

EDITORIAL

Codificar para gestionar[☆]

Coding for Management

Alfonso Manuel Soto Moreno^{a,*} y Roman Villegas Portero^b^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España^b Subdirección Técnica de Gestión de la Información, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

El artículo publicado en este número de la revista por los compañeros de la Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes¹, pone el dedo en la llaga sobre una realidad incuestionable: Lo que ocurre en nuestras consultas externas es absolutamente opaco para los diferentes servicios sanitarios, más allá del clásico e ineficiente indicador de relación entre primeras visitas y revisiones, que no es aplicable a nuestra especialidad, o de la medida de la demora de las derivaciones desde la Atención Primaria (AP). La complejidad, mayor o menor, que tenemos en nuestras consultas no puede ser medida actualmente, ni siquiera por nosotros mismos, y mezclamos en los cuadros de mando consultas generales que tenemos generalmente para primera línea de atención a pacientes derivados desde la AP, con consultas monográficas de la más alta complejidad, algunas de ellas incluso reconocidas por el Ministerio de Sanidad a través del programa de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR).

Esta realidad, sin que esto sirva de alivio, no es sólo de nuestra especialidad, sino que afecta a toda la atención que en nuestro país se realiza en consultas externas. Sin

embargo, a diferencia de otras especialidades, el porcentaje de nuestra actividad que se dedica a ellas es mucho mayor. Por eso quizás, y haciendo gala de la capacidad de innovación que caracteriza a los Endocrinólogos, debemos recoger este guante, como sugieren nuestros compañeros, desde otras instancias de la especialidad a nivel nacional y proponer alguna herramienta.

Pero veamos el marco global en que nos movemos. La codificación de los procesos ambulatorios es, en general, compleja. El propio Real Decreto que regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada en España la limita, en su ámbito de aplicación, a los hospitales de día, médicos y a los procedimientos ambulatorios de especial complejidad, dejando inicialmente fuera a las consultas externas². Sin embargo, en informes técnicos del Ministerio se señala que la codificación de las consultas externas es el último objetivo planteado en dicho Registro³. También otros autores que han descrito el recorrido desde el tradicional Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hasta la situación actual, han señalado la importancia de contar con una codificación de la actividad en consultas externas, pero destacando a su vez, su complejidad⁴. Además, la implantación de la CIE-10 como sistema de codificación, con sus 70.000 códigos diagnósticos, ha supuesto una mayor cantidad de información (por ejemplo, en los diferentes tipos de diabetes) pero ha añadido complejidad al proceso de codificación⁵. Aunque existen experiencias en estrategias de automatización o semiautomatización de la codificación⁶⁻⁸, la diabetes es precisamente uno de los escenarios en los que mayor porcentaje de errores o problemas de mala

[☆] Nota: Los autores han tenido responsabilidades en el Servicio Andaluz de Salud, como Director de la Estrategia de Participación y Corresponsabilidad (AMSM) y como Jefe de Servicio de Participación y Corresponsabilidad (RVP).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonsom.soto.sspa@juntadeandalucia.es (A.M. Soto Moreno).

codificación se producen, especialmente si se trata del ámbito ambulatorio⁶. La utilización de herramientas de Procesamiento de Lenguaje Natural (PLN) ha permitido que en alguna experiencia realizada en servicios de urgencias hospitalarias (con dificultades para la codificación parecidas a las de las consultas externas), se obtuvieran buenos resultados, con una precisión de 0,976 (IC 95%: 0,957-0,990), un *recall* (sensibilidad) de 0,878 (IC 95%: 0,844-0,910) y un *F-Score* de 0,925 (IC 95%: 0,903-0,943)⁹.

Queda clara, por tanto, la pertinencia del artículo comentado. El problema existe y es generalizado a la hora de medir la actividad en las consultas externas. Los autores desarrollan como alternativa una metodología Delphi en la que participan medio centenar de compañeros de la Comunidad Autónoma, alcanzado un consenso bastante plausible, si se mira desde el punto de vista de un especialista en Endocrinología y Nutrición, pero que tiene una serie de carencias que ya ellos mismos atisban en el artículo. El número de especialistas participantes es escaso, y la dedicación matiza mucho la puntuación que otorgan. Por otro lado, es discutible si un índice de mayor complejidad reflejaría el triple de tiempo de atención (variable que determinaría tiempos en agenda) o el triple de dificultad y, por tanto, de formación y estudio (variable que determinaría la necesidad de selección de personal especialmente capacitado para las más complejas) o una mezcla de ellos. Estamos de acuerdo en que, consiguiendo un consenso de expertos más amplio, mayoritario y representativo dentro de los servicios de Endocrinología y Nutrición del país, esta catalogación podría tener utilidad para realizar comparaciones entre centros. Sin esto, sólo valdría para asignar recursos dentro del servicio, con todos los otros matices que surgen a un nivel de microgestión. Los autores proponen que sea la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición la que realice un análisis con esta misma metodología o una parecida, que pudiera alcanzar un consenso como el que sugerimos. Creemos que sería el ámbito adecuado para desarrollar este trabajo pues el liderazgo de los profesionales, que las sociedades científicas pueden representar en cuanto a que son nuestros propios pares los que nos dan indicaciones, es fundamental para llevar a cabo un proyecto que necesita de la máxima implicación de todos los actores de la especialidad, desprovistos de intereses personales y trabajando por el bien de todos.

Si lo conseguimos, si logramos ponernos de acuerdo los especialistas en Endocrinología y Nutrición y nos medimos, comparamos y evaluamos, ¿servirá esto para algo más allá de la comparación y reordenación de actividad?, ¿es este objetivo suficiente o tenemos que ser más ambiciosos?, ¿cómo quedaría nuestro papel como coordinadores de la mayoría de equipos multidisciplinares que afectan a pacientes con patologías de Endocrinología y Nutrición? La función del Endocrinólogo en unidades complejas como por ejemplo los CSUR de patología hipotálamo-hipofisaria compleja o de errores innatos del metabolismo, en los casos de intestino corto, cáncer de tiroides y otros tantos, es esencial. Las características de nuestra especialidad nos hacen referencia para muchas patologías y el trabajo va más allá de la simple atención en consultas. Trataremos de responder esta pregunta desde las convicciones de los autores de esta editorial en cuanto a gestión clínica se refiere. La medicina moderna se construye en torno a equipos multidisciplinares, profesionales que suman, en torno a pacientes con enfermedades

que debemos tratar, rompiendo la estructura jerárquica convencional y trabajando en una red matricial que se entremezcla dentro de los centros sanitarios. La única manera de conseguir una atención de calidad es con la implicación de los profesionales, consiguiendo que estos realicen su trabajo tal y como entienden que deben hacerlo, sin cortapisas ni instrucciones que responden más a estructuras jerárquicas antiguas y a pequeñas victorias, que no ganan guerras. Para conseguir esta implicación se necesita que los profesionales se sientan importantes, que participen y que se corresponsabilicen de sus resultados, sintiéndose parte del resultado final. Para esto es fundamental que la dirección de los centros ceda terreno y este sea ganado por profesionales con ganas de asumir roles y también responsabilidades. En este modelo es fundamental la figura del cargo intermedio^{10,11} como líder de sus compañeros, como «intérprete» entre la dirección del centro y la unidad, como la figura en la que sus compañeros depositan su confianza para la negociación y en la que el equipo directivo confía para delegar competencias. Los jefes de servicio necesitan herramientas para poder negociar con los directivos y en ese sentido, tener bien analizadas las cargas de trabajo en consultas puede ser una de ellas también. Además, necesitan asumir su papel y proponer alternativas eficientes en la atención a nuestros pacientes, tomando la responsabilidad en muchos casos.

Terminamos la editorial instando a la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición a recoger el guante lanzado por la Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes. Ampliemos, mejoremos el estudio y construyamos una herramienta que, como hemos discutido con anterioridad, no existe aún y es compleja. Por último, una vez la tengamos, utilicémosla con inteligencia y para el bien de la especialidad en su conjunto, garantizando tiempos de trabajo razonables, que mejoren las condiciones laborales, lo que redundará sin duda en la atención de calidad a nuestros pacientes, fin último de nuestra profesión.

Bibliografía

1. Desarrollo de un índice de complejidad en consultas externas de Endocrinología y Nutrición. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2020.
2. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2015.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Registro de Altas – CMBD estatal. Atención Ambulatoria Especializada CMBD-AAE. Manual de definiciones y glosario de términos. Madrid. 2017 [Internet] (Consultado 07/01/2020). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msccbs.es/publicoSNS/comun/DescargaDocumento.aspx?IdNodo=6435>.
4. Marco-Cuenca G, Salvador-Oliván JA. Del CMBD al Big Data en salud: un sistema de información hospitalaria para el siglo XXI. *Scire*, 2018.24.(77-89).
5. Health Information Management. ICD-9-CM vs. ICD-10-CM: Examine the differences in diabetes coding. *JustCoding News: Outpatient.* 2012 [Internet] (Consultado 07/01/2020) Disponible en: <https://www.hcpro.com/HIM-282660-8160/ICD9CM-vs-ICD10CM-Examine-the-differences-in-diabetes-coding.html>.
6. Horsky J, Drucker EA, Ramelson HZ. Accuracy and Completeness of Clinical Coding Using ICD-10 for Ambulatory Visits. *AMIA Annu Symp Proc.* 2017;2017:912–20.

7. Bolant A, Bosch S, Gosálbez E, Marín M, Ortega JB, Sempere J, et al. Manual de uso del codificador automático de urgencias hospitalarias. *Papeles Médicos*. 2000;151.
8. Yetano J, Ladrón de Guevara JM, López G, Salvador J, Rodríguez S, Ogueta M, et al. Desarrollo del Conjunto de Datos Básicos de la Asistencia Ambulatoria Especializada (CDB-AAE) de Osakidetza. Experiencia piloto en tres hospitales. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. 2011. Informe No: OstebaD-11-05. [Internet]. (Consultado 24/02/2020). Disponible en https://www.ivap.euskadi.eus/contenidos/informacion/2011_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/D-11-05%20Asistencia%20ambulatoria%20especializada.pdf.
9. Goicoechea-Salazar JA, Nieto-García MA, Laguna-Téllez A, Canto-Casasola VD, Rodríguez-Herrera J, Murillo-Cabezas F. Desarrollo de un sistema de codificación automática para recuperar y analizar textos diagnósticos de los registros de servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2013;25:430–6.
10. Bohmer RM. Leading clinicians and clinicians leading. *N Engl J Med*. 2013;368(16):1468–70.
11. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007;297(10):1103–11.