Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña

2006

actividad sanitaria

Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD)

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut
Servei Català de la Salut

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA RED SANITARIA Y SOCIOSANITARIA DE CATALUÑA. 2006

ÍNDICE *pàg*

INTRODUCCIÓN 3

LOS REGISTROS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) 5

ATENCIÓN DE HOSPITALITZACIÓN DE AGUDOS
Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos (CMBD-HA) 10

Descripción de la actividad de hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria 12

Descripción de la actividad de hospital de día y otros tipos de asistencia 34

ATENCIÓN DE HOSPITALITZACIÓN EN SALUD MENTAL
Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de la red de salud mental (CMBD-SMH) 35

Descripción de la actividad de hospitalización en salud mental 36

ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD MENTAL
Registro del conjunto mínimo básico de datos de los centros ambulatorios de la red de salud mental (CMBD-SMA) 40

Descripción de la actividad de atención ambulatoria en salud mental 41

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
Registro del conjunto mínimo básico de datos de los recursos sociosanitarios (CMBD-RSS) 45

Descripción de la actividad sociosanitaria 49

ABREVIATURAS 57

REFERENCIAS 59

Esta publicación se puede descargar des de la web del Servicio Catalán de la Salud (se halla disponible una traducción del texto al castellano).

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm

Contacto con la División de gestión de registros de actividad: cmbd@catsalut.net

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento del estado de salud de la población debe ser uno de los objetivos clave de todo gobierno, sobre todo en un país con un nivel de desarrollo social y económico como el de Cataluña. Para que esto sea posible, hay que reforzar las actividades de medicina preventiva y salud pública en general, así como mejorar el desarrollo y mantenimiento de las redes de recursos sanitarios y sociosanitarios.

Todo ello debe enmarcarse en un contexto en el que los recursos económicos son limitados, en el que hay que procurar tomar las decisiones más acertadas para que los recursos sean efectivos y eficientes, y teniendo siempre en cuenta que la distribución de los ya existentes y la planificación de los nuevos sea territorialmente equitativa.

En este contexto, disponer de información de calidad ajustada a las necesidades constituye un apoyo fundamental para la toma de decisiones de la organización y constituye un recurso estratégico. La información es un elemento básico para todas las organizaciones sanitarias, puesto que permite tomar decisiones que afectan a la salud de las personas con mayores garantías de equidad y eficiencia.

En el marco del sistema sanitario de Cataluña, el Departamento de Salud tiene la misión de planificar los servicios sanitarios públicos y el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) la de contratar a las entidades proveedoras de las diferentes redes sanitarias, por lo que ambos necesitan un sistema de información sólido que les permita disponer del conocimiento necesario para alcanzar dichos objetivos.

El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) es un registro sistemático de la morbilidad y la actividad asistencial que constituye un instrumento muy útil para los centros sanitarios y sociosanitarios, para las entidades proveedoras y para las administraciones sanitarias, porque permite conocer la patología atendida y cómo evoluciona en el tiempo, las características de la atención prestada y la distribución de la actividad en el territorio.

En Cataluña, la historia del CMBD se inicia formalmente con la Orden de 23 de noviembre de 1990 que establece la obligación de todos los hospitales públicos y privados de Cataluña de elaborar un conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria con la información de la actividad de hospitalización de agudos.[1,2]

Desde entonces, el esfuerzo realizado por los hospitales y la Administración ha permitido mejorar la calidad y exhaustividad de los datos y conseguir que resulten más asequibles.[3,4] Además, los crecientes requerimientos de información sobre los procesos

asistenciales atendidos ambulatoriamente favorecieron que, a partir de 1996, la cirugía mayor ambulatoria y el hospital de día se incluyesen en el CMBD.

A partir del año 1995 se inició la notificación sistematizada de la actividad de los hospitales psiquiátricos monográficos; el año 1998 se creó el CMBD de los centros ambulatorios de salud mental y, por último, el año 1999, el de recursos sociosanitarios. El año 2002, de acuerdo con la normativa vigente, se regularon estos registros[5] y se inscribieron en la Agencia Española de Protección de Datos.

A principios del año 2001, y coincidiendo con el desarrollo del Plan de sistemas del CatSalut, los registros del CMBD pasaron a depender de una misma unidad. El principal objetivo del Plan de sistemas fue integrar el conjunto de la información sanitaria existente en el CatSalut, velar por la seguridad en la transmisión de la información y preservar la confidencialidad de los datos cuando estos son de carácter personal. De acuerdo con esta política, en el año 2003 los registros del CMBD se unificaron por lo que respecta a la gestión de la información y también a la definición de las variables comunes a todas las redes.

Actualmente, la División de Gestión de Recursos de Actividad tiene encomendada, entre otras funciones, la gestión de los registros de actividad de la provisión de servicios sanitarios de los hospitales de agudos, de la red de salud mental (hospitalización y centros de salud mental ambulatorios) y de la red de recursos sociosanitarios.

A partir del registro del CMBD se elabora la información anual que se publica en formato de monografía (colección "Actividad Sanitaria") o de informe autoeditado, en años alternos.[6-15] La primera monografía con información de todos los registros del CMBD se elaboró a partir de los datos del año 2000 y en esta edición se presenta la actividad correspondiente al año 2006. Los informes autoeditados tienen la misma estructura que las monografías y en ellos se presentan todas las tablas y gráficos, sin texto explicativo. Por consiguiente, son dos documentos complementarios que permiten analizar comparativamente la actividad anual de la red sanitaria de Cataluña. Tanto los informes como las monografías se encuentran disponibles en el web del Servicio Catalán de la Salud <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm >.

De un año a otro, intenta mantenerse la estructura, el formato y la presentación tanto de la publicación como del informe autoeditado, aunque se van produciendo cambios en la actividad asistencial que originan otras necesidades de información por lo que se han ido introduciendo nuevos análisis, tablas y gráficos que suponen un enriquecimiento del contenido.

La información de los registros del CMBD está a disposición de los gestores, de los profesionales asistenciales y de los investigadores que la requieran, respetando en todo momento la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal. El Departamento de Salud y el Servicio Catalán de la Salud pretenden impulsar la utilización de esta información porque entienden que es la forma de avanzar hacia los objetivos propuestos, así como mejorar y mantener la calidad del registro.

LOS REGISTROS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)

Objetivos y características generales

El objetivo fundamental de los registros del CMBD es disponer de bancos de datos exhaustivos y válidos sobre morbilidad y actividad, tanto de internamiento como ambulatoria, de la red sanitaria y sociosanitaria de Cataluña. Estos datos tienen que ser útiles para conocer la patología atendida, evaluar el funcionamiento de los recursos, dar apoyo y mejorar la planificación sanitaria, dirigir la compra de servicios y modular el sistema de pago.

Actualmente, los registros del CMBD recogen información con base poblacional de la actividad asistencial siguiente:

Atención hospitalaria de agudos (registro del CMBD-HA):

- Hospitalización convencional.
- Procedimientos de cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- Otro tipo de asistencia: atención ambulatoria en hospital de día (HdD) y hospitalización domiciliaria.

Atención psiquiátrica:

- Hospitalización en la red de salud mental (registro CMBD-SMH).
- Atención ambulatoria en la red de salud mental (registro CMBD-SMA): centros de salud mental

infantil y juvenil y centros de adultos.

Atención sociosanitaria (registro del CMBD-RSS):

Hospitalización en unidades de larga duración, de convalecencia y de cuidados paliativos.
Atención en hospitales de agudos: unidades funcionales interdisciplinares sociosanitarias (UFISS).
Atención domiciliaria (PADES).
Atención ambulatoria en hospital de día.

Los registros son una fuente de información accesible para usuarios internos y externos y deben dar respuesta a las demandas que se formulan desde diferentes ámbitos. En todos los casos, la entrega de los datos está sometida a la normativa vigente por lo que respecta a confidencialidad y utilización de la información.

Descripción de las variables

Los registros del CMBD recogen los datos codificados según criterios preestablecidos para que sean compatibles y comparables con otros sistemas de información y entre sí. Atendiendo a las características propias de cada registro, las variables que se recogen se agrupan en dos bloques: las comunes a todos los registros y las específicas para cada uno de ellos.

Variables comunes

Variables identificativas personales:

- tipo de registro
- código de identificación personal (CIP)
- número de historia clínica
- fecha de nacimiento
- sexo
- municipio de residencia
- distrito municipal de residencia
- país de residencia

Variables relacionadas con el proceso:

- unidad proveedora
- ámbito
- fecha de inicio de periodo
- fecha de final de periodo
- tipo de actividad
- régimen económico
- fecha de inicio de asistencia
- circunstancias de admisión
- procedencia
- fecha final de asistencia
- circunstancias de alta
- unidad proveedora de destino
- programa específico

Variables clínico-asistenciales:

- diagnósticos (diagnóstico principal y nueve secundarios)
- causa externa (hasta cinco causas externas)
- procedimientos (procedimiento principal y siete secundarios)
- procedimientos externos (principal y otro procedimiento)

Variables de identificación del registro:

- número de asistencia
- número de identificación de cada registro procesado

Variables específicas

Las variables específicas de cada registro se describen en los capítulos donde se presenta el análisis de la actividad de cada uno de los registros.

Metodología

En general, la metodología empleada en el análisis de los datos es común a todos los registros del CMBD. Sin embargo, atendiendo a las peculiaridades de cada uno de ellos, algunos de los análisis propios de cada registro requieren tratamientos que se especifican en los capítulos correspondientes.

Los criterios para la codificación de las variables, tanto comunes como específicas, se recogen en los manuales de notificación respectivos.[16-19]

- Para las **explotaciones poblacionales** que se presentan en este informe (pirámides de población y tasas de hospitalización), se ha utilizado la población de Cataluña que consta en el registro central de asegurados (RCA) del CatSalud a 31 de diciembre de 2005.
- Las **unidades proveedoras** que notifican datos a los registros del CMBD se han codificado de acuerdo con los criterios del registro de unidades proveedoras del CatSalut.[20]
- Hasta el año 2002, el número de **pacientes** se calculaba a partir del código del centro y el número de historia clínica; el número de historia clínica permite identificar a los pacientes que han sido atendidos más de una vez en un mismo centro, pero no permite conocer si un mismo paciente ha sido atendido en diferentes centros. Por esta razón, el número de pacientes puede estar ligeramente sobrevalorado y, en consecuencia, la media de contactos o episodios por paciente infravalorada.
- Desde el año 2003, el registro del CMBD recoge el **código de identificación personal** (**CIP**). Esta variable permite efectuar un cálculo más aproximado del número de pacientes puesto que, aunque una persona haya sido atendida en diferentes centros, se contabiliza como un solo paciente. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que este cálculo no es exhaustivo ya que no se dispone del CIP en todos los casos. Por una parte, los enfermos residentes fuera de Cataluña no disponen de CIP y, por otra, hay contactos que no tienen informada esta variable, pese a corresponder a enfermos residentes.
- Para conocer **dónde vive un enfermo** se dispone de tres variables: el municipio de residencia (en el caso de los residentes en el Estado español), el distrito municipal (en el caso de los residentes en la ciudad de Barcelona) y el país de residencia (en el caso de los extranjeros). En el caso de los enfermos residentes en Cataluña con CIP informado, los datos de residencia son los que constan en el RCA del CatSalut.

- La **distribución geográfica** de la actividad se presenta en diferentes niveles de agregación: por región sanitaria[21] (RS) y por gobierno territorial de salud (GTS)[22], de acuerdo con la última reestructuración de las delimitaciones territoriales de la Administración sanitaria en el ámbito de Cataluña *(FIGURA 1)*. En el caso del GTS Barcelona, la información también se presenta desagregada por distritos municipales.
- En el análisis de flujos según la residencia de los pacientes y la distribución territorial de los recursos se utiliza el **índice de resolución** (también denominado de relevancia, del inglés *relevance index,* o índice de penetración), indicador que calcula el porcentaje de casos de residentes en un territorio determinado que son atendidos en recursos de ese mismo territorio.
- En las explotaciones donde el análisis se efectúa por "edad", "sexo" o "estancia", se han considerado **unidades de análisis nulas** las que no son válidas para alguna de dichas variables.
- Las unidades de análisis con alguna de las restantes variables inválidas se han incluido en la categoría **desconocido** de la variable correspondiente.
- En las tablas, los porcentajes inferiores a 0,05% se indican con "0,0" y cuando no consta ningún caso se indican con "-".
- En todos los registros, las variables clínico-asistenciales se codifican de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (**CIE-9-MC**),[23] que agrupa los más de 13.000 códigos de **diagnósticos** en **17 grandes grupos** más el **código V**, que recoge los factores que influyen en el estado de salud y los contactos con los servicios sanitarios. Los más de 4.000 códigos de **procedimientos** se clasifican en **16 grandes grupos**.
- A fin de facilitar la comprensión de la información sobre diagnósticos y procedimientos se han utilizado las agrupaciones del Clinical Classifications Software (**CCS**) (anteriormente denominado CCHPR), de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) del Gobierno de Estados Unidos.[24] La última versión de esta clasificación (año 2006) agrupa todos los códigos de los diagnósticos y procedimientos de la CIE-9-MC en categorías y grandes grupos. En el *ANEXO 1* se relacionan las **259 categorías** (excluyendo el código E) y los **17 grandes grupos** de **diagnósticos** y en el *ANEXO 2* las **231 categorías** y los **16 grandes grupos** de **procedimientos**, diferenciando los códigos quirúrgicos (subrayados) de los no quirúrgicos.
- Las causas externas de lesiones y envenenamientos (**código E**) se analizan en un capítulo aparte del resto de diagnósticos.

- El estudio de los diagnósticos y procedimientos se realiza teniendo en cuenta únicamente el **diagnóstico y el procedimiento principales**.
- Para la descripción de las variables cuantitativas se han calculado la **media** y, en el caso de los días de estancia, también la **mediana** dado que presentan una distribución que no cumple criterios de normalidad.

El análisis estadístico se ha practicado con el programa SPSS 15.0.

FIGURA 1 Delimitación territorial de Cataluña según las regiones sanitarias (RS) y los gobiernos territoriales de salud (GTS) previstos en el año 2006.

Descripción de la población atendida

La distribución por edad y sexo de la población atendida difiere considerablemente de la distribución de la población general y varía según el tipo de recurso donde se ha recibido la asistencia *(FIGURA 2)*.

En el caso de la hospitalización de agudos, la pirámide de la población atendida está invertida con relación a la de la población general y es bastante simétrica, excepto en la franja de edad de 25 a 39 años, que refleja la hospitalización de las mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio.

Los hombres de 25 a 59 años conforman el sector de población que requiere con mayor frecuencia ingreso hospitalario por trastorno psiquiátrico, mientras que los niños y adolescentes (de 10 a 19 años) y las mujeres de 30 a 65 años son atendidos mayoritariamente en los recursos ambulatorios de salud mental.

La población atendida en recursos sociosanitarios es la que muestra un perfil más diferente respecto a la de Cataluña. Casi todos los casos, con predominio general de las mujeres, se concentran en los grupos de edad superiores a los 70 años.

FIGURA 2 Población general de Cataluña y actividad en los diferentes tipos de recurso asistencial, por edad y sexo. Año 2006

ATENCIÓN DE HOSPITALITZACIÓN DE AGUDOS

Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos (CMBD-HA)

Organización y funcionamiento

El registro del CMBD-HA recoge los datos de la actividad asistencial de los hospitales de agudos (hospitalización convencional, cirugía mayor ambulatoria, hospital de día y hospitalización domiciliaria).

Los hospitales envían al registro, cada tres meses, los datos correspondientes a su actividad. Una vez recibidos, se validan y se elabora un informe que contiene el resumen de la validación y se remite a cada hospital.

A final de año, los centros de agudos reciben informes de su actividad de hospitalización convencional y CMA comparada con la de los hospitales de las mismas características. Por otra parte, los datos correspondientes a estos tipos de actividad se envían al Ministerio de Sanidad y Consumo para que sean introducidos en el registro del CMBD-HA estatal.

Descripción de las variables específicas

Además de las variables comunes al resto de registros del CMBD, en el caso del registro del CMBD-HA se recogen las siguientes variables:

Variables relacionadas con el proceso:
- hora de admisión
- hora de alta
- servicio asistencial de alta
- número de asistencia

Variables clínico-asistenciales:
- tiempo de gestación
- peso y sexo del primer hijo
- peso y sexo del segundo hijo

Control de calidad

Durante el año 2006, el registro del CMBD-HA ha recibido información de 86 centros: los 62 que conforman la Red hospitalaria de utilización pública (XHUP) y 24 que son de utilización no pública *(ANEXO 3).*

La información del año 2006 que consta en el registro representa el 100% de la actividad de los centros de la XHUP y el 79% de la de aquellos que no pertenecen a la XHUP. Globalmente, se ha notificado el 95,7% de toda la actividad en hospitales de agudos. El cálculo de la actividad de los centros privados que no han notificado al registro se ha estimado a partir de los datos del *Informe de establecimientos sanitarios en régimen de internado* (EESRI) del año 2004.

Con relación al año 2005, el incremento de la actividad total notificada al CMBD-HA durante el año 2006 ha sido del 1,7% *(TABLA 1).* El aumento más relevante se ha producido en la actividad agrupada en la categoría "otro tipo de asistencia" (18,8%). La CMA sigue aumentando aunque el incremento

(8,5%) es inferior al observado en el año anterior. También hay que destacar una mayor actividad de hospitalización de día.

TABLA 1 Número de contactos de hospitalización general de agudos por tipo de actividad y año. Años 2005 y 2006

Validación interna

Los datos recibidos se validan internamente para conocer la calidad de la información, detectar los posibles errores para cada una de las variables y comprobar la coherencia entre estas. Por lo que respecta a las variables clínicas, la codificación se efectúa de acuerdo con la CIE-9-MC siguiendo la *Normativa de codificación de las variables clínicas del CMBDAH de Cataluña.*[25] Dicha normativa tiene por objeto unificar criterios de codificación de los episodios asistenciales, sigue los criterios establecidos por el grupo de referencia estatal del Ministerio de Sanidad y Consumo y ha sido elaborada por el CatSalut en colaboración con el grupo de codificación de la Sociedad Catalana de Documentación Médica de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y de Baleares.

En el proceso de validación interna se crean dos nuevas variables a partir de las variables originales: la edad del enfermo (a partir de la fecha de nacimiento y la fecha de admisión) y los días de estancia (a partir de la fecha de admisión y la fecha de alta).

A continuación se expone la validez de las variables correspondientes a hospitalización convencional y CMA durante el año 2006.

Variables identificativas personales:

- Código de identificación personal (CIP): validez del 96,1% en los contactos financiados por el CatSalut.
- Fecha de nacimiento y sexo: validez del 100%.
- Municipio de residencia: validez del 99,4%.

Variables relacionadas con el proceso:

- Validez superior al 99,8% para el conjunto de variables (excepto para la variable "unidad proveedora de destino", que no está informada en un 6,9% de los casos, cuando la circunstancia de alta es un traslado a otro centro).

Variables clínico-asistenciales:

- Diagnóstico principal: validez del 99,5%.
  Media de diagnósticos (principal y otros) por alta: 3,42.
- Primer procedimiento: informado en el 80,9% de los contactos. La validez de esta variable cuando está informada es del 99,7%.
  Media de procedimientos (principal y otros, incluidos los externos) por alta: 1,50.
- Causa externa 1: validez del 90,8% en los motivos de ingreso por lesiones y envenenamientos.

Variables perinatales:

Validez superior al 94% para todas las variables.

Descripción de la actividad de hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria

Metodología

- La variable **tipo de actividad** permite discriminar diferentes tipos de asistencia, pero a menudo los criterios para codificarla no son homogéneos para todos los hospitales, lo que dificulta la comparabilidad del análisis. Por esta razón, respetando al máximo el tipo de actividad informada originalmente, se han aplicado criterios comunes para clasificar la asistencia en dos bloques:
  - Hospitalización convencional y CMA
  - Otro tipo de asistencia

La razón de analizar conjuntamente los datos correspondientes a la hospitalización convencional y los de CMA viene determinada porque los procedimientos quirúrgicos mayores susceptibles de ser atendidos de forma ambulatoria pueden requerir un ingreso, en función de la comorbididad y de las condiciones sociodemográficas del enfermo o del tiempo de acceso al hospital. Puesto que uno de los objetivos de los CMBD es analizar la morbilidad atendida, hay que efectuar un análisis conjunto.

Los datos correspondientes a otro tipo de asistencia se analizan para separado, ya que corresponden a un tipo de actividad con diferencias importantes respecto al bloque de hospitalización convencional y CMA.

Hasta el año 2002, la **unidad de análisis** del registro era el alta. Para utilizar una terminología adaptada a las nuevas modalidades de la actividad asistencial de los hospitales se han definido los siguientes conceptos:

*La definición de **alta** ("enfermos ingresados que sean dados de alta y produzcan, por lo menos, una estancia") no se ajusta a los diferentes tipos de actividad que recoge el CMBD de los hospitales de agudos: hospitalización convencional, cirugía mayor ambulatoria (CMA), hospital de día y hospitalización domiciliaria, por lo que se ha estimado oportuno cambiar el concepto **alta** por el concepto **contacto.***

***Contacto:** el concepto contacto se utiliza para designar cada vez que un enfermo accede a un hospital de agudos para recibir cualquier tipo de asistencia.*

***Paciente:** el concepto paciente se utiliza para identificar la información agregada de todos los contactos que corresponden a una misma persona.*

- La **edad** se calcula a partir de dos variables originales: la fecha de nacimiento y la fecha de inicio de asistencia.
- La estancia es una variable calculada a partir de la fecha de

inicio de asistencia y la fecha final de asistencia.

- En el análisis según edad, sexo y/o estancia se ha considerado **contacto nulo** aquel en el que la información no es correcta en alguna de estas variables (edad del enfermo superior a 110 años o desconocida, sexo diferente de hombre o mujer y estancia superior a 184 días).
- Los contactos con alguna de las variables restantes inválida se han incluido en la categoría **desconocido** de la variable correspondiente.
- Para el estudio de la hospitalización de los residentes en Cataluña se han calculado las **tasas crudas de** hospitalización. Para la comparación entre territorios, las tasas se han **estandarizado** por el método directo, por edad y sexo en el caso de las RS, y solo por edad en el de los GTS dado el bajo número de casos en algunas categorías. De esta manera se evita el efecto de las diferencias en la composición de las poblaciones. Las **tasas de hospitalización** se expresan por 1.000 habitantes.
- La **variabilidad** de las tasas de hospitalización se ha medido con los instrumentos estadísticos siguientes:[26]
  - **Razón de variación** (RV): es la razón entre el más alto y el más bajo de los valores observados (tasa más alta/tasa más baja).
  - **Coeficiente de variación ponderado** (CVp): es el cociente entre la desviación estándar y la media de las tasas por área, ponderadas por la población de cada área.

En el análisis de los procedimientos según la clasificación del CCS se han agrupado los contactos en **médicos** o **quirúrgicos** de acuerdo con el criterio del agrupador de los grupos relacionados diagnósticos (DRG), versión CMS 22.0.[27]

- Para evaluar el impacto de la CMA en la actividad quirúrgica se ha calculado el **índice de sustitución (IS)** entendido como la proporción de contactos para un determinado procedimiento quirúrgico practicado con CMA con respecto al total de contactos para este mismo procedimiento, expresado en porcentaje.
- En las tablas que resumen las características de los contactos clasificados según las agrupaciones de diagnósticos y procedimientos del CCS se han excluido las categorías con **número de casos inferior a 50** y las que se agrupan bajo el epígrafe **"Otros diagnósticos y procedimientos"**.

Análisis

Contactos y pacientes

El total de contactos de HC y CMA declarados al registro del CMBD-HA durante el año 2006 ha sido de 910.398, de los que 715.957 (78,6%) tienen informado el CIP. Siguiendo la tendencia de los últimos años, se observa una disminución de los contactos que no tienen el CIP

informado (22,4% el año 2004 y 21,4% el 2006). El número de pacientes con CIP (543.396) ha experimentado un incremento del 1,6% con respecto al año anterior, mientras que el de los pacientes sin CIP (169.556) ha disminuido un 0,7% *(TABLA 2 y FIGURA 3)*.

La media de contactos por paciente es mayor en el casos en los que el CIP está informado (1,32) que en los que no lo está (1,15). Cuando no se ha informado el CIP, los contactos correspondientes a un mismo paciente se han identificado a partir del código del centro y el número de historia clínica. Teniendo en cuenta que un enfermo puede tener más de una historia en diferentes centros, la media de contactos por paciente puede estar infravalorada.

Cuando se analizan los pacientes que han ingresado más de una vez, también se observan diferencias. En los pacientes que tienen el CIP informado (20,8%), la media de contactos es de 2,52; dichos pacientes generan el 39,9% de los contactos de este grupo. Por lo que respecta a los que no tienen el CIP informado (10,1%), la media es de 2,30 y generan el 22,6% de los contactos.

La media de contactos por paciente presenta asimismo diferencias por grupo de edad y sexo *(FIGURA 4)*. Este indicador se ha calculado con los contactos con CIP informado. Se observa que crece con la edad, excepto en las mujeres de 15 a 44 años, porque en este grupo de edad la actividad obstétrica, que generalmente no provoca reingresos, es muy relevante. También disminuye en los hombres y mujeres mayores de 84 años. La media de contactos por paciente es superior en los hombres (1,38 en hombres y 1,27 en mujeres), globalmente y en todos los grupos de edad. Esta diferencia, sin embargo, es menos evidente en los menores de 15 años.

TABLA 2 Número de contactos y de pacientes de hospitalización convencional y CMA por año. Años 2005 y 2006

FIGURA 3 Pacientes y contactos de hospitalización convencional y CMA, según disponibilidad de CIP. Año 2006

FIGURA 4 Media de contactos de hospitalización convencional y CMA con CIP, por paciente según sexo y grupo de edad. Año 2006

Edad y sexo

Del total de contactos, 420.923 (46,2%) corresponden a hombres y 489.235 (53,7%) a mujeres. Con respecto al año 2005, se observa un incremento del 2,0% en el número de mujeres y del 1,2% en el de hombres. El número de contactos en mujeres va aumentando anualmente, tanto en términos absolutos como relativos.

Este hecho puede explicarse por dos factores:

- En primer lugar, las mujeres mayores de 70 años representan el

7,7% de la población de Cataluña y los hombres el 5,1%.

- En segundo lugar, el aumento de la natalidad y de la exhaustividad del registro (sobre todo por la notificación de nuevos centros privados con un volumen considerable de partos) ha contribuido al incremento de la actividad obstétrica (del 3,4% con respecto al año 2005).

En el año 2006, la media de edad global ha sido de 52,5 años (52,8 en el año 2005), siendo la de los hombres (53,0 años) superior a la de las mujeres (51,8 años). Sin embargo, si no se tiene en cuenta la actividad obstétrica, la media de edad de las mujeres es de 55,6 años.

La distribución de los contactos por grupo de edad, exceptuando los de las mujeres en edad fértil, es bastante similar en ambos sexos si bien se observan algunas diferencias en los grupos de edad más extremos *(FIGURA 5).*

Los contactos correspondientes a mujeres de 25 a 39 años representan el 13,3% de todos los contactos y el 24,7% de los contactos de mujeres. Estos datos se mantienen estables en los últimos años.

Los contactos de niños menores de 15 años representan el 12,0% de todos los contactos en hombres, mientras que esta proporción es del 7,2% en el caso de las mujeres.

Entre los grupos de edad más avanzada, los que acumulan más actividad son los de 65 a 79 años en los hombres (29,3%) y los de 70 a 84 años en las mujeres (25,2%). Las mujeres de más de 84 años representan el 4,0% de todos los contactos y los hombres el 2,3%.

La tasa global de hospitalización es de 126,4 contactos por 1.000 habitantes (124,4 el año 2005) *(TABLA 3).* Esta tasa sigue aumentando, al igual que en los últimos años, probablemente debido a un aumento de la exhaustividad del registro y la actividad de los centros.

La tasa de hospitalización aumenta con la edad, sobre todo en los hombres. Las tasas más elevadas corresponden a los mayores de 75 años: 394,0 para el total de contactos de 85 a 89 años (491,8 para los hombres y 340,6 para las mujeres). La tasa más baja es la del grupo de 10 a 14 años (31,1), sobre todo por lo que respecta a las niñas.

FIGURA 5 Contactos de hospitalización convencional y CMA de los enfermos residentes en Cataluña y población de Cataluña, por sexo y grupo de edad. Año 2006

TABLA 3 Contactos de hospitalización convencional y CMA por sexo, grupo de edad y residencia, y tasa de hospitalización de los residentes en Cataluña. Año 2006

Residencia

En el 0,6% de los contactos la información de las variables "municipio" o "país de residencia" está en blanco o es errónea. Este porcentaje ha ido disminuyendo a lo largo de los años.

Por lo que respecta a la variable "distrito" en los enfermos residentes en Barcelona ciudad, la invalidez es del 19,4%, cifra que se ha reducido casi a la mitad con respecto al año 2004, lo que traduce una mejora en la notificación de los datos administrativos.

A partir del código de municipio se han asignado a cada contacto la RS y la GTS de residencia. Para los contactos de los residentes en la ciudad de Barcelona, la notificación del distrito municipal varía considerablemente según el tipo de financiación: en los contactos financiados por el CatSalut la exhaustividad es del 98,2%, mientras que en los no financiados es del 10,1%. Por este motivo, solo se analizan las tasas de hospitalización por distrito de la actividad financiada por el CatSalut.

Se ha podido asignar la RS de residencia a 864.009 (94,9%) de los 910.398 contactos de HC y CMA. Por lo que respecta al resto de contactos, 20.622 (2,3%) corresponden a residentes en Cataluña a los que no se ha podido asignar ninguna RS, 15.878 (1,7%) son residentes en el Estado español, 5.487 (0,6%) residen en el extranjero y se desconoce la residencia de 4.402 (0,5%) *(TABLA 4)*.

De los 864.009 contactos correspondientes a enfermos residentes en Cataluña con región sanitaria de residencia asignada, 813.071 han sido atendidos en centros hospitalarios de su RS de residencia (índice de resolución del 94,1%) y 50.938 (5,9%) en hospitales de otras RS. El índice de resolución se mantiene estable con respecto al año 2005 (94,1%) después del incremento observado a partir del año 2004 (81,1%). Este hecho se explica por el cambio en la delimitación territorial de las RS, en general, y de la RS Barcelona, en particular.

Por región sanitaria, este indicador presenta diferencias que oscilan entre el 68,1% en la RS Alt Pirineu i Aran y el 98,6% de la RS Barcelona.

Entre un 10,9% (RS Girona) y un 18,6% (Catalunya Central) de los contactos de enfermos que no se tratan en sus RS de residencia son atendidos en los hospitales de la RS Barcelona. También hay que destacar que un 7,6% de la actividad que generan los enfermos de la RS Terres de l'Ebre se efectúa en centros de la RS Camp de Tarragona.

De los 21.365 contactos donde consta la residencia fuera de Cataluña (15.878 residentes en el Estado español y 5.487 residentes en el extranjero), el 65,6% se han producido en los hospitales de la RS Barcelona y el 14,1% en los hospitales de la RS Lleida, que en su mayoría (2.465 contactos) corresponden a residentes en la provincia de Huesca. Aunque en términos absolutos es en los hospitales de la RS Barcelona donde se produce el mayor número de contactos de residentes fuera de Cataluña (14.022 contactos, que representan el 2,1%), en términos

relativos es en los hospitales de la RS Lleida donde el porcentaje de residentes en el Estado español o en el extranjero es más elevado (3.002 contactos que representan el 7,3%).

La RS Barcelona, de acuerdo con la delimitación territorial actual, da cobertura al 68,8% de toda la población de Cataluña (4.951.263 habitantes), pero la distribución de recursos hospitalarios no es homogénea en el territorio. Por lo tanto, para poder efectuar un estudio pormenorizado de los flujos de pacientes en dicha región, la actividad se analiza de forma específica agrupándola en cinco territorios *(TABLA 5).* Cuando se considera la RS Barcelona como una sola unidad territorial, el índice de resolución es del 98,6%, como se observa en la *TABLA 4,* pero cuando se calcula teniendo en cuenta esta subdivisión funcional, el porcentaje de contactos de pacientes atendidos en su territorio de residencia es del 79,0%. El valor de este índice oscila, para cada uno de los cinco territorios, entre el 62,6% (Garraf i Alt Penedès) y el 92,2% (Barcelona ciudad).

TABLA 4 Número y porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los residentes en cada región sanitaria en función de la región sanitaria del hospital. Año 2006

TABLA 5 Número y porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los residentes en la Región Sanitaria Barcelona en función de la región sanitaria del hospital. Año 2006

Tasas de hospitalización

Como indicadores territoriales de la utilización de recursos se han utilizado las tasas de hospitalización crudas y estandarizadas, por RS y GTS, con relación a la población de Cataluña según los datos que constaban en el registro central de asegurados (RCA) a 31 de diciembre del año 2005. Estas tasas se han calculado para el total de contactos y para los financiados por el CatSalut en cada uno de los territorios.

En la valoración de las tasas debe tenerse en cuenta que el registro recoge todos los contactos financiados por el CatSalut pero que, por lo que respecta a los contactos no financiados por este organismo, que mayoritariamente se producen en hospitales privados, la cobertura no es del 100% como se ha comentado en el apartado sobre control de calidad.

En el estudio de la tasa de hospitalización se observan diferencias tanto por RS como por GTS *(TABLA 6)*. Algunas de las tasas más bajas se dan en territorios con población más envejecida y viceversa. El GTS Cerdanya es el que resenta las tasas más elevadas, tanto las crudas como las estandarizadas, para el total de los contactos y para los contactos financiados solo por el CatSalut. En el GTS Baix Llobregat Nord es donde las tasas crudas son más

bajas, independientemente de la financiación, mientras que las tasas estandarizadas más bajas corresponden al GTS Barcelona, para los contactos financiados por el CatSalut, y al GTS Osona, para el total de contactos. Cuando se analiza este indicador para los diez distritos de la ciudad de Barcelona se observa que la tasa cruda más elevada corresponde al de Nou Barris (103,6 por mil habitantes), pero cuando se ajusta por edad es en el distrito de Ciutat Vella donde se hospitalizan más habitantes (105,6 por 1.000 habitantes).

La *TABLA 7* sintetiza la variación territorial de los indicadores de hospitalización de los contactos financiados por el CatSalut de los años 2005 y 2006 a partir de la relación entre la tasa máxima y la tasa mínima (razón máximo/mínimo) y el coeficiente de variación ponderado por población. La variación entre los territorios con mayor agregación geográfica (las seis RS y los cinco territorios de la RS Barcelona) es menor que la observada entre los GTS, puesto que se compensan algunos de los casos extremos que afectan a las tasas calculadas para los territorios más pequeños. En el análisis de la variación de la tasa de hospitalización entre RS se observa un ligero incremento respecto al año 2005 (la distribución territorial de los GTS no entró en vigor hasta el año 2006). Contrariamente a lo que cabría esperar, la variación entre las tasas estandarizadas es superior a la que existe entre las tasas crudas.

Por lo que respecta a la razón máximo/mínimo de las tasas crudas entre RS, se observa que los enfermos residentes en la RS donde la tasa es más alta ingresan un 47% más que los residentes en la región donde la tasa es más baja.

La *FIGURA 6* muestra la tasa de hospitalización estandarizada de los contactos financiados por el CatSalut, por GTS de residencia, con relación a la tasa global de Cataluña, representada por la línea vertical. Los GTS que se encuentran a la derecha de la línea son los que tienen la tasa más elevada que la global y los que se encuentran a la izquierda los que la tienen más baja. Los valores de las tasas, con el intervalo de confianza del 95%, se presentan ordenados de mayor a menor.

Al valorar las diferencias entre las tasas hay que tener presente que la asistencia hospitalaria de financiación pública en un territorio está condicionada por la oferta de otro tipo de asistencia sanitaria complementaria. La asistencia privada a través de entidades de seguro libre, más importante en zonas urbanas y de nivel socioeconómico elevado, puede determinar que, en determinados territorios, la tasa de hospitalización en centros financiados por el CatSalut sea relativamente baja, como en el caso del distrito de Sarrià-Sant Gervasi, donde la tasa de hospitalización estandarizada es de 42,3 por 1.000 habitantes.

En algunas zonas rurales, donde la baja densidad de población y las

comunicaciones existentes no justifican la presencia de un hospital, la atención primaria asume un papel sustitutivo en determinadas líneas de atención. En este caso, las tasas de hospitalización también pueden ser bajas.

Desde el punto de vista de política sanitaria, en las áreas de baja densidad poblacional está justificada la existencia de un hospital cuando existen dificultades de acceso por razón de las características geográficas de la zona. En tal caso, las tasas de hospitalización son superiores a la media porque la oferta de atención que representa la proximidad de un hospital, por pequeño que sea, aumenta la demanda.

El actual escenario de envejecimiento de la población, en el que crece la proporción de pacientes de edad avanzada con patologías múltiples, es otro de los factores que pueden influir en las tasas de hospitalización de la población atendida en hospitales generales de agudos.

TABLA 6 Tasa de hospitalización convencional y CMA, por RS y GTS de residencia. Año 2006

TABLA 7 Variación territorial de los indicadores de hospitalización de los contactos financiados por el CatSalut. Años 2005 y 2006

FIGURA 6 Tasa estandarizada de hospitalización convencional y CMA de los contactos financiados por el CatSalut, por GTS sanitario de residencia. Año 2006

Régimen económico

La variable "régimen económico" recoge el tipo de entidad o institución que financia la hospitalización del paciente. Del total de contactos, 280 (0,03%) son inválidos para esta variable.

El 79,0% (719.322) de todos los contactos que constan en el registro son financiados por el CatSalut, proporción que es del 92,4% si solo se analizan los contactos generados por los hospitales de la XHUP. El número de contactos financiados por el CatSalut en los hospitales que no pertenecen a la XHUP y que notifican al registro es de 10.902.

El 66,7% de los contactos de HC y CMA no financiados por el CatSalut corresponden a entidades de seguro libre y representan el mismo porcentaje que en el año 2005, aunque de un año al otro el incremento en valores absolutos haya sido del 3,8%. Del total de contactos no financiados por el CatSalut, el 16,2% se produce en hospitales de la XHUP y el 83,8% restante en centros que no pertenecen a la red pública *(FIGURA 7)*.

FIGURA 7 Contactos de hospitalización convencional y CMA, según el tipo de financiación. Año 2006

Circunstancias de admisión y de alta

Todos los contactos de HC y CMA son válidos para la variable "circunstancia de admisión".

Para el conjunto de los contactos, los programados representan el 52,7% y los urgentes el 47,3%. Esta distribución es del 48,7% y del 51,3% en los hospitales de la XHUP, mientras que en los hospitales que no pertenecen a la XHUP los porcentajes son del 71,6% y del 28,4%, respectivamente.

Por lo que respecta a la variable "circunstancia de alta", el 0,1% de los contactos son inválidos.

La *TABLA 8* muestra la distribución de los contactos según el lugar donde van los pacientes una vez reciben el alta. El incremento porcentual más relevante respecto al año 2005 se produce en el grupo de pacientes que pasan a recibir hospitalización domiciliaria (48,8%) aunque solo son 1.030 contactos más. En cambio, el aumento más importante en cifras absolutas se ha producido en los que van a su domicilio, con 13.100 contactos más que representan un incremento del 1,6%. El 52,9% de los pacientes que una vez reciben el alta prosiguen la hospitalización a domicilio son mujeres con una media de edad de 55,5 años. El porcentaje de mujeres se mantiene estable en los últimos años, pero la media de edad ha aumentado casi un año, cada año, en el periodo 2005-2006. Por lo que respecta a los pacientes que son trasladados a un centro de media o larga estancia, el 55,4% son mujeres con una media de edad de 77,6 años.

Se observa una disminución de las defunciones respecto a los años anteriores (2,7% el año 2000, 2,6% el año 2005 y 2,4% el año 2006).

El porcentaje de defunciones es superior en los contactos con circunstancia de admisión urgente que en los programados, 4,5% y 0,6%, respectivamente. De todas las defunciones, el 74,5% corresponde a contactos urgentes médicos.

El 60,1% de las muertes se da en pacientes de edad superior a 74 años, de los que el 80,3% han causado un ingreso urgente por patología médica.

TABLA 8 Contactos de hospitalización convencional y CMA según la circunstancia del alta. Años 2005 y 2006

Estancia

Los contactos inválidos para el cálculo de los días de estancia son 138, que representan el 0,02% del total (este porcentaje incluye las estancias superiores a seis meses).

En el año 2006, la estancia media para el conjunto de los contactos es de 5,0 días (5,2 el año 2005) *(TABLA 9)*. La distribución de los contactos por días de estancia es casi superponible a la del año anterior, excepto por lo que respecta a las estancias de 0 días, que aumentan debido a la mayor actividad de CMA *(FIGURA 8)*. Esto explica, en

gran parte, la disminución de la estancia media observada en los últimos años. Si no se tiene en cuenta este tipo de actividad, la estancia media es de 6,2 días, similar también a la de 2005 (6,4 días).

La estancia media es un indicador que se utiliza habitualmente para la gestión y evaluación de servicios sanitarios de internamiento, pero es una medida que hay que valorar con cautela, sobre todo cuando se usa para describir la actividad hospitalaria.

En primer lugar, hay que considerar el peso de las estancias largas ya que, aunque las estancias superiores a 30 días solo representan el 1,6% de todos los contactos del año 2006 (1,7% el 2005), suponen el 16,2% del total de días de estancia (16,2%, también, en el año 2005).

En segundo lugar, la estancia media presenta una variabilidad muy importante con relación a otras variables como el sexo, la edad, la circunstancia de admisión o de alta o la financiación.

En tercer lugar, los días de estancia no siguen lo que en estadística se denomina una distribución normal (como la que siguen otras variables que miden características del individuo, como la edad o la tensión arterial, por ejemplo). Así pues, aun cuando la media de días de estancia (estancia media) para el conjunto de los contactos del año 2006 es de 5,0 días, la mitad de los contactos solo han estado ingresados entre 0 y 3 días (estancia mediana). Es decir, las estancias más bajas son las que acumulan el mayor número de contactos *(FIGURA 8)*.

En los hombres, la estancia media es de 5,5 días y en las mujeres de 4,6 días, mientras que la estancia mediana es de tres días en ambos grupos *(TABLA 10)*. En general, se observa una clara tendencia al aumento de la estancia media con la edad, excepto en el grupo de los menores de un año y en las mujeres de entre 20 y 39 años como consecuencia de la actividad obstétrica en estos grupos de edad *(FIGURA 9)*. Dado que la hospitalización por CMA no genera estancias hospitalarias, cuando se analiza la estancia de los contactos con HC, lógicamente, la estancia media aumenta, sobre todo en los grupos de edad donde la actividad de CMA es más importante. En los hombres de 20 a 80 años, la estancia media es alrededor de un día más elevada que en las mujeres de este mismo grupo de edad, mientras que es muy similar en los grupos de edad más extremos.

Los pacientes mayores de 70 años generan el 32,9% de los contactos *(TABLA 3)* y acumulan el 42,4% de todos los días de estancia *(TABLA 10)*. En el año 2005, estas cifras eran el 32,8% del total de contactos y el 42,6% de todos los días de estancia.

En la descripción del comportamiento de la estancia con relación a la edad, además de la media y la mediana (percentil 50), se utilizan los percentiles 25 y 75 para cada grupo de edad, que representan el valor de los días de estancia por

debajo del cual se encuentran el 25% y el 75% de los casos, respectivamente *(FIGURA 10)*. En todos los grupos, la mediana es inferior a la media, pero la diferencia entre las dos medidas es menor en los grupos de edad de 1 a 4 años y de 30 a 34 años. En el primer caso, esto se explica porque las estancias son muy cortas y similares a la media, mientras que en el segundo este hecho podría atribuirse a la influencia de los contactos causados por partos, en los que, en general, la estancia también es muy similar a la media.

Si se analiza la estancia según la circunstancia de admisión, se observa que las admisiones urgentes tienen una estancia media de 7,2 días y las programadas de 3,4 días (7,4 y 3,2 días en el año 2005, respectivamente).

La estancia media según la circunstancia del alta presenta diferencias relevantes. Las estancias medias más largas corresponden a los pacientes que se derivan a un centro de media o larga duración (15,3 días), los que se trasladan a una residencia social (13,2 días) y los que han fallecido en el hospital (11,2 días).

En el año 2006, en los contactos financiados por el CatSalut, la estancia media es de 5,3 días y en los no financiados de 4,0 días (5,4 días y 4,1 días el año 2005, respectivamente). La estancia media más baja de los contactos no financiados por el CatSalut se explica, fundamentalmente, por la menor complejidad de los pacientes atendidos.

TABLA 9 Contactos de hospitalización convencional y CMA, estancia media y mediana, por días de estancia. Años 2005 y 2006

FIGURA 8 Contactos de hospitalización convencional y CMA por días de estancia. Años 2005 y 2006

FIGURA 9 Estancia media de los contactos de hospitalización convencional y CMA por grupo de edad y sexo. Año 2006

FIGURA 10 Estancia media, mediana y percentiles 25 y 75 de los contactos de hospitalización convencional y CMA, por grupo de edad. Año 2006

TABLA 10 Días de estancia, estancia media y mediana de los contactos de hospitalización convencional y CMA, por sexo y grupo de edad. Año 2006

Diagnósticos

El registro del CMBD-HA recoge el diagnóstico principal de cada contacto y hasta nueve diagnósticos más codificados según la CIE-9-MC.

La variable "diagnóstico principal" indica el motivo por el que un enfermo ha ingresado en el hospital. Los otros diagnósticos incluyen todas las afecciones o complicaciones que presenta el enfermo no consideradas como diagnóstico principal y coexistentes

en el momento del ingreso o desarrolladas durante la estancia en el centro.

El porcentaje de contactos inválidos para la variable "diagnóstico principal" es del 0,5% del total de contactos. La inespecificidad es el motivo de invalidez en el 0,3% de los contactos. Se entiende por diagnóstico inespecífico aquel que, pese a ser correcto, no da la información con el máximo nivel de detalle posible. En el 0,13% de los contactos no consta información del diagnóstico principal (la variable está en blanco o consta como diagnóstico desconocido). El resto de motivos de invalidez se reparte entre códigos erróneos inexistentes en la CIE-9-MC e incongruencias respecto a la edad y/o el sexo (0,07%).

El 66,6% de los contactos tienen correctamente informado el primer diagnóstico secundario, mientras que para el segundo el porcentaje es del 48,9% y para el tercero, del 37,0%. Dichos porcentajes son sensiblemente superiores a los de unos años atrás (54,2%, 39,2% y 27,1% en el año 2002, respectivamente). Hay que resaltar que el 5,7% de los contactos tienen informados los nueve diagnósticos secundarios.

La media de diagnósticos informados por contacto (principal y otros) es de 3,42. Este indicador es ligeramente superior al del año 2004 (3,26).

El análisis de los diagnósticos se presenta para los grandes grupos de la CIE-9-MC y para las categorías de las CCS.

Grandes grupos de diagnósticos de la CIE-9-MC

Entre los 18 grandes grupos de esta clasificación, los cinco que acumulan más contactos son los correspondientes al aparato circulatorio, enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, aparato digestivo, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y aparato respiratorio *(TABLA 11)*. Estos grupos explican el 53,0% del total de contactos. En el año 2005, estos cinco grupos también son los más frecuentes y representan el 53,3% del total de contactos.

Al comparar el número de contactos de los años 2005 y 2006 para cada grupo se observa que, en general, todos han aumentado excepto dos (enfermedades del aparato respiratorio y anomalías congénitas). En el año 2006, las enfermedades del aparato respiratorio han disminuido en unos 5.000 contactos con relación al año anterior (han pasado del 10,2% del total de contactos al 9,5%). Durante el año 2005 se produjo un aumento de cerca de 10.000 contactos a expensas de la actividad urgente en el primer cuatrimestre (pasó del 9,3% de los contactos del año 2004 al 10,2%). Este hecho coincidió con un incremento, en el mismo periodo, del número de urgencias con ingreso atendidas por el Plan integral de urgencias de Cataluña. La actividad ocasionada por enfermedades

endocrinas, nutricionales, metabólicas e inmunitarias ha aumentado un 9,4% (aunque en el análisis global de los contactos represente un incremento de tan solo el 0,1%) y las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo se han incrementado un 16,8% (un 0,2% del total). Hay que destacar que el número de contactos con diagnóstico principal desconocido se ha reducido más de la mitad respecto al año 2005 (ha pasado de 3.945 contactos a 1.242), lo que traduce una mejora en la notificación de los datos al registro *(TABLA 11)*.

Para el conjunto de los contactos, la estancia media ha disminuido en 0,2 días respecto al año 2005.

Aunque cada grupo engloba diagnósticos y tipologías de enfermos muy diferentes, hay que destacar que las estancias medias más largas corresponden a trastornos mentales, afecciones originadas en el periodo perinatal y lesiones y envenenamientos, y las más bajas a enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (este grupo incluye las cataratas, que se tratan mayoritariamente con CMA) y a complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

Los grupos de diagnósticos que acumulan más días de estancia son las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias, las lesiones y envenenamientos y las enfermedades del aparato respiratorio, que representan el 51,0% de todas las estancias.

Con relación a la media de edad, se observan diferencias considerables entre los grupos; las más altas corresponden a las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos y las neoplasias, y las más bajas, lógicamente, a las enfermedades perinatales y congénitas, seguidas de los partos y las enfermedades infecciosas.

Para el conjunto de los contactos, la media de edad se ha mantenido estable respecto al año 2005. Por grandes grupos de diagnósticos también se ha mantenido bastante estable, aunque ha habido variaciones de uno a dos años en el grupo de enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas e inmunitarias, el de enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio, el de enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo, el de las lesiones y envenenamientos y el grupo de clasificación del código V (Factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios). En el grupo de diagnóstico principal "desconocido", el incremento ha sido superior (4,7 años). También hay diferencias en la distribución de los contactos por motivo de ingreso según la edad y el sexo del paciente *(TABLAS 12 y 13)*.

Para ambos sexos, en los menores de quince años son importantes las afecciones originadas en el periodo perinatal (menores de un año) y las enfermedades del aparato

respiratorio (de uno a 14 años). En los demás grupos se observan diferencias por sexo y edad. En las mujeres destacan los partos (15 a 44 años), neoplasias (45 a 54 años), enfermedades del aparato locomotor y el tejido conectivo (45 a 74 años), enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos (65 a 84 años) y enfermedades del aparato circulatorio (mayores de 84 años). En los hombres destacan las lesiones y envenenamientos (15 a 34 años), enfermedades del aparato digestivo (35-54 años), enfermedades del aparato circulatorio (55 a 84 años) y enfermedades del aparato respiratorio (mayores de 84 años).

TABLA 11 Contactos de hospitalización convencional y CMA, estancia media y mediana, y media de edad por diagnóstico principal, según los grandes grupos de diagnósticos de la CIE-9-MC. Años 2005 y 2006

TABLA 12 Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de diagnósticos de la CIE-9-MC que acumulan más contactos en cada grupo de edad, en hombres. Año 2006

TABLA 13 Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de diagnósticos de la CIE-9-MC que acumulan más contactos en cada grupo de edad, en mujeres. Año 2006

Categorías diagnósticas del CCS

La *TABLA 14* muestra, para cada categoría diagnóstica, el número total de contactos y la distribución porcentual, la estancia media y mediana, la media de edad, la proporción de contactos de mujeres y la proporción de defunciones del año 2006, así como el número de contactos y la distribución porcentual del año 2005.

La actividad reflejada en la tabla, en número de casos y porcentajes, es bastante parecida a la del año anterior, tanto por lo que respecta a los grandes grupos como a las categorías específicas, excepto para las enfermedades respiratorias (como se ha comentado anteriormente), pero también hay diferencias en las categorías específicas debido a un cambio en los criterios de codificación de las mismas (antes la categoría 131 era más restrictiva, mientras que actualmente puede recoger actividad clasificada anteriormente en las categorías 125 y 127).

Entre las categorías que más crecen en términos absolutos respecto al año 2005 hay que destacar: las infecciones de vías urinarias (1.491 contactos), las cataratas (1.337 contactos), los embarazos prolongados (830), los traumatismos del perineo y la vulva durante el parto (814) y las gastroenteritis no infecciosas (783). Por otra parte, entre las que más disminuyen (excluidas las categorías afectadas por los cambios de codificación mencionados) se

encuentran el asma (1.005 contactos), el infarto agudo de miocardio (956 contactos), las venas varicosas de extremidad inferior (938), el embarazo y/o parto normal (522 contactos) y la quimioterapia y radioterapia (420 contactos).

Para sintetizar la información más relevante de esta tabla se ha elaborado un *RESUMEN* donde se pueden identificar las categorías por su código (número entre paréntesis) para facilitar la información complementaria de la tabla. Las cataratas siguen siendo el diagnóstico principal más frecuente (7% de todos los contactos) y con la estancia media más baja (0,1 días). En general, la distribución de categorías según estancia media y edad media es similar a la del año anterior (en las patologías con edad media más baja se han excluido los contactos con diagnósticos perinatales). Dado el bajo número de casos en la mayoría de categorías con la mortalidad más alta, hay que valorar con cautela las variaciones observadas de un año a otro.

RESUMEN de la TABLA 14

TABLA 14 Contactos de hospitalización convencional y CMA, estancia media y mediana, porcentaje de mujeres y de defunciones según las categorías de diagnósticos del CCS. Años 2005 y 2006

Procedimientos

El registro del CMBD-HA recoge hasta diez procedimientos quirúrgicos, obstétricos, diagnósticos o terapéuticos codificados según la CIE-9-MC.

De los diez procedimientos, ocho hacen referencia a los que se han practicado en el mismo hospital donde está ingresado el paciente y los dos restantes a procedimientos en los que, para realizarlos, se traslada al paciente a otro centro.

En este informe se presenta el análisis del primer procedimiento entendido como el que se practica durante el ingreso de un enfermo y está más directamente relacionado con el diagnóstico principal. Esta variable está informada en 735.740 contactos (80,9% de todos los contactos), siendo el 0,2% inespecíficos y el 0,1% erróneos o incongruentes con la edad y/o el sexo.

Por lo que respecta a los demás procedimientos, los porcentajes de notificación son del 39,4% para el segundo, 15,7% para el tercero, 7,8% para el cuarto, 4,1% para el quinto, 2,3% para el sexto y 0,8% para el séptimo.

La media de procedimientos informados por contacto es de 1,52. Este indicador es prácticamente igual al del año 2004 (1,51).

El nivel de exhaustividad en la declaración de procedimientos en el registro del CMBD-HA varía en función de que sean quirúrgicos o no quirúrgicos. Los procedimientos quirúrgicos están recogidos de forma exhaustiva, pero los que no lo son dependen

del criterio de cada hospital: algunos los declaran todos sistemáticamente, mientras que otros no declaran ninguno. El 49,0% de los contactos tiene informado un procedimiento quirúrgico, el 31,9% un procedimiento no quirúrgico y en el 19,1% no consta ninguno.

Como en el caso del diagnóstico principal, se presentan dos explotaciones del primer procedimiento por diferente nivel de agrupación:

Grandes grupos de procedimientos de la CIE-9-MC

La distribución de los contactos según estos grandes grupos es bastante estable a lo largo de los años, tanto por lo que respecta a la distribución porcentual como a las características de las estancias (medias) y la edad de los enfermos a quienes se practican estos procedimientos *(TABLA 15)*.

Las operaciones del sistema musculoesquelético, las del aparato digestivo, las operaciones de ojos y los procedimientos obstétricos representan el 48,7% de los contactos en los que el primer procedimiento está informado (47,7% el año 2004 y 48,6% el año 2005). Estos grupos de procedimientos son los más frecuentes, sin tener en cuenta el grupo "miscelánea", constituido por procedimientos muy heterogéneos.

Respecto al año 2005, el número de contactos con el primer procedimiento informado ha experimentado un incremento del 0,7%. En la mayoría de procedimientos ha aumentado la actividad, excepto en las operaciones de nariz, boca y faringe, las del aparato cardiovascular, las de los sistemas hemático y linfático y las de los órganos genitales masculinos. En la mayoría de casos, las variaciones entre un año y el otro oscilan, en términos porcentuales, entre el 0,1% y el 0,2%, excepto en el grupo de operaciones de piel y tegumentos, que este año representa el 0,5% de toda la actividad.

Aunque cada grupo de procedimientos engloba tipologías de pacientes muy diferentes, se han analizado la estancia media y mediana, y la media de edad de cada uno de ellos. Las estancias medias más largas corresponden a las operaciones de los sistemas hemático y linfático y a las del aparato respiratorio, y las más bajas a las operaciones de ojos, oído y nariz, boca y faringe, estas últimas como consecuencia del gran número de intervenciones que se practican con CMA.

Por lo que respecta a la edad, los grupos de procedimientos con la media de edad más elevada son el de las operaciones de ojos, aparato urinario y aparato cardiovascular, mientras que las medias de edad más bajas corresponden a las operaciones de nariz, boca y faringe, a los procedimientos

obstétricos y a las operaciones de oído.

Para el conjunto de los contactos con el primer procedimiento informado, la media de edad no ha variado prácticamente respecto al año 2005. Por grandes grupos de procedimientos, la media de edad se mantiene relativamente estable, excepto en las operaciones de oído, donde ha disminuido 1,6 años, y en el grupo de operaciones de nariz, boca y faringe y el de operaciones del aparato cardiovascular, donde en ambos casos ha aumentado 0,8 años.

Como en el caso del diagnóstico principal, hay diferencias en la distribución de los contactos que tienen informado el primer procedimiento, según la edad y el sexo *(TABLAS 16 y 17)*.

Las operaciones más frecuentes en los niños y niñas menores de un año son las del sistema nervioso. En las niñas de edad comprendida entre uno y 14 años las operaciones más frecuentes son las de nariz, boca y faringe, mientras que en los niños son las de órganos genitales. En los grupos de edad entre 15 y 44 años, los procedimientos obstétricos son los más frecuentes en las mujeres, mientras que en los hombres son las operaciones del aparato musculoesquelético; este tipo de operaciones es el más frecuente en las mujeres de 45 a 64 años. Las operaciones de aparato digestivo se encuentran entre las tres que se practican más en hombres de todas las edades, especialmente en los de edad comprendida entre 45 y 64 años. A partir de los 65 años, las operaciones de ojos son las más practicadas tanto en hombres como en mujeres.

TABLA 15 Contactos de hospitalización convencional y CMA, estancia media y mediana, y media de edad, según los grandes grupos de procedimientos de la CIE-9-MC. Años 2005 y 2006

TABLA 16 Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de procedimientos de la CIE-9-MC que acumulan más contactos en cada grupo de edad, en hombres. Año 2006

TABLA 17 Porcentaje de contactos de hospitalización convencional y CMA de los tres grandes grupos de procedimientos de la CIE-9-MC que acumulan más contactos en cada grupo de edad, en mujeres. Año 2006

Categorías de procedimientos del CCS

Del total de contactos con el primer procedimiento informado (735.740), excluidos 277 que no se han podido clasificar en ninguna de las categorías de las CCS, el 60,6% (446.032) son quirúrgicos y el 39,4% (289.431) no quirúrgicos.

La *TABLA 18* muestra, para cada categoría de procedimientos quirúrgicos, el número total de contactos, el porcentaje, la media y la mediana de los días de estancia,

la media de edad, la proporción de contactos de mujeres y la proporción de defunciones, según el procedimiento haya sido practicado mediante HC o CMA. En el caso de la CMA, el porcentaje de contactos es el que se define como el **índice de sustitución**. Debe destacarse el considerable aumento de procedimientos con CMA que se ha producido en los últimos años, puesto que en el año 2003 representaban el 31,1% de todas las intervenciones quirúrgicas y en el 2006 este porcentaje ha aumentado hasta el 37,0%.

Los grupos de categorías del CCS que acumulan más contactos son las operaciones del sistema musculoesquelético (14,1%), las operaciones de ojo (10,9%), las del aparato digestivo (9,5%), las de los órganos genitales femeninos (4,8%) y las del aparato cardiovascular (4,2%).

Cuando se analiza esta actividad detallada por categorías, los procedimientos más frecuentes, con independencia del régimen de hospitalización, son las operaciones de cristalino (8,7%), la cesárea (2,6%), la reparación de hernia inguinal y femoral (2,4%), la artroplastia de rodilla (1,9%) y la excisión y reparación de juanete y otras deformidades del primer dedo del pie 1,5%).

Durante el año 2006 hay que destacar, entre las categorías de procedimientos quirúrgicos que más crecen en valores absolutos respecto al año 2005, la descompresión de nervio periférico (9.521), las operaciones de cristalino (1.445), la cesárea (771), la reparación de hernia inguinal y femoral (598) y la excisión del cartílago semilunar de la rodilla (500).

Por otra parte, entre las que más disminuyen se encuentran la ligadura y excisión de venas varicosas de extremidades inferiores (769), la excisión de lesión cutánea (405), las operaciones plásticas de nariz (375), la circuncisión (292) y la endoscopia y biopsia endoscópica de aparato urinario (184).

Para sintetizar la información más relevante de esta tabla se ha elaborado un *RESUMEN* donde pueden identificarse las categorías por su código (número entre paréntesis) facilitando así la información complementaria de la tabla.

Tal como se ha ido observando en los últimos años, las categorías de procedimientos quirúrgicos con hospitalización convencional más frecuentes son: cesárea, artroplastia de rodilla y reparación de hernia inguinal y femoral. Por lo que respecta a los procedimientos mediante CMA, hay que destacar que las operaciones de cristalino representan más de un tercio de este tipo de actividad (36,1% el año 2006). Las intervenciones de descompresión de nervio periférico siguen aumentando en cifras absolutas y en el año 2006

representan el 4,8% de todos los procedimientos con CMA. También se observa una tendencia creciente, tanto en números absolutos como en términos relativos, de la excisión y reparación de juanete y otras deformidades del primer dedo del pie.

En general, la media de edad según las categorías de procedimientos quirúrgicos es más elevada en los pacientes que han requerido HC que en los que han sido tratados con CMA. Mientras que en las cinco categorías de procedimientos de HC en pacientes de mayor edad la media siempre es de más de 70 años, en el caso de la CMA lo es únicamente en dos categorías.

Las categorías con pacientes más jóvenes son casi las mismas de un año a otro, pero presentan características diferentes según el tipo de hospitalización. En el caso de las miringotomías y las circuncisiones, la edad media de los pacientes intervenidos con CMA es mayor (alrededor de 22 años) que la de los que han sido tratados en HC (8,3 y 10 años, respectivamente). En cambio, los que han sufrido una amigdalectomía y/o adenoidectomía son más jóvenes en el grupo de CMA (5,9 años) que en el grupo de HC (11,7 años). Por lo que respecta a la interrupción voluntaria del embarazo, la edad media de las mujeres es similar en ambos grupos (alrededor de 32 años).

Sin tener en cuenta los procedimientos exclusivos del sexo femenino, las tres categorías con mayor proporción de mujeres son las mismas en los últimos años, tanto en HC como en CMA: procedimientos para la incontinencia urinaria (97,9% en HC y 97,5% en CMA), excisión y reparación de juanete y otras deformidades del primer dedo el pie (89,1% en HC y 88,1% en CMA) y laparoscopia (82,5% en HC y 98,9% en CMA).

Por lo que respecta al sexo masculino, hay que destacar que la distribución de las categorías con mayor proporción de hombres varía considerablemente según el tipo de hospitalización, dado que solo en la reparación de hernia inguinal y femoral el porcentaje es elevado en ambos casos (86,1% en HC y 85,2% en CMA).

Como es de esperar, se registra una mortalidad superior entre los pacientes que han sufrido procedimientos en régimen de HC que entre los de CMA. Las dos categorías de procedimientos en HC con mayor proporción de defunciones siguen siendo la laparatomía exploratoria (20,4%) y las colostomías temporal y permanente (14,1%). La mortalidad asociada a procedimientos con CMA es muy baja: durante el año 2006 tan solo se han producido defunciones en cuatro categorías y en todas ellas la mortalidad es inferior al 0,6%, excepto en el angioplastia

coronaria transluminal percutánea (1,3%).

Como ya se ha visto, la contribución de la CMA a la actividad quirúrgica de los hospitales de Cataluña es cada vez más relevante. Para poder monitorizar la evolución de esta práctica se utiliza el índice de sustitución. Las tres categorías con índice de sustitución más elevado (superior al 83%) son las operaciones del cristalino, la circuncisión y la descompresión de nervio periférico *(TABLA 19)*.

En general, el índice de sustitución aumenta año tras año en la mayoría de categorías (alrededor del 5% en las que han experimentado un aumento más importante). La excisión y reparación de juanete y otras deformidades del primer dedo del pie ha pasado de un índice del 48,9% al 54,6%.

Para valorar correctamente el impacto de la CMA en la actividad quirúrgica, además del aumento del índice de sustitución hay que tener en cuenta el número de contactos que representa. Por ejemplo, en las operaciones de cristalino la diferencia entre el índice de sustitución del año 2005 (91,1%) y el de 2006 (92,9%) es de 1,8 (2.434 contactos). En cambio, en el caso de la miringotomía, la diferencia entre ambos años es de 3,8 pero solo supone un aumento de actividad de 270 contactos.

La *TABLA 20* muestra, para los procedimientos no quirúrgicos, el número de contactos, el porcentaje sobre todos los procedimientos, quirúrgicos y no quirúrgicos, de cada categoría, el porcentaje sobre todos los procedimientos no quirúrgicos, las estancias media y mediana, la media de edad, la proporción de contactos de mujeres y la proporción de defunciones. Al valorar estos parámetros, debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los procedimientos no quirúrgicos la estancia tiene más relación con el diagnóstico principal que con el mismo procedimiento, a diferencia de lo que sucede con los quirúrgicos. Por este motivo, en el *RESUMEN* de esta tabla no se presentan datos comparativos con relación a los días de estancia.

RESUMEN de la TABLA 18

TABLA 18 Contactos de hospitalización convencional y CMA, estancia media, media de edad, porcentaje de mujeres y de defunciones, de los procedimientos quirúrgicos según las categorías del CCS. Año 2006

TABLA 19 Análisis de la evolución del índice de substitución (IS) de la actividad de hospitalización convencional practicada con CMA. Años 2005 y 2006

RESUMEN de la TABLA 20

TABLA 20 Características de los contactos con procedimientos no quirúrgicos, clasificados según las categorías del CCS. Año 2006

Código E (causa externa)

El análisis que se presenta en este informe hace referencia a la primera causa externa, de las cuatro que recoge el registro. Esta variable debe cumplimentarse obligatoriamente cuando en el diagnóstico principal consta un motivo clasificado dentro del gran grupo de lesiones y envenenamientos de la CIE-9-MC, excepto determinados casos como las complicaciones de la asistencia médica y quirúrgica no clasificadas en otro lugar. También debe informarse cuando el diagnóstico principal no puede clasificarse en el gran grupo de lesiones y envenenamientos pero sí puede asociarse a una causa externa, como por ejemplo una hemorragia gastrointestinal por ingesta de salicilatos.

El porcentaje de contactos con ingresos por lesiones o envenenamientos que tienen informada correctamente la causa externa en el año 2006 ha sido del 90,8%, ligeramente superior al de 2005 (90,0%). En el 9,2% restante la variable "causa externa" no es correcta porque no está informada (8,8%) o porque tiene un código erróneo (0,4%).

Las caídas accidentales son las causas externas notificadas con mayor frecuencia, tanto si el diagnóstico principal es del grupo de lesiones y envenenamientos (25.847) como si es por otros motivos de ingreso (18.798) *(TABLA 21)*. La media de edad de los pacientes del primer grupo (59,4 años) es mayor que la del segundo (41,2 años) y en ambos grupos predominan las mujeres (alrededor del 60%). Con relación al año pasado, los ingresos en los que la causa externa ha sido un accidente de tránsito han disminuido ligeramente y han pasado de ser el 9,6% (8.126) al 8,8% (7.876) de todas las causas externas. Se observa una tendencia ligeramente descendente en el número de suicidios (1.654 el año 2003 y 1.376 el 2006), mientras que los homicidios parece que tienden a aumentar (656 el año 2003 y 767 el año 2006). El número de contactos donde la causa externa informada ha sido un accidente (error) sufrido durante el tratamiento médico o quirúrgico se mantiene relativamente estable, alrededor de 70 casos anuales.

Datos perinatales Los datos perinatales se recogen en las variables "tiempo de gestación", "peso" y "sexo del/de los recién nacido/s".

Estas variables se deben informar siempre que se haya producido un parto.

De los 75.090 contactos del año 2006 que deberían tener informadas las variables perinatales, el 94,1% tienen informado correctamente al tiempo de gestación, el 95,3% el peso del recién nacido y el 95,4% el sexo.

El número de partos ha aumentado un 3,4% respecto al año 2005. El porcentaje de partos múltiples (1,7%) es ligeramente inferior al del año 2005 (1,8%).

La media de edad de la madre es de 30,6 años y el 50% de los partos se produce en mujeres de edad igual o inferior a 31 años.

Según el tiempo de gestación, el 84,3% de los partos se produce entre las 38 y las 41 semanas. El 13,6% tiene lugar antes de las 38 semanas y el 2,1% después de la semana 41. Para el total de recién nacidos, el peso medio al nacer es de 3.239,4 gramos; este indicador está directamente relacionado con el tiempo de gestación *(FIGURA 11)*. El 6,7% de los recién nacidos tiene un peso al nacer inferior a 2.500 gramos, el 5,7% lo tiene superior a 4.000 gramos y el 42,0% entre 3.000 y 3.500 gramos.

El 51,3% de los recién nacidos son niños y el 48,7% niñas (razón de sexos: 1,05).

El número de partos no se distribuye de forma homogénea en los diferentes días de la semana: de lunes a jueves se atienden diariamente alrededor de un 15% de los partos semanales, el viernes el 14% y los fines de semana alrededor del 12%, tanto el sábado como el domingo. Esta distribución es prácticamente idéntica en todos los centros públicos. Por lo que respecta a los centros privados, las diferencias son más importantes: de lunes a viernes representan el 16% o el 17% diario, mientras que durante los fines de semana pasan a ser el 9,1% los sábados y el 8,4 % los domingos.

El porcentaje de partos con cesárea ha aumentado en los últimos años pasando del 21,0% en el año 1999 al 25,6% en el 2006. La evolución de este indicador, sin embargo, es diferente en función de la titularidad del centro, puesto que en el sector público los partos con cesárea han experimentado un incremento del 15,5% en este periodo (19,2% el año 1999 y 22,1% el 2006), mientras que en el sector privado este dato es del 24,8% (29,8% el año 1999 y 37,2% la 2006) *(FIGURA 12)*.

La media de edad de las mujeres con parto por cesárea (31,6 años) es superior a la de las que han parido por vía vaginal (30,3 años). Este hecho se da tanto en los hospitales públicos como en los privados, pero en estos últimos las mujeres son de mayor edad, tanto en los casos de parto con cesárea (33,0 años) como en los de partos vaginales (32,7 años).

Cuando se estudia la distribución territorial de esta práctica, se observan diferencias considerables dependiendo de la RS de residencia de la mujer, que oscilan entre el 22,9% (RS Girona) y el 31,5% (RS Alt Pirineu i Aran) *(FIGURA 13)*.

TABLA 21 Contactos de hospitalización convencional y CMA con causa externa informada (código E de la CIE-9-MC), media de edad y porcentaje de mujeres, según el motivo de ingreso. Años 2005 y 2006

FIGURA 11 Porcentaje de partos y media de peso del recién nacido, en función del tiempo de gestación. Año 2006

FIGURA 12 Evolución del porcentaje de partos con cesárea según tipo de hospital. Años 1999-2006

FIGURA 13 Porcentaje de partos con cesárea por RS de residencia de la mujer. Año 2006

Descripción de la actividad de hospital de día y otros tipos de asistencia

En este apartado del informe se presenta la actividad hospitalaria diferente de HC y CMA. Al no conocerse la exhaustividad de la notificación de este tipo de asistencia y variar considerablemente entre centros, hay que valorar con cautela la información elaborada en este apartado.

Metodología

Se han incluido los contactos que cumplen los siguientes criterios:

Contactos informados como hospitalización domiciliaria.

Contactos con estancia 0 días, médicos y programados.

Contactos con estancia 0 o 1 día (menos de 12 horas), médicos y urgentes.

Se considera **hospitalización de día** (HdD) la atención médica o de enfermería programada para pacientes que requieren, en un mismo día, la aplicación de determinados tratamientos, la realización de determinadas técnicas diagnósticas u otros servicios de apoyo que, en otro caso, requerirían una hospitalización convencional. La actividad de HdD forma parte de la progresiva ambulatorización hospitalaria de determinados procesos asistenciales que se han ido incorporando a la actividad habitual de los hospitales.

Análisis

El total de contactos de HdD (172.175) y de otros tipos de asistencia (62.424) declarados al registro durante el año 2006 ha sido de 234.599, cifra que indica un incremento del 7,7% respecto al año 2005. De estos, 226.854 (96,7%) son contactos con estancia 0 días, médicos y programados, informados mayoritariamente como HdD.

El análisis que se presenta a continuación se refiere exclusivamente a los 172.175 contactos considerados HdD.

La media de contactos por paciente (3,25) es sensiblemente superior a la de la actividad de HC y CMA (1,22) ya que en el HdD se tratan fundamentalmente pacientes que reciben tratamientos continuados. El 17,9% de los contactos de HdD corresponden a sesiones de tratamiento únicas, mientras que en el caso del HC y CMA los contactos con un ingreso único representan el 69,5% del total.

El 50,7% de los contactos de HdD se dan en mujeres y la media de edad es de 53,0 años (55,0 años para los hombres y 51,2 años para las mujeres).

El diagnóstico principal y el primer procedimiento se han analizado utilizando las categorías del CCS. En la *TABLA 22* se exponen las 15 categorías de diagnósticos y de procedimientos más frecuentes del año 2006. Lógicamente, las categorías de diagnósticos más frecuentes corresponden a neoplasias y enfermedades crónicas (MPOC, insuficiencia renal, diabetes, etcétera). La quimioterapia y la radioterapia son los principales motivos de HdD. Los códigos de estas categorías corresponden a la Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios (códigos V de la CIE-9-MC). Aunque no son diagnósticos propiamente duchos, se recogen en el registro del CMBD-AH como motivo principal de HdD. Con relación al año anterior, tanto los diagnósticos como los procedimientos más frecuentes muestran, en la mayoría de casos, una distribución bastante similar (en número de contactos y porcentajes).

TABLA 22 Contactos de hospital de día según las quince categorías de diagnósticos y procedimientos del CCS más frecuentes. Año 2006

ATENCIÓN DE HOSPITALITZACIÓN EN SALUD MENTAL

Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de la red de salud mental (CMBD-SMH)

Organización y funcionamiento

El CMBD-SMH recoge los datos correspondientes a la actividad que se desarrolla en la red de hospitalización psiquiátrica, en los hospitales monográficos psiquiátricos y en otros hospitales que, pese a no ser psiquiátricos, tienen camas pertenecientes a esta red. Los hospitales envían cada tres meses al registro los datos correspondientes a su actividad *(ANEXO 4)*. Una vez recogidos, se validan y se envía a cada hospital el resumen de la validación.

Descripción de las variables específicas

El registro del CMBD-SMH solo tiene una variable específica:

- Tipo de unidad asistencial:
  En hospitalización psiquiátrica, los enfermos se atienden en unidades de agudos o subagudos de acuerdo con las características clínicas que presentan. En las **unidades de agudos** se presta atención a enfermos en situaciones agudas en las que existe un riesgo psicopatológico grave y que requieren una intervención inmediata en régimen de

internamiento, con actuaciones clínicas intensivas. En las **unidades de subagudos** se ingresan habitualmente enfermos con trastornos mentales con posibilidad de evolución crónica que a menudo se acompaña de una problemática sociofamilar. Los pacientes tratados presentan una alta complejidad desde el punto de vista clínico y una desestabilización psicosocial importante, por lo que requieren atención especializada en régimen de internamiento de duración media.

Control de calidad

Durante el año 2006, el registro del CMBD-SMH ha recibido información de 22 hospitales (15 hospitales monográficos y siete hospitales generales), lo que representa el 100% de las unidades proveedoras contratadas.

Validación interna

Los datos recibidos se validan internamente para conocer la calidad de la información, detectar los posibles errores para cada una de las variables y comprobar la coherencia entre estas. Por lo que respecta a las variables clínicas, la codificación se efectúa de acuerdo con la CIM-9-MC, siguiendo la *Normativa de codificación de las variables clínicas del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos (CMBDHA) de Cataluña. Año 2006.*[25]

A continuación se expone la validez de las variables durante el año 2006.

Variables identificativas personales:

- Código de identificación personal (CIP): validez del 99,9% en los contactos financiados por el CatSalut.
- Fecha de nacimiento y sexo: validez del 99,6%.
- Municipio de residencia: validez del 99,5%.

Variables relacionadas con el proceso:

- Validez superior al 99% para el conjunto de variables.

Variables clínico-asistenciales:

- Diagnóstico principal: validez del 94,8%, que incluye un 1,3% de casos inespecíficos, es decir, informados a tres o cuatro dígitos y que se utilizan en el análisis del diagnóstico a tres dígitos. Hay un 2,5% de casos no informados y un 2,7% con diagnóstico erróneo.
- Primer procedimiento: informado en el 80,0% de los contactos. La validez de esta variable cuando está informada es del 100,0%.

Descripción de la actividad de hospitalización en salud mental

La red de hospitalización psiquiátrica está presente en toda Cataluña y se distribuye en hospitales monográficos psiquiátricos o bien en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. De esta manera la cobertura está asegurada para todos los pacientes de Cataluña. Aunque la cobertura esté asegurada para los

pacientes en la fase aguda de la enfermedad, los casos graves en los que el tiempo de ingreso se alarga se derivan a los hospitales monográficos psiquiátricos aunque no se encuentren en la RS de referencia.

La atención psiquiátrica de internamiento se presta, mayoritariamente, a pacientes adultos. Por lo que respecta a los pacientes en edad infantil y adolescente, los ingresos se producen en pocas ocasiones y en casos de necesidad extrema. Estos enfermos son atendidos en unidades que pueden estar ubicadas tanto en algunos hospitales generales como en hospitales monográficos psiquiátricos. Aunque la distribución territorial de los recursos no es homogénea, la equidad de acceso está garantizada.

Metodología

Los contactos producidos en hospitales monográficos psiquiátricos se notifican al registro del CMBD-SMH y los producidos en hospitales generales al registro del CMBD-HA. Por lo tanto, para tener una visión global de la actividad psiquiátrica hay que efectuar un análisis conjunto de los dos registros.

En el presente informe esta actividad se presenta conjuntamente o por separado, según el tipo de análisis.

- Al igual que el registro del CMBD-HA, la unidad de medida y de análisis del registro CMBD-SMH es **el contacto**.
- La **edad** se calcula a partir de dos variables originales: la fecha de nacimiento y la fecha de final de asistencia.
- Se analizan las características de los contactos clasificados según el **diagnóstico principal**. Los grupos corresponden a **códigos de la CIM-9-MC** analizados **a tres dígitos**.
- Se han excluido las categorías que se agrupan bajo los epígrafes **"Otros diagnósticos"**.

Análisis

Indicadores sociodemográficos

El número total de contactos declarado al registro ha sido de 22.419, cifra que va aumentando año tras año, sobre todo a expensas de la actividad de los hospitales psiquiátricos, que en el año 2006 ha aumentado el 3,8% respecto a 2005 *(TABLA 23)*.

La *FIGURA 14* muestra la distribución porcentual por grupo de edad y sexo de los contactos de residentes en Cataluña y de la población de Cataluña según el registro central de asegurados (31 de diciembre de 2005). Se observa que el porcentaje de actividad generada por los hombres de 25 a 50 años es mayor que el porcentaje de la distribución de la población.

A partir de estos datos poblacionales se ha calculado la tasa de hospitalización, que es de 30,5 contactos por 10.000 habitantes.

La *TABLA 24* muestra el número total de contactos por región sanitaria de residencia y la distribución según la región sanitaria del hospital donde se han producido. Aunque, tal como ya se ha señalado, los enfermos atendidos en un tipo de recurso u otro presentan algunas diferencias, los recursos disponibles en el territorio se complementan, por lo que para poder tener una visión global de la actividad psiquiátrica de internamiento deben analizarse conjuntamente.

Se ha podido asignar la región sanitaria de residencia al 97,6% del total de contactos. Por lo que respecta al resto de contactos, el 1,2% corresponden a residentes en el Estado español, el 0,6% a residentes en el extranjero y en el 0,2% se desconoce la residencia.

En 85 contactos (0,4%) consta únicamente el código de alguna de las provincias catalanas, por lo que se pueden considerar residentes en Cataluña aunque no se les puede asignar región de residencia.

De los 21.877 contactos correspondientes a residentes en Cataluña con región sanitaria asignada, 20.310 (índice de resolución del 92,8%) son de enfermos que han sido atendidos en centros hospitalarios de su región sanitaria de residencia y 1.567 (7,2%) de enfermos atendidos en hospitales de otras regiones.

Las diferencias observadas en el índice de resolución por región sanitaria, que oscilan entre el 23,0% de la Región Sanitaria Alt Pirineu i Aran (los enfermos residentes en esta región son atendidos mayoritariamente en hospitales de Lleida) y el 98,3% de la Región Sanitaria Barcelona se explican porque no hay hospitales monográficos psiquiátricos en todas las regiones sanitarias y porque los casos más graves se tienen que derivar.

Como ya se ha comentado anteriormente, la RS Barcelona se analiza en cinco territorios porque en ella reside el 68,8% de la población catalana. Cuando se considera la RS Barcelona como una sola unidad territorial, el índice de resolución es del 98,3%, pero cuando se calcula teniendo en cuenta esta subdivisión funcional, el porcentaje de contactos de pacientes atendidos en su territorio de residencia es del 74,3%. En estos territorios el índice de substitución oscila entre el 10,9% del Garraf i Alt Penedès y el 80,8% del Barcelonès Nord i Maresme *(TABLA 25).*

TABLA 23 Indicadores básicos y diagnósticos más frecuentes de los contactos de los hospitales monográficos psiquiátricos y de los contactos psiquiátricos de los hospitales generales de agudos. Años 2005 y 2006

TABLA 24 Número y porcentaje de los contactos de los hospitales monográficos psiquiátricos y de los hospitales generales de agudos en función de la residencia del paciente

y de la región sanitaria del hospital. Año 2006

TABLA 25 Número y porcentaje de los contactos de los hospitales monográficos psiquiátricos y de los hospitales generales de agudos de los residentes en la Región Sanitaria Barcelona, en función del territorio de residencia y de la región sanitaria del hospital. Año 2006

FIGURA 14 Contactos de hospitalización psiquiátrica de los enfermos residentes en Cataluña y por sexo y grupo de edad. Año 2006

Indicadores del proceso y clínicos

La *TABLA 23* muestra algunos de los indicadores por tipo de hospital. Por lo que respecta a los hospitales psiquiátricos, presenta los indicadores diferenciando los contactos según la tipología de unidad asistencial. En los hospitales generales, los indicadores se muestran por separado para los hospitales que cuentan con servicio de psiquiatría y para los que no lo tienen.

Durante el año 2006, el número de contactos generados en los hospitales psiquiátricos es superior al de los hospitales generales. En los hospitales psiquiátricos, el 83,5% de los contactos se producen en las unidades de agudos, mientras que en el caso de los hospitales generales el 54,9% son atendidos en los servicios de psiquiatría.

Las características de los enfermos atendidos por tipo de hospital o unidad (agudos, subagudos, con o sin servicio de psiquiatría) presentan diferencias que hay que tener en cuenta al interpretar los resultados.

La proporción de hombres es superior a la de mujeres en cualquiera de los recursos analizados. La media de edad de los enfermos atendidos en un hospital psiquiátrico es inferior a la de los enfermos atendidos en un hospital general.

La estancia media presenta diferencias muy relevantes según el tipo de hospital y unidad. Especialmente en este indicador, las diferencias observadas están directamente relacionadas con las características clínicas de los enfermos, lo que explicaría la diferencia que existe entre los 7,9 días de estancia media de los hospitales generales sin servicio de psiquiatría y los 59,1 de las unidades de subagudos. Respecto al año 2005, la estancia media de las unidades de agudos y de los servicios de psiquiatría se ha mantenido estable, mientras que en las unidades de subagudos se observa una disminución progresiva en los tres últimos años.

La *TABLA 23* también muestra los diagnósticos más frecuentes de los hospitales psiquiátricos comparándolos con la distribución de los mismos diagnósticos en los hospitales generales.

En los hospitales monográficos psiquiátricos, los seis diagnósticos más frecuentes representan el 71,9% de los contactos de las unidades de agudos y el 77,3% de los contactos

de las unidades de subagudos. En el caso de los hospitales generales con servicio de psiquiatría representan el 55,9% y en los que no tienen servicio de psiquiatría el 33,8% de todos los contactos. Los enfermos con esquizofrenia o trastornos episódicos del estado de ánimo son los más frecuentes en los hospitales psiquiátricos, mientras que en los hospitales generales el diagnóstico más frecuente es el trastorno episódico del estado de ánimo seguido del síndrome de dependencia del alcohol. Hay que destacar que los contactos generados en los hospitales generales que no disponen de un servicio de psiquiatría propio se alejan totalmente del perfil de los otros centros dado que la incidencia de los seis diagnósticos principales es muy reducida.

ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD MENTAL

Registro del conjunto mínimo básico de datos de los centros ambulatorios de la red de salud mental (CMBD-SMA)

Organización y funcionamiento

El registro del CMBD-SMA recoge los datos de la actividad asistencial de los centros ambulatorios de salud mental de Cataluña.

Descripción de las variables específicas

Las características propias de cada uno de los registros del CMBD determinan que, a parte de las variables comunes, en el caso del registro del CMBD-SMA se recojan las siguientes variables:

Variables clínico-asistenciales:

- primera visita
- visitas de seguimiento
- pruebas complementarias
- psicoterapia individual
- psicoterapia grupal
- tratamiento familiar
- atención de enfermería
- trabajo social
- visitas domiciliarias
- visitas no programadas
- trastorno mental severo
- programa de trastorno mental severo

Control de calidad

De los 116 centros de la red de salud mental que prestan actividad

contratada por el CatSalut, 101 han enviado los datos al registro del CMBD-SMA durante el año 2006. Esta información supone el 87,1% de los centros (84,3% el año 2005).

La cobertura es buena en todas las regiones sanitarias menos en el caso de la región sanitaria de Barcelona en la que tan solo llega al 82% *(TABLA 26)*.

TABLA 26 Cobertura del registro del CMBD-SMA por región sanitaria del centro. Año 2006

Validación interna

Los datos recibidos se validan internamente para conocer la calidad de la información, detectar los posibles errores para cada una de las variables y comprobar la coherencia entre estas. Por lo que respecta a las variables clínicas, la codificación se efectúa de acuerdo con la CIM-9-MC siguiendo la *Normativa de codificación de las variables clínicas del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos (CMBDHA) de Cataluña. Año 2006.* [25]

La validez de las variables presenta variaciones importantes.

A continuación se expone la validez de las variables durante el año 2006.

- **Variables identificativas personales:**

  Validez superior al 90% para el conjunto de variables.

- **Variables relacionadas con el proceso:**

  Validez superior al 90% para el conjunto de variables.

- **Variables clínico-asistenciales:**

  Diagnóstico principal: validez del 87,2%, que incluye un 5,2% de casos inespecíficos, es decir, informados a tres o cuatro dígitos y que se utilizan en el análisis del diagnóstico a tres dígitos. Hay un 5,1% de casos no informados y un 2,5% con diagnóstico erróneo.

Se observan carencias en la calidad de los datos que recoge el registro del CMBD-SMA, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, por lo que al interpretar los indicadores que se presentan en este informe hay que tener en cuenta el nivel de cobertura y la validez interna de las variables.

Descripción de la actividad de atención ambulatoria en salud mental

Metodología

- A diferencia del registro del CMBD-SMH, en el que la unidad de medida es el contacto, el registro del CMBD-SMA recoge información agregada por paciente y generada durante un año. Por lo tanto, la **unidad de medida** es el **paciente/año.** Aunque los centros envían al registro, con periodicidad trimestral, los datos correspondientes a su actividad, una vez cerrado el año, y para cada paciente, se agregan los datos que constan en todos los envíos y se tratan conjuntamente.
- **La edad** se calcula a partir de la fecha de nacimiento y la fecha de la última visita.

La información se presenta para el conjunto de centros y también por los dos bloques siguientes:

- Actividad de los **centros de salud infantil y juvenil (CSMIJ)**.
- Actividad de los **centros de salud mental de adultos (CSMA)**.

La razón de analizar los datos por separado viene determinada porque los pacientes que reciben tratamiento en un tipo de centro u otro presentan diferencias importantes, tanto por lo que respecta a la patología como al tratamiento, relacionadas fundamentalmente con la edad.

- Se analizan las características de los contactos clasificados según el **diagnóstico principal**. Los grupos corresponden a **códigos de la CIM-9-MC** analizados **a tres dígitos** y los subgrupos mayoritariamente a **cuatro dígitos** y en algún caso **a cinco dígitos**.
- **Se han excluido** del análisis de los indicadores relacionados con edad y sexo aquellos **registros** que han sido considerados **inválidos** por el programa de validación para estas variables.
- En el caso de las variables "diagnóstico" y "lugar de residencia", las consideradas inválidas se han agrupado en la categoría de "**desconocido**".

Análisis

Indicadores sociodemográficos

La actividad de los centros de salud mental declarada al registro durante el año 2006 corresponde a 196.700 pacientes, de los que el 35,6% fueron atendidos por primera vez en el año 2006 *(TABLA 27).* Respecto al año 2005, el número de pacientes que han sido atendidos por primera vez ha experimentado un incremento del 9,4%, mientras que el incremento global en número de pacientes solo ha sido del 6,5% debido al número de pacientes dados de alta.

Del total de pacientes, 80.262 (41,3 %) son hombres y 113.861 (58,7%) mujeres. Como en años anteriores, el número de mujeres supera el de hombres. Se desconoce el sexo de 2.577 pacientes (1,3%).

La variable "edad" es inválida en el 2,1% de los pacientes.

De los 196.700 pacientes, 195.930 (99,6%) constan como residentes en Cataluña, 697 (0,4%) son de fuera de Cataluña y en 73 casos se desconoce la residencia *(TABLA 28).* El 97,4% de los pacientes residentes en Cataluña, con región sanitaria de residencia asignada, han sido atendidos en recursos de su región sanitaria de residencia.

La *FIGURA 15* muestra la distribución porcentual por grupo de edad y sexo de los pacientes residentes en Cataluña que constan en el registro del CMBD-SMA del año 2006 y de la población de Cataluña, según el registro central de asegurados del mes de diciembre de 2005.

Para el cálculo de las tasas por grupo de edad y/o sexo, se han excluido 2.677 pacientes que no

tienen información correcta en alguna de las siguientes variables: sexo, edad o residencia.

A partir de estos datos, se ha calculado la tasa de pacientes atendidos en un centro de salud mental, que es de 27,2 pacientes por 1.000 habitantes (22,5 hombres y 31,1 mujeres).

Se observan diferencias en la distribución por edad y sexo entre los pacientes atendidos ambulatoriamente y los enfermos ingresados *(FIGURAS 14 y 15)*. Mientras que en la hospitalización destaca la proporción de hombres con edad comprendida entre 25 y 49 años, en la atención ambulatoria es más elevado el porcentaje de mujeres entre 30 y 64 años.

Indicadores clínicos

Del total de pacientes, 38.685 (19,7%) han sido atendidos en CSMIJ y 158.015 (80,3%) en CSMA *(TABLA 27)*. Respecto al año 2005, se observa un incremento de pacientes del 13,9% en los CSMIJ y del 4,8% en los CSMA.

Los pacientes atendidos en un tipo de centro u otro muestran diferencias relacionadas, obviamente, con la edad y también con el diagnóstico y tipo de asistencia que reciben.

Se observa un predominio del sexo masculino en el grupo de pacientes infantiles y juveniles, mientras que en los pacientes adultos la proporción de mujeres es superior a la de hombres *(TABLA 27)*.

El número de primeras visitas indica que el 42,2% del total de pacientes infantiles o juveniles fueron atendidos por primera vez durante el año 2006; en el caso de los adultos la proporción fue del 34,0%.

Por otra parte, por lo que respecta al número de visitas de seguimiento por paciente, se observa que es prácticamente igual en los adultos (2,7) que en los pacientes infantiles y juveniles (2,3). En el caso de las visitas para tratamiento, existen diferencias relevantes entre los dos grupos de pacientes, puesto que en los infantiles y juveniles la media de visitas para tratamiento es de 3,0 por paciente, mientras que en los adultos es de 0,8. Esta relación es similar a la del año 2005.

Las *TABLAS 30 y 31* muestran, para los 10 diagnósticos principales más frecuentes, la distribución de los pacientes, la media de edad y el porcentaje de mujeres, con relación a la actividad en centros de atención infantil y juvenil y de adultos, respectivamente. Aunque dentro de cada diagnóstico se agrupan pacientes con patologías muy similares, hay diferencias, por lo que también se han analizado, con un criterio más específico, los más relevantes de cada grupo.

Para los pacientes infantiles y juveniles, los 10 más frecuentes representan el 78,2% de todos los diagnósticos y para los pacientes adultos, el 80,1%.

Al analizar específicamente los grupos de diagnósticos en pacientes infantiles y juveniles se observa que

la reacción de adaptación (20,5%) y el trastorno emocional específico en la infancia y la adolescencia (11,1%) son los más frecuentes.

Aun cuando la anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación no figuran entre los diagnósticos más frecuentes, tienen un gran impacto social y hay que destacar que en el grupo de los pacientes infantiles y juveniles representan una proporción del 2,7%. Es importante resaltar la prevalencia del síndrome hipercinético de la infancia (11,0%), que se va incrementando significativamente desde hace unos años.

En los pacientes infantiles y juveniles, las edades más altas corresponden a los pacientes diagnosticados de trastorno del comportamiento alimentario (anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación) y la más baja al desorden mixto del desarrollo.

En los pacientes adultos, los trastornos de ansiedad, disociativo y somatoforme (26,6%) y la reacción de adaptación (18,9%) son los dos motivos más frecuentes de atención.

Los pacientes adultos con diagnóstico de estado paranoide son los de edad más elevada, mientras que los pacientes con anorexia nerviosa y trastornos de alimentación son los más jóvenes.

Anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación es el diagnóstico con mayor proporción de mujeres en los dos grupos de enfermos. El síndrome hipercinético de la infancia, en el grupo de pacientes infantiles y juveniles, y el juego patológico, en los adultos, son los diagnósticos que presentan una proporción de mujeres más baja *(TABLAS 30 y 31).*

TABLA 27 Indicadores básicos de los pacientes atendidos en centros ambulatorios de salud mental por tipo de centro. Años 2005 y 2006

TABLA 28 Número y porcentaje de pacientes atendidos en los centros ambulatorios de salud mental, en función de la residencia del paciente y de la región sanitaria del centro. Año 2006

TABLA 29 Número y porcentaje de pacientes residentes en la Región Sanitaria Barcelona atendidos en centros ambulatorios de salud mental, en función del territorio de residencia y de la región sanitaria del centro. Año 2006

TABLA 30 Pacientes atendidos en los centros ambulatorios de salud mental infantiles y juveniles, media de edad y porcentaje de mujeres por diagnóstico principal más frecuente, según la CIE-9-MC. Años 2005 y 2006

TABLA 31 Pacientes atendidos en los centros ambulatorios de salud mental de adultos, media de edad y porcentaje de mujeres por diagnóstico principal más frecuente según la CIE-9-MC. Años 2005 y 2006

FIGURA 15 Pacientes residentes en Cataluña atendidos en centros ambulatorios de salud mental y población de Cataluña, por sexo y grupo de edad. Año 2006

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Registro del conjunto mínimo básico de datos de los recursos sociosanitarios (CMBD-RSS)

Organización y funcionamiento

El registro del CMBD-RSS recoge los datos de la actividad asistencial de los recursos sociosanitarios contratados por el CatSalut.

En este informe se consideran **recursos** todas las unidades o equipos asistenciales que desarrollan actividad considerada sociosanitaria. Los recursos se clasifican en los siguientes grupos:

Recursos de hospitalización

Los pacientes atendidos en este tipo de recurso reciben atención sociosanitaria en régimen de internamiento. Según las características clínicas de los enfermos, la atención se presta en las unidades siguientes:

- **Unidades de larga duración:** prestan atención continuada a personas afectas de enfermedades o procesos crónicos con diferentes niveles de dependencia y diferentes grados de complejidad clínica que no pueden ser atendidas en su domicilio. Tienen como objetivo lograr el máximo confort y autonomía posibles, de acuerdo con la situación del enfermo, mediante los cuidados necesarios, la profilaxis de complicaciones, el tratamiento

rehabilitador en un sentido amplio, paliativo en caso necesario, y el apoyo psicosocial que también incluye a la familia del paciente.

- **Unidades de convalecencia**: prestan atención a personas con enfermedades que se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo (médico, quirúrgico o traumatológico), con pérdida de autonomía potencialmente recuperable. Tienen como objetivo restablecer las funciones o estabilizar la situación basal de dependencia mediante la reeducación de las actividades de la vida diaria y la adaptación a los cambios que la enfermedad conlleva, para permitir el retorno al domicilio.
- **Unidades de cuidados paliativos:** prestan atención a enfermos en situación terminal avanzada que necesitan control de síntomas o tratamientos continuados en régimen de hospitalización y atención psicológica. Tienen como objetivo proporcionar la mejor calidad de vida mediante un tratamiento paliativo y de confort.
- Por razones de eficiencia, existen unas nuevas unidades, también de hospitalización, denominadas **unidades de media estancia polivalente**, que se encuentran en zonas rurales o con baja densidad de población, donde se puede atender indistintamente a pacientes convalecientes o tributarios de cuidados paliativos. Dado el predominio de pacientes convalecientes en estas unidades, su actividad se analizará junto con la realizada en unidades de convalecencia.
- **Unidades funcionales interdisciplinares sociosanitarias (UFISS):** son equipos multidisciplinares especializados en el campo de la geriatría o de los cuidados paliativos, que dan apoyo a otros profesionales en la atención a enfermos complejos que presentan pluripatología y están ingresados en hospitales de agudos. Su objetivo es mejorar la atención de estos enfermos abordándola desde un punto de vista integral.

Recursos de atención domiciliaria

Los enfermos atendidos en este tipo de recurso reciben atención sanitaria en su lugar de residencia mediante:

- **Programa de atención domiciliaria. Equipos de apoyo (PADES):** son equipos especializados que prestan apoyo a la atención primaria en la asistencia a personas de edad enfermas, enfermos crónicos y enfermos terminales, especialmente en las situaciones más complejas.
- **Equipos de terapia de observación directa ambulatoria (ETODA):** son equipos destinados a supervisar la administración de fármacos para la tuberculosis en pacientes que, por la problemática social que presentan, no efectuarían bien el tratamiento.

Recursos de atención ambulatoria

Los enfermos atendidos en este tipo de recurso reciben atención sociosanitaria sin internamiento mediante:

- **Hospitales de día:** prestan atención continuada a personas afectas de enfermedades o procesos crónicos con diferentes niveles de dependencia y grados de complejidad clínica. Tienen como objetivo lograr la máxima autonomía posible mediante cuidados y tratamiento rehabilitador o paliativo que permita a los pacientes seguir viviendo en su domicilio.

En el caso del CMBD-RSS, la **unidad de recogida de información** del registro es la **valoración** del paciente. No obstante, el análisis que se presenta en este informe corresponde a los **episodios** asistenciales.

Valoración: *recogida transversal periódica de las modificaciones clínicas y funcionales del paciente durante el episodio de atención. En el caso de las UFISS y de las unidades de cuidados paliativos, dado que las estancias son cortas, existe una sola valoración que corresponde a la información agregada recogida en el momento del alta.*

Episodio: *atención a un paciente, por una misma causa, en una misma unidad o por parte de un mismo equipo asistencial, que se refleja en la agregación de diferentes valoraciones recogidas durante un año.*

Las unidades notificadoras envían cada seis meses al registro del CMBD-RSS los datos correspondientes a su actividad.

Una vez recogidos, los datos se validan y, posteriormente, las unidades notificadoras reciben informes de su actividad, comparada con el conjunto de unidades de las mismas características.

Descripción de las variables específicas

Las características propias de cada uno de los recursos sociosanitarios determinan que, aparte de las variables comunes a todos los registros del CMBD, en el caso de los recursos de convalecencia y larga duración se recojan 127 variables* específicas:

- motivo de valoración
- fecha de valoración
- variables relacionadas con los patrones cognitivos (4)
- variables relacionadas con los patrones de comunicación (1)
- variables relacionadas con el estado de ánimo y los patrones de comportamiento (21)
- variables relacionadas con el funcionamiento físico y problemas estructurales (18)
- variables relacionadas con la continencia (7)
- variables relacionadas con diagnósticos de enfermedad (8)

- variables relacionadas con problemas de salud (7)
- variables relacionadas con la nutrición (5)
- variables relacionadas con el estado de la piel (19)
- variables relacionadas con el estado de vigilia diurna (3)
- variables relacionadas con la administración de fármacos (1)
- variables relacionadas con tratamientos y procedimientos especiales (9)
- variables relacionadas con terapias (19)
- variables complementarias relacionadas con las terapias (3)

(*) Número de variables de cada capítulo.

Debido a las características clínicas y funcionales de los enfermos atendidos en estos recursos, su estado puede experimentar diferentes cambios durante el periodo de internamiento. Por esta razón, el registro recoge durante un mismo episodio asistencial, mediante las variables específicas, diferentes cortes de información relacionada con las modificaciones del estado del enfermo. Las variables "motivo" y "fecha de valoración" reflejan la causa y el momento de los cambios.

Las 144 variables restantes permiten clasificar a los enfermos en diferentes grados de complejidad, según la clasificación Resource Utilization Groups, 3ª versión (RUG-III)[28].

Control de calidad

Durante el año 2006, el registro del CMBD-RSS ha recibido información de 357 unidades proveedoras (ANEXO 5), que representan el 92,5% de todas las que realizan actividad contratada por el CatSalut. Respecto al año 2005, la cobertura del registro ha mejorado un 9,6%. Hay que destacar el aumento que se ha producido en la notificación de las unidades de media estancia polivalente, de los equipos PADES, de las UFISS, y de los hospitales de día. Pese al aumento de la notificación, los equipos UFISS son los que tienen más dificultad para notificar, lo que refleja el bajo porcentaje de cobertura (67,2%) *(TABLA 32)*.

Validación interna

Los datos recibidos se validan internamente para conocer la calidad de la información, detectar los posibles errores para cada una de las variables y comprobar la coherencia entre las mismas. Por lo que respecta a las variables clínicas, la codificación se efectúa de acuerdo con la CIM-9-MC siguiendo la *Normativa de codificación de las variables clínicas del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos (CMBDHA) de Cataluña. Año 2006.* [25]

Las variables clínicas se validan de acuerdo con la codificación de la CIM-9-MC.

A continuación se expone la validez correspondiente a las variables

comunes a todos los recursos sociosanitarios durante el año 2006.

Variables identificadoras del episodio:
- Validez 100%.

Variables sociodemográficas:
- Edad: validez del 99,97%.
- Sexo: validez del 99,97%.
- Lugar de residencia: validez del 99,99%.

Variables administrativas:
- Validez superior al 99,1% para todas las variables.

Variables clínicas:
- Diagnóstico principal: validez del 98,4%, siendo el 6,4% inespecíficos.

TABLA 32 Cobertura del registro del CMBD-RSS por tipo de recurso. Años 2005 y 2006

Descripción de la actividad sociosanitaria

El análisis descriptivo del registro del CMBD-RSS que se presenta en este informe se refiere a la actividad que ha generado cada recurso sociosanitario durante el año 2006. La información se presenta para el conjunto de recursos y también de forma individualizada por línea de servicio.

Debido a las características de los pacientes atendidos en los diferentes recursos asistenciales, tanto por lo que respecta al estado funcional como al objetivo terapéutico, los datos se analizan para separado.

Metodología

Por lo que respecta al año 2006, los **episodios** que se analizan en este informe tienen una de las características siguientes:

- Empiezan y terminan durante el año 2006.
- Empiezan en años anteriores y terminan durante el año 2006.
-Empiezan en años anteriores o durante el año 2006, pero no terminan el 31 de diciembre del año 2006.

- La **edad** se calcula a partir de la fecha de nacimiento y la fecha final del periodo.
- El cálculo de **la estancia media** se efectúa a partir de la fecha de final de asistencia y la fecha de ingreso del paciente.
- **Se han excluido** del análisis de los indicadores relacionados con edad y sexo los **episodios** que han sido considerados **inválidos** por el programa de validación para estas variables.
- A partir de algunas variables de la clasificación RUG-III se han construido el índice de actividades de la vida diaria (AVD) y el índice de valoración cognitiva (CPS):

  El índice AVD mide la capacidad efectuar las actividades básicas de la vida diaria, como la movilidad en la cama, la deambulación, la alimentación, la higiene personal, vestirse, micción, defecación, etc. Los valores de este índice oscilan entre 4 y 18; 4 es el que corresponde a los enfermos más

válidos y 18 a los más dependientes.[28]

El índice CPS mide el grado de deterioro cognitivo. Para calcularlo se utiliza información sobre el estado de coma, la memoria (reciente y antigua), la orientación en el tiempo y el espacio, la capacidad para tomar decisiones, la capacidad por hacerse entender, etc. Los valores de este índice oscilan entre 0 y 6; 0 es el que corresponde a los enfermos con menos deterioro cognitivo y 6 a los que están en estado de coma o semicoma.[28]

Estos dos índices pueden calcularse en diferentes momentos del episodio asistencial. En este informe se presenta la información en el momento del ingreso para describir el estado en el que se encuentran estos enfermos al entrar en la red sociosanitaria.

Análisis

Episodios

El total de episodios declarados al CMBD-RSS durante el año 2006 ha sido de 70.661. De estos, 55.468 (78,5%) corresponden a episodios fiinalizados durante el año 2006, ya sea porque los enfermos han sido dados de alta o porque han fallecido (22,0% de todos los episodios finalizados). El resto de episodios (21,5%) corresponde a enfermos que seguían recibiendo atención en alguno de los recursos sociosanitarios el 31 de diciembre del año 2006 *(TABLA 33)*.

TABLA 33 Indicadores de los episodios de atención sociosanitaria, por tipo de recurso. Año 2006

Sexo, edad y estancia

La variable "sexo" es inválida en un 0,03% (24) de los episodios. Así, del total de episodios válidos (70.637), 30.804 (43,6%) corresponden a hombres y 39.833 (56,4%) a mujeres.

La variable "edad" es inválida en el 0,03% (26) de los episodios. La media de edad del total de episodios válidos es de 77,1 años (74,2 para los hombres y 79,4 para las mujeres).

La *FIGURA 16* muestra la distribución porcentual por grupo de edad y sexo de los episodios de enfermos residentes en Cataluña que constan en el registro de CMBD-RSS del año 2006 y de la población de Cataluña. A partir de estos datos, se ha calculado la tasa de utilización de recursos sociosanitarios.

Esta tasa es de 9,8 episodios por 1.000 habitantes. Hay que tener en cuenta que los datos que constan en el registro no son exhaustivos y que la tasa está, por consiguiente, ligeramente infravalorada *(TABLA 34)*.

Por grupo de edad, las tasas más elevadas corresponden a los mayores de 90 años, especialmente en los hombres. Se observa una clara tendencia al aumento de la tasa de episodios con la edad, circunstancia que refleja la orientación de los recursos sociosanitarios hacia la atención de

la población geriátrica, aunque no de forma exclusiva.

Los episodios de enfermos con edad comprendida entre 80 y 84 años son los más frecuentes y constituyen el 22,4% del total. Las mujeres de este grupo de edad son las que presentan una mayor incidencia y representan el 13,4% del total de episodios y el 23,8 % de los episodios en mujeres. En los hombres, el grupo de edad entre 80 y 84 años también es el que presenta mayor incidencia y representa el 8,9% de todos los episodios y el 20,5% de los episodios en hombres.

Para el conjunto de episodios que han finalizado en el año 2006, la estancia media es de 68,8 días, y la estancia mediana de 22,0 días *(TABLA 33)*.

Se observan diferencias en los tres indicadores estudiados por tipo de recurso. La frecuentación más alta corresponde a las UFISS y la más baja a las unidades de cuidados paliativos. También hay un número reducido de episodios atendidos por los equipos ETODA (217), que no se pueden comparar con los del resto de episodios asistenciales sociosanitarios, ya que estos equipos atienden a una población con una patología muy específica que presenta unos patrones de edad y sexo muy diferentes del resto. Los porcentajes más altos de episodios finalizados los encontramos en las UFISS y en las unidades de cuidado paliativos. Sin embargo, los motivos son muy diferentes puesto que en el caso de las unidades de cuidados paliativos es el elevado número de defunciones que se producen en los enfermos atendidos en este recurso, mientras que en las UFISS los episodios terminan por derivación de los pacientes a otros servicios asistenciales después de una labor de valoración *(TABLA 33)*.

Todos los indicadores estudiados presentan diferencias relacionadas con las características propias de cada tipo de unidad o equipo. Los rasgos más relevantes de la *TABLA 33* se presentan a continuación:

- **Unidades de larga duración**: estancia media de los episodios finalizados larga (187,8 días); porcentaje elevado de episodios no finalizados (49,3%); proporción de mujeres y media de edad de los episodios elevadas (62,4% y 78,9 años, respectivamente). Hay que destacar la gran diferencia entre la estancia media y la mediana en este recurso (187,8 y 56,0 días, respectivamente).
- **Unidades de convalecencia:** media de edad (78,4 años), proporción de episodios finalizados (79,8%), estancias media y mediana mucho más cortas (47,0 y 36,0 días), porcentaje de defunciones bajo (11,4%).
- **Unidades de cuidados paliativos:** porcentaje de defunciones muy elevado (74,4%), proporción de hombres (61,4%) superior a la media, media de edad más baja (73,3 años), estancia media de los

episodios finalizados muy corta (20,9 días) y estancia mediana mucho más corta (11,0 días).

- **UFISS:** frecuentación más alta (24,7% de todos los episodios), estancia mediana muy corta (7,0 días) y porcentaje bajo de defunciones (10,9%).
- **PADES:** porcentaje de defunciones (35,3%) elevado debido al tipo de pacientes atendidos, proporción de hombres (50,0%) superior a la media.
- **ETODA:** equipos que atienden predominantemente a hombres (66,4%) jóvenes (edad media 31,7años) a quienes han efectuado un seguimiento de 179,5 días de mediana.
- **Hospital de día:** porcentaje bajo de defunciones (3,5%), estancias media y mediana de los episodios finalizados larga (187,6 días y 120,0 días, respectivamente).

FIGURA 16 Episodios de atención sociosanitaria de los enfermos residentes en Cataluña y población de Cataluña, por sexo y grupo de edad. Año 2006

TABLA 34 Episodios de atención sociosanitaria, por sexo, grupo de edad y residencia, y tasa de utilización de recursos de los residentes en Cataluña. Año 2006

Residencia

En el 0,01% (8) de los episodios, la información de las variables "municipio" o "país de residencia" está en blanco o es errónea.

La *TABLA 35* muestra el número de episodios por región sanitaria de residencia del enfermo y la distribución según la región sanitaria de la unidad donde se han producido.

De los 70.661 episodios, 70.470 (99,7%) corresponden a residentes en Cataluña. Por lo que respecta al resto de episodios, 171 (0,24%) corresponden a residentes en el Estado español y 12 residentes en el extranjero; en ocho episodios se desconoce la residencia.

El 97,9% de los enfermos residentes en Cataluña con región sanitaria de residencia asignada han sido atendidos en recursos de su región sanitaria de residencia. Todas las regiones tienen una capacidad de resolución superior al 94%.

La RS Barcelona, como ya se ha comentado anteriormente, se analiza de forma específica agrupando la actividad en cinco territorios *(TABLA 36).* Cuando se considera la RS Barcelona como una sola unidad territorial, el índice de resolución es del 99,0%, como se observa en la *TABLA 35,* pero cuando se calcula teniendo en cuenta esta subdivisión funcional, el porcentaje de episodios de pacientes atendidos en su territorio de residencia es más pequeño y oscila entre el 84,6% (Llobregat) y el 95,8% (Garraf i Alt Penedès).

TABLA 35 Número y porcentaje de episodios de atención sociosanitària, en función de la residencia del

paciente y de la región sanitaria del recurso. Año 2006

TABLA 36 Número y porcentaje de episodios de atención sociosanitaria de los residentes en la Región Sanitaria Barcelona en función del territorio de residencia y de la región sanitaria del recurso. Año 2006

Diagnósticos

La variable "diagnóstico principal" indica el motivo crónico con mayor requerimiento de atención sanitaria por el que un enfermo es atendido en un recurso sociosanitario. La invalidez de esta variable para el total de episodios es del 1,8%.

La *FIGURA 17* muestra la distribución de los episodios de atención sociosanitaria por diagnóstico principal, según los 18 grandes grupos de diagnóstico de la CIM-9-MC.

Los cinco grandes grupos que acumulan más episodios son las neoplasias, las enfermedades del aparato circulatorio, las lesiones y los envenenamientos, los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Estos grupos explican el 70,2% de todos los episodios. Esta distribución es muy semejante a la del año 2005. En general, el número de casos aumenta en todos los grupos de diagnóstico excepto en el de los trastornos mentales y el de las enfermedades del aparato respiratorio, que experimentan un ligero descenso.

Los enfermos atendidos en los diferentes tipos de unidad o equipo presentan diferencias importantes tanto por lo que respecta a la patología como al tratamiento que reciben.

Para cada tipo de recurso y para las seis agrupaciones de diagnósticos de las CCS más frecuentes se presentan el número de episodios, la media de edad, el porcentaje de mujeres y de defunciones, y la estancia media y mediana de los episodios finalizados (*TABLAS 37 a 42*).

Las agrupaciones de diagnósticos más frecuentes en los recursos con las estancias más largas (larga duración y hospital de día) son los trastornos orgánicos, la demencia senil o presenil y la enfermedad cerebrovascular aguda (*TABLA 37*). En los hospitales de día también destacan los pacientes afectos de esclerosis múltiple debido a la existencia de hospitales de día monográficos para esta patología (*TABLA 42)*.

Por lo que respecta a los recursos sociosanitarios en hospitales de agudos (UFISS), las interconsultas se realizan sobre todo en casos de fracturas de cuello de fémur y por enfermedad cerebrovascular aguda (*TABLA 40*), lo que también sucede en el caso de los recursos de convalecencia (*TABLA 38*).

En los recursos de hospitalización para enfermos tributarios de cuidados paliativos, las seis agrupaciones más frecuentes corresponden a neoplasias (41,2% de todos los pacientes atendidos en

este tipo de recurso). La categoría de neoplasia con mayor número de casos es la de bronquios y pulmón, seguida de la de colon y la de recto y ano *(TABLA 39)*.

La atención domiciliaria prestada por los PADES está dirigida fundamentalmente a dos tipos de enfermos: por una parte, enfermos con trastornos orgánicos y demencia senil o presenil y, por otra, enfermos terminales con neoplasias (principalmente de bronquios y pulmón o colon), tributarios de cuidados paliativos *(TABLA 41)*.

Índice de actividades de la vida diaria y valoración cognitiva

La *TABLA 43* muestra la distribución del índice AVD para larga duración y convalecencia. Se observa que el número de enfermos con dependencia severa es sensiblemente superior en las unidades de larga duración (42,2% y 29,2%, respectivamente), que los enfermos con dependencia moderada son más frecuentes en las unidades de convalecencia (42,7% y 29,6%, respectivamente) y que no existen prácticamente diferencias entre los de baja dependencia.

Por lo que respecta al índice CPS, las diferencias entre los dos tipos de recursos son muy relevantes, sobre todo por lo que respecta a los valores extremos *(TABLA 44).* En las unidades de larga duración los enfermos con deterioro cognitivo máximo representan el 36,7%, mientras que en las unidades de convalecencia son el 14,6%. Este patrón se invierte cuando el deterioro cognitivo es bajo.

FIGURA 17 Episodios de atención sociosanitaria por diagnóstico principal según los grandes grupos de diagnósticos de la CIE-9-MC. Años 2005 i 2006.

TABLA 37 Episodios de atención sociosanitaria en unidades de larga duración, media de edad, estancia media y mediana, porcentaje de mujeres y de defunciones, por categorías diagnósticas según el CCS. Año 2006

TABLA 38 Episodios de atención sociosanitaria en unidades de convalecencia, media de edad, estancia media y mediana, porcentaje de mujeres y de defunciones, por categorías diagnósticas según el CCS. Año 2006

TABLA 39 Episodios de atención sociosanitaria en unidades de cuidados paliativos, media de edad, estancia media y mediana, porcentaje de mujeres y de defunciones, por categorías diagnósticas según el CCS. Año 2006

TABLA 40 Episodios de atención sociosanitaria en UFISS, media de edad, estancia media, porcentaje de mujeres y de defunciones, por categorías diagnósticas según el CCS. Año 2006

TABLA 41 Episodios de atención sociosanitaria atendidos por los

PADES y ETODA, media de edad, estancia media y mediana, porcentaje de mujeres y de defunciones, por categorías diagnósticas según el CCS. Año 2006

TABLA 42 Episodios de atención sociosanitaria en hospital de día, media de edad, estancia media y mediana, porcentaje de mujeres y de defunciones, por categorías diagnósticas según la clasificación del CCS. Año 2006

TABLA 43 Índice AVD de los episodios de atención sociosanitaria por tipo de recurso. Año 2006

TABLA 44 Índice CPS de los episodios de atención sociosanitaria por tipo de recurso. Año 2006

ABREVIATURAS

CatSalut: Servicio Catalán de la Salud.

CCHPR: Clinical Classifications for Health Policy Research.

CCS: Clinical Classifications Software.

CIE-9-MC: Clasificación internacional de enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica.

CIP: código de identificación personal.

CMA: cirugía mayor ambulatoria.

CMBD-HA: Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos.

CMBD-SMH: Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales monográficos psiquiátricos.

CMBD-SMA: Registro del conjunto mínimo básico de datos de los centros de salud mental ambulatorios.

CMBD-RSS: Registro del conjunto mínimo básico de datos de los recursos sociosanitarios.

CSMA: centro de salud mental de adultos.

CSMIJ: centro de salud mental infantil y juvenil.

ETODA: equipos de terapia de observación directa ambulatoria.

GTS: gobierno territorial de salud.

Índice AVD: índice de actividades de la vida diaria.

Índice CPS: índice de valoración cognitiva.

IS: índice de substitución.

HdD: hospitalización de día.

HC: hospitalización convencional.

PADES: Programa de atención domiciliaria. Equipos de apoyo.

RCA: Registro central de asegurados del Servicio Catalán de la Salud.

RS: región sanitaria.

UFISS: unidades funcionales interdisciplinares sociosanitarias.

REFERENCIAS

1 **Orden de 7 de noviembre de 1986,** por la cual se regula la obligatoriedad del informe de alta médica (DOGC nº 774, 3.12.1986).

2 **Orden de 23 de noviembre de 1990,** de regulación del informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo de datos del alta hospitalaria (DOGC nº 1379, 12.12.1990).

3 **Orden de 14 de noviembre de 1991**, de modificación parcial de la Orden de 23 de noviembre de 1990, de regulación del informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo de datos del alta hospitalaria (DOGC nº 1523, 27.11.1991).

4 **Orden de 20 de abril de 1993**, de modificación de la Orden de 23 de noviembre de 1990, de regulación del informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo de datos del alta hospitalaria (DOGC nº 1739, 30.4.1993).

5 **Orden SSS/250/2002, de 1 de julio**, por la que se regulan los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal en el ámbito del Servicio Catalán de la salud (DOGC nº 3678, de 16.07.2002).

6 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Altas de los hospitales de agudos de Cataluña 1993. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH).* Actividad sanitaria: Serie registro del CMBDAH-1. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 1994.

7 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Altas de los hospitales de agudos de Cataluña 1994. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH).* Actividad sanitaria: Serie registro del CMBDAH-2. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 1995.

8 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Altas de los hospitales de agudos de Cataluña 1995. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH).* Actividad sanitaria: Serie registro del CMBDAH-3. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 1997.

9 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Altas de los hospitales de agudos de Cataluña 1996-1999. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH).* Actividad sanitaria: Serie registro del CMBDAH-4. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2001.
Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitaries/acsan/altes_1996_99/cmbd_index.htm

10 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña 2000. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).* Actividad sanitaria: Serie registro del CMBDAH-5. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2002.
Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitaries/cmbd_2000/cmbd_index.htm

11 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña 2001. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).* Documento autoeditado. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud 2003.
Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm

12 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña 2002. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).* Actividad sanitaria: Serie registro del CMBDAH-6. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2004.
Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitaries/cmbd_2002/cmbd_index.htm

13 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.** *Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña 2003. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD).* Documento autoeditado. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2005. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm

14 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.** *Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña 2004. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Actividad sanitaria*: Serie registro del CMBDAH-7. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2006.
Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm

15 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.** *Actividad asistencial de la red sanitaria de Cataluña 2005. Informe del registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Documento autoeditado.* Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2006. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm

16 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Manual de notificación. Registro del conjunto mínimo básico de datos. Hospitales generales de agudos 2003*. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2003. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdmanualnotificacio.htm

17 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Manual de notificación. Registro del conjunto mínimo básico de datos. Centros ambulatorios de salud mental* 2003. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2003. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdmanualnotificacio.htm

18 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Manual de notificación. Registro del conjunto mínimo básico de datos. Hospitales monográficos psiquiátricos 2003*. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2003. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdmanualnotificacio.htm

19 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.** *Manual de notificación. Registro del conjunto mínimo básico de datos. Recursos sociosanitarios 2003.* Barcelona: Servicio Catalán de la Salud, 2003. Disponible en:http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdmanualnotificacio.htm

20 **Decreto 260/2000, de 31 de julio**, por el que se despliegan la estructura y la organización centrales del ente público Servicio Catalán de la Salud (DOGC nº 3200, de 08.08.2000).

21 **Decreto 105/2005, de 31 de mayo**, de delimitación de las regiones sanitarias y sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud (DOGC nº 4397, de 02.06.2005).

22 **Decreto 38/2006, de 14 de març**, por el que se regulan la creación de gobiernos territoriales de salud (DOGC nº 4594, de 16.03.2006).

23 **Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud.** *Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, Modificación Clínica*. 5ª edición. Barcelona: Departamento de Salud, 2005. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_catdiag.htm.

24 **Elixhauser A, Steiner C, Palmer L.** *Clinical Classifications Software (CCS), 2006.* US Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: http://www.ahrq.gov/data/hcup/ccs.htm#download

25 **Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud.** *Normativa de codificación de las variables clínicas del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos (CMBDAH) de Cataluña, 2006*. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdmanualnotificacio.htm

26 **Bernal E, Martínez N, Librero J, Sotoca R por el grupo VPM-IRYSS**. *Necesidad u oferta ¿Qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica?* Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud 2005; 1:5-10.

27 **3M.** *Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Version 22.0.*

28 **Brant E. Fries, Don P. Schneider, William J. Foley, Marie Gavazzi, Robert Burke, Elisabeth Cornelius, *et al.*** "Refining a case- mix measure for nursing homes: resource utilization groups (RUG-III)". *Medical care* 1994;32:668-685.