

Jornada, 28 de mayo de 2008

El Mejor Uso del Conocimiento en Clínica, Gestión e Investigación.

Ciencia y Tecnología de la Información en Medicina

Mesa: Gestión

El conjunto mínimo básico de datos en atención especializada y en primaria.

Definición, obtención, uso y abuso

Guadalupe Carmona López

Profesora

Área de Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada

guadalupe.carmona.easp@juntadeandalucia.es

1. TESIS

A/ Un conjunto mínimo de datos no es por sí un sistema de información, más bien se trata de base de datos construida a partir de la selección de items registrados en una o varias fuentes, con objeto de que una vez analizada proporcione información relevante a uno o varios agentes en su proceso de decisión. Para su diseño es necesario, por tanto, determinar las **necesidades de información** de cada agente así como la unidad, los datos necesarios y fuentes de registro de los mismos.

B/ En el sector sanitario, y en concreto en nuestro país, cuando se habla de “conjunto mínimo de datos” inmediatamente pensamos en el CMBD (“Conjunto mínimo básico de datos”) al alta hospitalaria. El CMBD es un grupo de datos administrativos y clínicos que resume la información de los episodios de hospitalización, siendo el informe de alta el documento primario preferente en la indización de la Historia Clínica. La calidad y fiabilidad del CMBD depende tanto de la calidad del informe al alta y/o historia clínica como del proceso de codificación de las variables que lo conforman.

C/ El CMBD se aprueba en el Pleno celebrado el 14 de diciembre de 1987 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ante la necesidad de crear una fuente de datos uniforme y suficiente que posibilite los procesos de gestión hospitalaria, implantación de nuevos sistemas de financiación, elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, control de calidad asistencial y elaboración de una base de datos para la investigación clínica y epidemiológica. En la mente de todos estaban los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) como el instrumento de medida de la casuística atendida en hospitalización que posibilitaría el cumplimiento de parte de los objetivos anteriormente mencionados. Aún hoy, pasadas dos décadas, seguimos cuestionándonos algún uso, e incluso observando un “mal uso”, de esta base de datos.

D/ En atención primaria, tras más de una década de propuestas y análisis de las mismas, no se dispone de lo que podemos denominar CMBD-AP que cubra objetivos similares al CMBD al alta hospitalaria. La cuestión actual más relevante es si dada la actual y progresiva implantación de la historia clínica informatizada en todas las CCAA sería necesaria dicha base de datos. A nivel de Ministerio de Salud la uniformidad no está asegurada, y sigue sin haber consenso sobre los aspectos clave en la definición de un CMBD en AP, la unidad de la provisión, el sistema de codificación, el instrumento de medida de la casuística atendida y todo ello para facilitar la toma de decisiones de qué agentes.

2. ARGUMENTOS

A/ Un conjunto mínimo de datos es un conjunto de datos organizado de tal modo que tras su procesamiento permite obtener con rapidez diversos tipos de información. Los datos son información codificada y por tanto se consideran como una forma de representarla por lo que carecen de significado, sin embargo la información son los datos que han sido procesados y se ha mostrado su resultado de forma inteligible. Así, en función de la **finalidad** de informar un CMBD estará conformado por unos datos u otros. No obstante, como un instrumento que es, puede ser utilizado para fines distintos para los que se crea y por agentes en los que en

principio no se pensaron. Aún así, no es lo mismo un “martillo” que un “destornillador” aunque las dos son herramientas utilizadas por el carpintero en su trabajo con la madera. No obstante, no son herramientas exclusivas del carpintero, siendo utilizadas en otros oficios e inclusive para fines que no fueron pensadas en su diseño (pe, el destornillador para abrir una lata de pintura).

B/ El informe al alta es el principal documento fuente del CMBD. De la exhaustividad del informe de alta¹ respecto al episodio de hospitalización que describe, depende, en parte, la calidad y fiabilidad del CMBD², y por tanto, la calidad y fiabilidad de la información que se procesa a partir de él. La responsabilidad del informe de alta es del profesional sanitario. La calidad en la codificación de diagnósticos y procedimientos es la otra causa potencial que incide en la calidad y fiabilidad del CMBD que depende del personal documentalista que realiza esta labor. Las auditorias, que tanto el Ministerio de Salud como los Servicios Regionales de Salud³ e incluso los propios hospitales o servicios clínicos realizan⁴, buscan determinar no sólo el volumen de errores que contiene el CMBD sino también el origen de los mismos.

C/ Son numerosos los usos que en las dos últimas décadas se le ha dado al CMBD al alta hospitalaria. Su principal utilidad ha sido y sigue siendo la caracterización de la “complejidad” de la casuística atendida en hospitalización, por los diferentes hospitales. “Complejidad” entendida desde el punto de vista de la intensidad de recursos que se necesitan para su atención. En este sentido y dadas las críticas recibidas en cuanto a la utilización de estándares americanos, el Ministerio de Salud publica desde el año 1.999 pesos españoles para los GRDs, estimados mediante una metodología no exenta de mejoras y con un uso poco generalizado. Una vez conocida la casuística atendida esta se ha utilizado como sistema de ajuste de riesgo tanto de indicadores de eficiencia y utilización como de calidad. Un ejemplo, se puede encontrar en el análisis comparado de la actividad y calidad de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>). Además, en los últimos años se realizan, cada vez más, estudios epidemiológicos y de calidad de la asistencia⁵ utilizando como fuente el CMBD, cuestionándose, sólo en parte, los sesgos que podrían generarse de la validez y fiabilidad de esta fuente⁶.

D/ ¿Cuál sería la finalidad de un CMBD en atención primaria? Esta es la primera pregunta a la que habría que responder para posteriormente hablar de unidad, datos y fuentes. E incluso antes que esta, ¿quienes serían los usuarios de este potencial CMBD-AP?. Estos podrían ser gestores (clínicos, de centros, de Servicios Regionales de Salud, del Ministerio de Salud), y/o investigadores y/o políticos. No todos ellos manifiestan necesidades de información similares (es obvio, que la información necesaria para la planificación de recursos en Atención Primaria no es la misma que para analizar la variabilidad de la práctica clínica en pacientes con diabetes) y además puestos a pedir, las necesidades son infinitas aunque los recursos (registro, almacenamiento, procesado,...) son limitados. Ahora bien, lo que si es cierto que toda la información necesaria se genera en la interacción entre el paciente y los servicios de atención primaria y, teóricamente queda reflejada en la historia clínica. Además, en un horizonte temporal cercano, todos los datos necesarios estarán informatizados y uno de los problemas explicitados, sobre cuál sería la mejor unidad de registro, para que tras más de una década de propuestas no se disponga de un CMBD-AP⁷ quedaría solventado por la tecnología de tratamiento de información. Por otro lado, el debate sobre el sistema de codificación a utilizar deja de ser relevante, en tanto en cuanto se pongan encima de la mesa las ventajas de utilizar la CIE frente a la CIAP o viceversa. Para ello sería necesario establecer criterios tales como: especificidad en la descripción del diagnóstico o procedimiento, posibilidad de relacionarse con la información de otros niveles asistenciales, etc... En este sentido, cada vez se cuestiona menos la factibilidad del uso de la CIE por los médicos de familia⁸. Sin embargo, lo que sí resulta llamativo es el hecho de que el médico de familia haya asumido el papel de codificador, en una época en la que las tecnologías de información disponen de herramientas en las que este proceso se podría realizar con mayores garantías de fiabilidad. ¿Cómo vamos a poder analizar la calidad de la información respecto a la codificación realizada de la morbilidad, uno de los principales problemas de calidad detectados en el CMBD al alta hospitalaria?, No obstante, debemos de tener presente que, en teoría, los sistemas de registro y las TICs mejoran la calidad de atención⁹, aunque aún no haya evidencia suficiente¹⁰.

.3. CONCLUSIÓN

En teoría los sistemas de registro y la gestión de la información, con ayuda de las tecnologías de información y comunicación mejoran la calidad que prestan los sistemas sanitarios. Tenemos suficiente experiencia en su uso y también en su “mal uso” pero nos falta explicitar las necesidades de información de los diferentes agentes para poder dar valor a los datos que registramos. El valor de la información viene determinada por el uso que se le da en la toma de decisiones. La información que no se utiliza no vale. No obstante, la información se utiliza cuando es considerada válida y fiable y esto depende no solo del registro sino del tratamiento de los datos registrados.

4. REFERENCIAS

¹ Reyes A, Gonzáles A, Rojas MF, Montero G, Marín I, Lacalle JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. Rev Clin Esp 2001;201:685-689.

² Barba R, Losa JE, Guijarro C, Zapatero A. Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. Med Clin (Barc) 2006;12(7): 255-7.

³ Servicio Andaluz de Salud. Manual de auditoría. Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios Andaluz (CMBDA). Proceso de acreditación 2000. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: 2000.

⁴ Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):609-12.

-
- ⁵ Yetano-Laguna J, López-Arbeloa G, Guajardo-Remacha J, Barriola-Lerchundi MT, García-Urbaneja M, I Ladrón de Guevara JM Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Rev Calidad Asistencial 2006;21(4):207-12.
- ⁶ Corral S, Guerrero MD, Beltrán M, Salas J. Utilización del CMBD como herramienta para la detección de acontecimientos adversos a medicamentos. Farm Hosp. (Madrid) 2004;28(4):258-265.
- ⁷ Fusté J, Bolívar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I, Sicras A .Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. Aten Primaria 2002;30(4):229-235
- ⁸ Orueta JF, Urraca J, Berraondo I, Darpón J. ¿Es factible que los médicos de primaria utilicen CIE-9-MC?. Calidad de la codificación de diagnósticos en las historias clínicas informatizadas. Gac Sanit. 2006;20(3):194-201
- ⁹ Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, Morton SC, Shekelle PG. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. Ann Intern Med. 2006;144:742-752.
- ¹⁰ Halamka JD. Health Information Technology: Shall We Wait for the Evidence?. Ann Intern Med. 2006;144:775-776.