

LITERAL	E.M.	P5	M	PA5.
ASISTENCIA PARTO NORMAL	3.53	2	3	6
DILATACIÓN Y LEGRADO	2.70	1	2	7
REPARACIÓN DE HERNIA	5.34	1	4	12
APENDICECTOMÍA	6.37	2	5	15
COLECISTECTOMÍA	13.23	3	9	34
EXTR. EXTRACAP. CRISTALINO	3.59	1	3	9
RED. CERRADA DE FRACTURA	14.93	2	12	39
RED. ABIERTA DE FRA. S/I	16.09	3	13	42
HISTERE. ABDOMINAL TOTAL	11.19	7	9	22
ESC. TOTAL TEJ. SUBCUTÁNEO	8.77	1	4	32

TABLA 7

ESTANCIA MEDIA, MEDIANA, PERCENTIL 5 Y PERCENTIL 95 DE LOS 11 GDR MÁS FRECUENTES

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS	PESO	ESTANCIA				
	GDR	Media	Perc 5	Mediana	Perc 95	Casos
PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	0.32	3.77	2	3	7	83.804
INTERVENCIÓN SOBRE CRISTALINO	0.49	4.04	1	3	10	21.583
ESOF./GASTR./OTRA EF DIGES>17 SC	0.53	7.16	1	5	19	14.924
INTER. HERNIA INGL./FEM.>17 SCC	0.47	5.40	1	5	12	14.597
ESOF./GASTR./OTRA EF DIGES> 0-17	0.56	4.27	1	3	10	14.103
ENF. PULMONAR OBSTRUCT. CRÓNICA	0.99	11.83	2	10	28	14.033
INSUFICIENCIA CARDIACA/SHOCK	1.01	11.49	2	9	28	13.744
TRAST. CEREBROVASCULAR ESPECIF.	1.22	15.35	1	11	44	13.580
OTROS FACTORES INFLUYEN SALUD	0.45	4.73	–	2	17	12.827
QUIMIOTERAPIA	0.61	4.26	–	2	12	10.718
CESÁREA SIN COMPLICACIONES	0.65	8.81	6	8	15	10.681