

Un mínimo básico para definir los productos de la asistencia sanitaria: el CMBD, un modelo en expansión

Pilar Astier

Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital de Navarra

Disponer de unos sistemas de información ágiles constituye el pilar básico de todo sistema sanitario que busca conseguir una mayor eficiencia, eficacia y calidad de sus centros sanitarios asistenciales. De hecho son numerosos los esfuerzos de las administraciones sanitarias de diferentes países para generar y además vincular bases de datos o registros sobre las actividades de las instituciones sanitarias, sus resultados, errores e impacto en la salud de los pacientes.

En nuestro país, la primera aproximación al conocimiento de la actividad desarrollada en los hospitales se realizó por medio de la obligatoriedad de cumplimentar el libro de registro de pacientes en todos los centros sanitarios tanto públicos como privados, actuación que se reguló por el Real Decreto 1360/1976, de 21 de mayo del Ministerio de Gobernación. Posteriormente, la Orden de 6 de septiembre de 1984 (BOE 14/09/1984) del Ministerio de Sanidad y Consumo, regula la obligatoriedad del informe de alta hospitalaria. La idea de disponer de una información mínima estructurada y estandarizada de los pacientes atendidos en hospitales españoles por diagnósticos y procedimientos realizados, así como el estado final al alta, se tradujo en la aprobación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el Pleno celebrado el 14 de diciembre de 1987. A partir de este momento se comienza a generar una base de datos uniforme y suficiente que facilitará los procesos de gestión hospitalaria, la implantación de nuevos sistemas de financiación, elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, control de calidad asistencial y proveerá información muy útil para la investigación clínica y epidemiológica.

El informe de alta hospitalaria es el documento básico de información para el paciente hospitalizado y para los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que seguirán la atención integral del paciente dado de alta. El Conjunto Mínimo Básico de Datos se recoge a partir de la información del informe de alta, o bien de la historia clínica directamente. La estructura del CMBD consta de 14 variables que se deben recoger de forma obligada en todos los pacientes ingresados en centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Algunas comunidades autónomas han adaptado esta estructura y han

ampliado la recogida de información a procedimientos ambulatorios como la cirugía mayor ambulatoria¹⁻³. La mayoría de ellas han regulado la obligatoriedad de recoger dichos datos y dirigirlos a la Consejería correspondiente. Todas las comunidades remiten al Ministerio de Sanidad y Consumo la información del CMBD de sus hospitales para que forme parte de la Base de Datos Nacional de CMBD.

Esta base de datos puede ser utilizada en diversos ámbitos y con diferentes finalidades:

Ámbitos	Finalidades		
	Gestión	Planificación	Investigación
Hospital			
Cd. Autónoma (Servicio Regional de Salud)			
Nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo)			

En el ámbito hospitalario, la información del CMBD se está utilizando para agrupar a los pacientes en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs). Los GRDs constituyen un Sistema de Clasificación de Pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste que representa su asistencia. Esta información, a su vez, se incorpora en los pactos de gestión de la dirección del centro con los servicios asistenciales como descripción de la actividad realizada por cada servicio. Finalmente, el CMBD agrupado en GRDs de cada hospital en un año se utiliza cada vez más como elemento de facturación de actividad con el Servicio Regional de Salud o el Insalud.

La difusión de la información que proporciona el CMBD de las altas hospitalarias dentro de la institución es escasa, queda fundamentalmente en el nivel de dirección y jefes de servicio. A pesar de su escasa difusión, resulta un buen instrumento de evaluación de determinadas áreas; de una parte, permite evaluar si todas las altas tienen informe realizado, de otra analizar cuántos diagnósticos y procedimientos se realizan de media a cada paciente. Luego, se puede realizar un análisis comparati-

vo de cada servicio asistencial que da el alta, consigo mismo, en el tiempo y comparar datos con otros hospitales de características parecidas, analizando la complejidad de los pacientes tratados, y el modo en que se utilizan los recursos asistenciales.

La práctica de facilitar periódicamente a los servicios asistenciales información sobre la base de datos del CMBD de los pacientes dados de alta en ese período es, seguramente, de las más enriquecedoras en un hospital ya que llevaría a que cada servicio tuviera la base de los pacientes dados de alta por su servicio y pudiera trabajar en el desarrollo de indicadores más específicos de calidad y efectividad para la utilización de los recursos hospitalarios.

En el entorno de las comunidades autónomas, los Servicios Regionales de Salud recogen los CMBD de las altas de todos los hospitales de la comunidad, aunque quedan aún varias comunidades autónomas sin legislación propia que garantice una agregación autonómica para el CMBD de sus instituciones sanitarias.

El Ministerio recoge información de todos los CMBD de la mayor parte de hospitales de España, ya sean públicos o privados. La información contenida en el CMBD, al alta hospitalaria ha mejorado la calidad de su contenido y se ha extendido su uso a un mayor número de instituciones con el paso de los años. Según datos del Ministerio se recibe información del 98% de Centros Públicos y del 30% de Centros Privados. La utilización de las explotaciones de esta base de datos para la toma de decisiones en el entorno sanitario ha contribuido en gran manera a mejorar tanto la cumplimentación de los datos como su fiabilidad. En este proceso descrito se incluye la contribución para mejorar la calidad de la codificación impulsada mediante los Boletines de Codificación Clínica, elaborados por la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cuanto a la investigación desarrollada a partir de los datos contenidos en el CMBD está: la investigación epidemiológica sobre determinantes de la salud y desigualdades⁴, la de resultados en salud, la investigación sobre los servicios de salud (utilización, efectividad y calidad⁵) y la de planificación y evaluación de políticas sanitarias⁶.

En cualquier caso, no debemos olvidar que el CMBD es una base de datos secundaria que nos informa sobre resultados de la asistencia prestada en las instituciones sanitarias y nos habla de diagnósticos y procedimientos, de mortalidad, reingresos, complicaciones, recidivas, costes por proceso... Pero los resultados de investigaciones y conclusiones a las que lleguemos con la explotación de esta riquísima base de datos deben tener en cuenta que la información está formada por aportaciones del paciente y de los proveedores de los cuidados. Así, deberemos realizar las comparaciones con cautela. La forma de abordar el problema de si las diferencias en resultados se deben a diferencias en gravedad de los pacientes o a diferencias en efectividad de los proveedores es la utilizada en epidemiología cuando se quiere aislar el efecto del factor de confusión: ajustar o estandarizar los resultados obtenidos por aquellas caracterís-

ticas de los pacientes que definían su riesgo previo respecto al resultado que se utiliza. El supuesto en el que se sustenta es que si los pacientes tratados fueran iguales (pacientes hipotéticos con valores medios en todos los factores de riesgo), los resultados de la atención también deberían ser iguales, y las posibles diferencias serían debidas a problemas de calidad de los proveedores.

La información útil y precisa que ha ofrecido esta recogida de datos al alta hospitalaria, definiendo la producción de los hospitales, ha motivado el que se trate de diseñar un sistema similar para otro tipo de asistencias prestadas por los servicios sanitarios como la cirugía mayor ambulatoria, las consultas ambulatorias de especializada, asistencias en hospitales de día de tratamiento ambulatorio, y consultas de atención primaria. En la actualidad, y bajo la coordinación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, todas las comunidades autónomas participan en distintos proyectos sobre el CMBD orientados a analizar y desarrollar los GDRs del Sistema Nacional de Salud en España, crear un sistema de información sanitaria de Infecciones Nosocomiales, un sistema de información de Atención Primaria, y para la Atención Ambulatoria Especializada.

La puesta en marcha de estos sistemas de información nos permitirá analizar mejor qué produce el sistema de salud y con qué resultados en la salud de la población. Facilitará un lenguaje común entre los distintos Servicios Regionales de Salud y para todos será una herramienta muy útil para planificar el sistema de salud que queremos para el futuro. El camino empieza a estar más claro.

Bibliografía

1. Instrucción nº10/98, de 25 de noviembre de 1998, del Director del Servicio Canario de Salud, por la que se establece el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria de Canarias.
2. Orden de 16 de enero de 2001, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios en la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Decreto 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el conjunto mínimo básicos de datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria en la Comunidad de Madrid.
4. Iezzoni LI, Ash A, Schwartz M, Mackiernan YD. Differences in procedure use, in-hospital mortality, and illness severity by gender for acute myocardial infarction patients: are answers affected by data source and severity measure? *Med Care* 1997;35: 158-71.
5. Peiró S, Libro J. Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria. *Rev Neurol* 1999;29:651-61.
6. Carriere K, Roos L, Dover DC. Across time and space: variations in hospital use during Canadian health reform. *Health Serv Res* 2000;35:467-87.