

GESTIÓN CLÍNICA

2. Gestión de la actividad asistencial

2C

Sistemas de información clínicos y de gestión

Gonzaga Garay Aramburu¹

¹ Jefe de Servicio de Oftalmología OSI Bilbao Basurto. Profesor asociado Oftalmología UPV-EHU.

Los objetivos del capítulo son:



- Conocer el origen de los sistemas de información clínicos y de gestión.
- Plantear la importancia y la actualidad de estos sistemas.
- Potenciar la recogida de datos clínicos con objeto de conocer nuestros resultados funcionales.

«Lo que no se define, no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre» Lord Kelvin S. XIX.

La Constitución Española (1) en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Posibilitó la asunción por las Comunidades Autónomas de las competencias de sanidad e higiene (artículo 148.1.21), quedando como competencia exclusiva del Estado, entre otras, las bases y coordinación general de la sanidad (artículo 149.1.16).

En virtud de lo establecido en la Constitución, la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril (2) estableció los principios y criterios sustantivos que permitieron configurar el Sistema Nacional de Salud (SNS) y las actuaciones que, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, debía desarrollar el SNS (artículo 40). Entre ellas, el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, considerándolo de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria, y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas. Para ello, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 (3) en su artículo 53, encomendó al Ministerio de Sanidad y Consumo el establecimiento del sistema de información sanitaria (SIS) del SNS, siendo el Consejo Interterritorial del SNS quien acordaría los objetivos y contenidos de la información.

Desde un enfoque de atención integral a la salud, el SIS debe disponer de la información sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, e incorporar los datos relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos.

Para ello se establece la creación del Instituto de Información Sanitaria (artículo 58 de la Ley 16/2003) con el encargo de recabar, elaborar y distribuir la información que responda a las necesidades del SNS bajo los criterios de transparencia y objetividad, complementar la información intrínseca del SNS, posibilitar el establecimiento de correlaciones y facilitar la comparabilidad con otros ámbitos y velar por la integridad y seguridad de los datos confinados.

Por lo tanto, el SIS se presenta como uno de los elementos claves para hacer frente a los retos y demandas que plantean las autoridades sanitarias (favorecer el desarrollo de políticas y la toma de decisiones), los profesionales (mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas), los ciudadanos (facilitar la toma de decisiones sobre su estilo de vida, prácticas de autocuidado y utilización de los servicios sanitarios) y las organizaciones y

asociaciones en el ámbito sanitario (promover la participación de la sociedad civil en el SNS) (4), y más aún en el contexto económico actual. El SNS se encuentra ante el reto de tener que proporcionar más y mejor asistencia sanitaria en un entorno de restricción económica y de incremento de los costes (5).

En el medio sanitario se produce gran cantidad de información, que de forma integrada y sistemática puede proporcionar información fundamental para afrontar este reto: indicadores de nivel de salud, estructurales, de utilización del sistema sanitario, de accesibilidad del sistema, de gasto, de calidad de la atención en el SNS y de resultados en salud. Actualmente, los **sistemas de información de gestión** están más avanzados que los sistemas de información clínica que reporten resultados en salud, quizás porque los gerentes y gestores los han potenciado con objeto de mejorar la organización sanitaria, quizás porque los datos administrativos resultan más fáciles de recoger (5,6) o quizás porque los profesionales sanitarios estamos tan volcados en la asistencia sanitaria que nos resulta muy complejo y laborioso recopilar los datos. Pero para obtener los mejores resultados posibles con los recursos económicos disponibles, debemos recabar toda esta información, incluyendo además la reportada por el paciente.

En 1987 el Consejo Interterritorial aprobó establecer el **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)** al Alta Hospitalaria con el objeto de obtener datos normalizados que proporcionaran información asistencial válida, fiable, comparable y oportuna de todos los hospitales que integran el SNS para facilitar una gestión eficiente, establecer políticas financieras, crear indicadores de salud, posibilitar la investigación clínica y epidemiológica y garantizar la calidad y eficacia de sus servicios. Se trata de una base de datos de carácter obligatoria para todos los centros sanitarios (públicos y privados) uniforme, estructurada y estandarizada por diagnóstico y procedimiento extraídos del informe de alta y complementada con información de la historia clínica formada por 14 ítems clínicos y administrativos (6,7). Para la codificación de las enfermedades, procedimientos y diagnósticos se utiliza la CIE-10.

Datos Administrativos	Datos Asistenciales
Identificación del hospital	Fecha de ingreso
Identificación del paciente	Circunstancia del ingreso
Residencia	Diagnósticos
Financiación	Procedimientos quirúrgicos y obstétricos
Sexo	Otros procedimientos
Fecha de nacimiento	Fecha de alta
	Circunstancias de alta
	Identificación del médico responsable del alta

Algunas Comunidades autónomas han incluido algún otro ítem, como por ejemplo la fecha de la primera intervención, el hospital de traslado, o el sexo y el peso del recién nacido.

Por el contrario, actualmente tanto los sistemas de información de las áreas ambulatorias de los hospitales como de atención primaria están menos desarrollados, ya que se encuentran con la dificultad de registro de múltiples diagnósticos y procedimientos de los actos asistenciales producidos de forma ambulatoria.

Utilizando la edad, el sexo, los diagnósticos principal y secundario y la intervención realizada se crean los **grupos relacionados de diagnóstico (GRD)**. Se trata de un sistema de clasificación de pacientes en grupos homogéneos en cuanto al consumo de recursos, de forma que cada episodio de hospitalización se clasifica en un único GRD descrito por un número, un título descriptivo de su contenido, un indicador de si el ingreso es médico o quirúrgico y un peso que pondera el consumo de recursos.

Los GRD tienen utilidades clínicas y de gestión, y permiten tener un baremo de comparación fiable entre los hospitales, describir la casuística que atiende el hospital, ofrecer parámetros de calidad sobre la atención realizada, y proponer indicadores de comparación sobre el funcionamiento (7).

Los pesos y costes de los GRD en el SNS son utilizados para preparación de presupuestos (6), como referencia para establecer tarifas de compensación para el Fondo de Cohesión del SNS, elaborar precios de tarificación a terceros o para contratación de centros concertados y sirven como estándares de resultados de coste en el ámbito de la gestión sanitaria (8).

Además, desde las diferentes Comunidades Autónomas se han desarrollado **sistemas de contabilidad** mediante sistemas informáticos de gestión de datos sanitarios, económicos y de personal sanitario con el objetivo de mejorar la toma de decisiones y la eficiencia.

En el área de la sanidad privada, recientemente la Junta Permanente de la Sociedad Española de Oftalmología ha publicado el nuevo nomenclátor de consultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas con objeto de dar a conocer la cartera de servicios en oftalmología y definir los indicadores de actividad, calidad y rendimiento y mediante la contabilidad analítica determinar los costes por proceso. Para ello, definen las unidades relativas de valor como las sumas de la formación requerida y complejidad de la actividad, la responsabilidad profesional y el valor salud y representa el coste para cada procedimiento (9).

Los **sistemas de información clínica** oftalmológica están en la actualidad en pleno desarrollo, empujados por la implantación de la historia clínica electrónica y por la necesidad de los oftalmólogos de conocer los resultados de la actividad realizada.

La **historia clínica electrónica** probablemente sea uno de los avances tecnológicos más importantes en gestión sanitaria de los últimos tiempos, ya que incorpora múltiples funcionalidades que incrementan la efectividad, eficiencia y seguridad al proceso de atención al paciente con respecto a las historias en papel. Entre otras ventajas, cabe destacar que facilitan la extracción de datos para estudios de investigación y análisis de resultados.

En los últimos años, los **registros clínicos oftalmológicos** han realizado importantes aportaciones en la comprensión de la epidemiología y factores etiológicos de determinadas enfermedades, en la mejora de la eficiencia, de la calidad asistencial y de los resultados funcionales y han permitido desarrollar guías de práctica clínica basadas en la evidencia y crear estándares de calidad (10,11).

El International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) fundado en el año 2012 por el Karolinska Institutet, Harvard Business School y Boston Consulting Group ha establecido dos sets estandarizados de recogida de datos en oftalmología: el de catarata, que lo utiliza, entre otros, The European Registry of Quality Outcomes for

Cataract and Refractive Surgery (EUREQUO), y que recoge datos de más de dos millones y medio de cirugías de catarata; y el de patología macular, que lo utiliza el proyecto Fight Retinal Blindness!. Estos conjuntos mínimos de datos homogenizan la forma de recogida de datos de dos de las patologías más prevalentes en las consultas de oftalmología y han abierto la puerta a la expansión del interés por conocer los resultados funcionales obtenidos en nuestra actividad (Clinical Reported Outcomes Measurement, CROM). Además, llevan asociados unos cuestionarios de evaluación de la calidad visual percibida por el paciente (Patient Reported Outcome Measurement, PROM) a lo largo del proceso asistencial (10). Este tipo de iniciativas de homogeneización de la recogida de datos clínicos para comunicar los resultados funcionales y percibidos por los pacientes deben extenderse de forma global entre los servicios de oftalmología y ampliarse a otras patologías oculares para conocer los resultados de la actividad que desarrollamos y permitir comprobar evoluciones dentro del servicio y compararnos para buscar la mejora continua.

En los servicios de oftalmología se genera gran cantidad de información administrativa, económica, asistencial y reportada por los pacientes. Esta información debe estar homogeneizada y accesible en todo momento para permitir la toma de decisiones eficientes, seguras, de calidad y consensuadas con los pacientes que nos permitan mejorar la salud ocular de nuestra población, lo que repercute en mejoría de la salud global y por lo tanto en la calidad de vida. Los Sistemas de Información Sanitaria y de Gestión son un elemento clave en la consecución de nuestros objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española; <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>, último acceso 22/11/2020.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/dof/spa/pdf>, último acceso 22/11/2020.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>, último acceso 22/11/2020.
4. Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>, último acceso 22/11/2020.
5. Salvador Oliván J.A. Sistemas de información hospitalarios: el CMBD. Scire 97; 3: 115-130.
6. Liaño Movellan C. Importancia de los sistemas de información en gestión sanitaria. Trabajo fin de grado. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16462/Lia%C3%B1oMovellan-Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, ultimo acceso 23/11/2020.
7. Villalobos Hidalgo J. La gestión sanitaria. Sistemas de información para la salud.
8. Estimación de pesos y costes de los procesos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud: metodología y principales resultados Proyecto 2017, ultimo acceso 08/12/2020 https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/Inf_proc_estim_cost_hosp_SNS2017.pdf
9. Gegúndez-Fernández JA, Piñero-Bustamante A, Benítez-Del-Castillo JM et al. A new standardised nomenclature in ophthalmology: Criteria and quantitative evaluation indicators of medical procedures. Arch Soc Esp Oftalmol 2020; 95(12): 591-602.
10. Garay-Aramburu G, Urcola J.A Resultados en salud en oftalmología, real world data. ¿Nuevo paradigma de la evidencia científica? In Martínez de la Casa JM, Urcola JA. Big Data en Oftalmología. Madrid, Sociedad Española de Oftalmología, 2019, 207-210.
11. Tan JCK, Ferdi AC, Gillies MC, Wattson SL. Clinical registries in Ophthalmology. Ophthalmology. 2019 May; 126(5): 655-6628.

PREGUNTA TIPO TEST

(pulse en la flecha para comprobar las respuestas)

1. Los sistemas de información de gestión clínica:

- a) Son un elemento clave en la búsqueda de la eficiencia.
- b) No es necesaria la formación del personal sanitario en el ámbito de la gestión de la información.
- c) Los grupos relacionados de diagnóstico son un sistema de clasificación de pacientes en grupos homogéneos que permiten la comparación entre hospitales.

2. Con respecto a los sistemas de información clínica:

- a) El uso de información médica automatizada que permite compartir resultados entre diferentes servicios, está abocado al fracaso por el cambio cultural que implica.
- b) Los avances tecnológicos han impulsado la recogida de información clínica y los registros clínicos multicéntricos e internacionales.
- c) Los resultados de los registros clínicos no deben ser tenidos en cuenta debido a que estos se encuentran en la parte baja de la evidencia científica.
- d) La realización de sets mínimos de datos para recogida de información de determinadas patologías es la base para permitir la recogida estandarizada y realizar estudios multicéntricos que permiten la comparación de los resultados y la determinación de patrones modelo.
- e) La opinión del paciente no debe tenerse en cuenta en el proceso asistencial en cuanto a la toma de decisiones terapéuticas, ya que lo dificulta.