



Registro de Atención Sanitaria Especializada RAE – CMBD

**Manual de definiciones y
glosario de términos
PORTAL ESTADÍSTICO**

Última actualización - marzo de 2023

Introducción

Con la entrada en vigor del Real Decreto 69/2015 que regula el RAE-CMBD, el modelo de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria) ha evolucionado ampliando sus contenidos a otras modalidades asistenciales (además de hospitalización incorpora datos de CMA, Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, Urgencias y Procesos Ambulatorios de Especial Complejidad) y, además de abarcar también al sector privado, está destinado a integrar datos de todos los hospitales, públicos y privados, cualquiera que sea su finalidad asistencial.

Esta ampliación de fronteras se debe realizar de forma paulatina a lo largo de los años si bien la base de datos, además de dar continuidad a la serie histórica del CMBD de hospitales de agudos del SNS en los datos de Hospitalización y Cirugía Ambulatoria, está preparada para albergar desde el primer momento datos del RAE-CMBD de todas las modalidades asistenciales a cuyos resultados se podrá ir dando acceso en función de sus datos de cobertura.

De ese modo, la herramienta interactiva de consulta que el Ministerio de Sanidad pone a disposición de los usuarios de sus sistemas de información para la obtención de datos estadísticos e indicadores básicos a través de informes dinámicos, incluye, además de los históricos CMBD de hospitalización y de atención ambulatoria especializada, dos nuevos nodos de información:

- REGISTRO DE ATENCION SANITARIA ESPECIALIZADA - RAE-CMBD: con información relativa a este nuevo modelo de datos, cubriendo información desde 2016 en adelante.
- SERIE HISTÓRICA CMBD-RAE: con información relativa a las altas de hospitalización de hospitales de agudos del SNS, dando continuidad al anterior CMBD y cubriendo toda la serie histórica desde 1997 a través de las variables comunes del CMBD y del actual RAE.

En este documento se informa sobre los contenidos y alcance de los nodos de información relativos al RAE-CMBD actualmente disponibles, con especificaciones para su uso, así como definiciones y criterios utilizados en el cálculo de datos e indicadores en su explotación.

Las definiciones de los datos básicos contenidos en el RAE-CMBD son las establecidas a través del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el [Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada](#) en su anexo I y, siempre que no se especifique otra cosa, también es referencia en relación con las variables de clasificación.

Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD), desde 2016

APARTADOS DE INFORMACIÓN:

El nodo de información del RAE-CMBD contiene los siguientes apartados de consulta:

1.- Información general

En este apartado se pueden consultar los datos globales para los diferentes tipos de contacto (modalidades asistenciales), filtrado o desagregado por las diferentes variables del paciente (sexo, edad, lugar de residencia), del contacto (financiación, servicio atención, tipo de alta, entre otras) o del proveedor (centro/hospital).

Las variables de análisis son el número de “contactos” (registros o casos) y, para dichos contactos, se ofrecen también tasas (tasa de actividad por 10.000 habitantes) y coste medio (ver más adelante metodología de cálculo y asignación para cada contacto) cuando se dispone del mismo. En un segundo cubo de consulta se aportan, además del número de contactos (altas, visitas, casos), el número de pacientes (con base en identificador individual del paciente) y con base en dicho número, la tasa de utilización (número de pacientes por 10.000 habitantes)

2.- Datos de morbilidad

La información se orienta a los diagnósticos o causas de la atención, con diferentes posibilidades de desagregación/filtro de los tipos de diagnóstico (principal/secundario) y de las posibles clasificaciones/agrupaciones clínicas utilizados para la codificación y clasificación de los mismos (ver más adelante).

3.- Procedimientos realizados

Referida al proceso de atención en términos de procedimientos realizados durante el contacto, en este cubo se puede consultar el número de contactos y número de procedimientos realizados a los pacientes en dichos contactos exclusivamente para las modalidades de Hospitalización y de Cirugía Ambulatoria pudiéndose desagregar/filtrar por diferentes clases y tipos de procedimientos, así como por los sistemas de clasificación/agrupación clínica utilizados para la codificación y clasificación de los mismos (ver más adelante).

4.- Procesos agrupados por los GRD

En este nodo de información se pueden consultar los denominados estadísticos de referencia incluidos en la “Norma Estatal del SNS”; dichos estadísticos constituyen los parámetros de referencia para el análisis de la hospitalización con los Grupos Relacionados por el diagnóstico-GRD (ver definiciones más adelante) e incluyen para cada GRD: número de altas, altas depuradas, estancia media bruta, estancia media depurada y coste medio).

NOTA: Como consideración general en la interpretación de los resultados obtenidos debe tenerse en cuenta, que la cobertura en algunos ámbitos de actividad y territorios no es completa, especialmente en 2016 y en el sector privado y modalidades ambulatorias. No obstante, los datos para hospitalización y cirugía ambulatoria son representativos de la casuística atendida a nivel estatal y consistentes con la serie histórica del CMBD. La cobertura en el resto de modalidades asistenciales se está incrementando paulatinamente y así, prácticamente todas ellas aportan datos de hospital de día en 2021, para trece de ellas hay información disponible sobre hospitalización a domicilio y por primera vez el portal dispone de información sobre más de 17,4 millones de urgencias no ingresadas de quince comunidades autónomas. Se han incorporado también datos de procesos ambulatorios de especial complejidad en nueve comunidades autónomas

CLASIFICACIÓN:

Salvo excepciones, son comunes a todos los nodos de información

TIPO DE CONTACTO:

Agrupación:

Con carácter general, todos los datos e indicadores calculados van referidos al contacto (unidad de registro en el RAE-CMBD). De los seis posibles tipos de contacto recogidos en la normativa (*Hospitalización, Hospitalización a domicilio, Cirugía Ambulatoria, Hospital de Día, Procedimientos ambulatorios de alta complejidad y Urgencias*), se pueden consultar individualmente los dos primeros, apareciendo los de hospital de día y procedimientos ambulatorios de alta complejidad como “resto de modalidades ambulatorias”. Desde 2018 se proporcionan datos de Urgencias.

Normalización

La clasificación de los diferentes tipos de contacto se ha realizado de acuerdo con el valor de la variable original en el registro si bien, con base en los criterios establecidos en el RAE-CMBD para las altas de hospitalización, los contactos de hospitalización han sido sometidos a una reclasificación posterior, según el valor de la estancia calculada y tipo de alta, de tal manera que se considera como contacto de hospitalización todo registro con tipo de contacto “hospitalización” con uno o más días de estancia excepto para los casos que teniendo una estancia de cero días tengan como tipo de alta “traslado”, “alta voluntaria” o “éxito (fallecimiento)”.

Los registros de hospitalización con 0 días de estancia no válidos como altas de hospitalización han sido asignados a Cirugía Ambulatoria los de tipo quirúrgico (Tipo de GRD quirúrgico o procedimiento Terapéutico o Diagnóstico Mayor – con uso de quirófano – ver definiciones más adelante) y el resto a Hospital de Día Médico.

Por lo que respecta a las variables de clasificación¹:

 **Temporal:** año al que se refieren los datos

 **Edad:** agrupa la edad del paciente en años de dos posibles maneras:

- *grandes grupos de edad:*

- Menos de 1 año
- De 1 a 14
- De 15 a 44
- De 45 a 64
- De 65 a 74
- Más de 74 años).

- *grupos quinquenales:*

- Menos de 1 año
- De 1 a 4,
- De 5 a 9
-
- 100 y más años

 **Sexo:** hombre/mujer/no especificado

¹ En los nodos de información las variables están ordenadas alfabéticamente mientras que aquí se describen por apartados: paciente, contacto (alta, caso, sesión...), proveedor (centro que presta la asistencia).

✚ ✎ **Geografía Residencia²:** comunidad autónoma donde consta que reside el paciente.

✚ ✎ **Circunstancia Contacto:** programado/no programado/desconocido³.

✚ ✎ **Procedencia Paciente:** presenta las siguientes categorías:

- Atención Primaria
- Servicios del propio hospital: Urgencias
- Servicios del propio hospital: Cirugía ambulatoria
- Servicios del propio hospital: Hospital de día médico
- Servicios del propio hospital: Hospitalización
- Servicios del propio hospital: Hospitalización a domicilio
- Servicios del propio hospital: Procedimientos de especial complejidad
- Servicios del propio hospital: Consultas
- Otros servicios del propio hospital
- Servicios de otro hospital/centro sanitario
- Por iniciativa del paciente
- Emergencias médicas
- Centro sociosanitario
- Por orden judicial
- Otros y desconocido

✚ ✎ **Régimen Financiación:**

- Sistema Nacional de Salud (SNS)
- Reglamentos europeos y convenios bilaterales
- Mutualidades de funcionarios del estado y otras AAPP
- Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
- Accidentes de tráfico
- Financiación privada directa (personas físicas)
- Financiación privada mediante seguro privado (compañías de seguro sanitario)
- Asistencia sanitaria transfronteriza
- Otros y Desconocido

✚ ✎ **Tipo Alta:**

- Domicilio
- Traslado a otro Hospital
- Alta voluntaria
- Exitus
- Traslado a centro sociosanitario
- Otros y desconocido

✚ ✎ **Tipo de Proceso (M/Q):** contiene dos valores posibles, Médico y Quirúrgico según el tipo de GRD asignado, respondiendo el tipo de proceso quirúrgico a aquel que tiene registrado algún procedimiento diagnóstico o terapéutico mayor.

Nota: los casos sin diagnóstico, con códigos diagnóstico erróneos o no agrupables han sido clasificados como "tipo de proceso médico".

² Identificada a partir del campo código postal o - alternativamente - municipio de residencia del paciente en el RAE-CMBD. En los casos que no tienen consignada la residencia del paciente o bien esta está mal codificada, se ha atribuido la residencia a la del hospital que da el alta.

³ En general para todas las variables de clasificación se han agrupado en una categoría residual las categorías de "otros" "desconocido" o "no codificado".

✚ ✎ **Servicio:** identifica el servicio al alta en hospitalización o el responsable de la atención en el resto de modalidades. Las categorías posibles corresponden a las recogidas en el anexo II-b del RD 69/2015.

✚ ✎ **Finalidad Asistencial:** referida a la del proveedor y con base en la misma clasificación de la Estadística de Centros de Atención Especializada (SIAE), comprende las siguientes categorías:

- Hospitales de Agudos (agrupa generales y especializados)
- Hospitales de larga estancia (salud mental y larga estancia geriátrica)
- CMA
- Resto de centros sin internamiento.

✚ ✎ **Grupo Clúster:** según agrupación de hospitales en conglomerados teniendo en cuenta diferentes variables de dotación, oferta de servicios, actividad, complejidad e intensidad docente, que establece las siguientes cinco categorías de hospitales generales:

- Grupo 1: Pequeños hospitales comarcales, con menos de 150 camas de media, sin apenas dotación de alta tecnología, pocos médicos y escasa complejidad atendida.
- Grupo 2: Hospitales generales básicos, tamaño medio menor de 200 camas, mínima dotación tecnológica, con algo de peso docente y complejidad atendida algo mayor.
- Grupo 3: Hospitales de área, de tamaño medio en torno a 500 camas. Más de 50 médicos MIR y 269 médicos de promedio. Complejidad media (1,5 servicios complejos y 1,01 case mix).
- Grupo 4: Grupo de grandes hospitales, pero más heterogéneos en dotación, tamaño y actividad. Gran intensidad docente (más de 160 MIR) y elevada complejidad (4 servicios complejos de media y case mix mayor de 1,20).
- Grupo 5: Hospitales de gran peso estructural y mucha actividad. Oferta completa de servicios. Más de 680 médicos y en torno a 300 MIR. Incluye los grandes complejos hospitalarios.
- Otros/no clasificados.

✚ ✎ **Pertenencia SNS:** según si el centro pertenece a la red de hospitales del SNS (públicos-SNS: engloba hospitales públicos, red de utilización pública en Cataluña y Hospitales con concierto sustitutorio), o es privado.

✚ ✎ **Tamaño Hospital según número de camas:**

- Grupo 1: Menos de 200 camas
- Grupo 2: 200-500 camas
- Grupo 3: 501-1000 camas
- Grupo 4: Más de 1000 camas

✚ ✎ **Geografía Centro:** comunidad autónoma del hospital/centro.

A continuación, se describen los contenidos y variables específicas de **cada apartado de información**

📁 INFORMACIÓN GENERAL

📁 **Resumen por Comunidad Autónoma – Tipo de contacto – Tipo de hospital - Servicios**

📁 **Medidas -**

-  Número de contactos⁴: corresponde al número de altas válidas en Hospitalización o en Hospitalización a Domicilio, casos de Cirugía Ambulatoria, sesiones en Hospital de Día Médico y visitas en el resto de modalidades ambulatorias.
-  Estancia media (en días) de momento solo para los casos de hospitalización.
-  Estancia media UCI (en días). Sólo para hospitalización.
-  Coste medio APR (en euros para las modalidades con costes calculados disponibles⁵)
-  Tasa de actividad (número de contactos por 10.000 habitantes)

VARIABLES DE CLASIFICACION Y DESAGREGACIÓN

Variables independientes (o de clasificación): las ya descritas que, excepto se indique otra cosa, son comunes a todos los apartados.

En este nodo de información se ha incluido una variable específica para identificar en cada contacto de hospitalización si se ha hecho uso de la UCI, y en caso afirmativo, del número de días que el paciente ha permanecido en dicha unidad. Adicionalmente se pueden analizar, los servicios que requirieren el uso de la unidad de críticos y las estancias medias.

 **Clasificación Uso UCI:** si/no/no válido/no procede.

NOTA: Esta información aplica solo al tipo de contacto "Hospitalización". Para el resto de tipos de contacto toma el valor "No Procede".

Resumen por Comunidad Autónoma – Tipo de contacto – Tipo de hospital – Servicios – Pacientes

Medidas -

-  Número de contactos: corresponde al número de altas válidas en Hospitalización o en Hospitalización a domicilio, casos de Cirugía Ambulatoria, sesiones en Hospital de Día Médico y visitas en el resto de modalidades ambulatorias
-  Número de pacientes²
-  Tasa de utilización (número de pacientes por 10.000 habitantes)

2. DATOS DE MORBILIDAD ATENDIDA

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

Diagnósticos principales (incluye sector privado)

⁴ Nota: por razones de confidencialidad las celdas con un número de casos menor de tres aparecen marcadas con "..."

⁵ A cada caso individual se le atribuye el peso y coste relativo del GRD y nivel de severidad que en el sistema APR-GRD se asigna al registro de alta del paciente, de acuerdo con el software del agrupador. De ese modo, los datos de coste para un subconjunto determinado de casos y proveedores constituyen una aproximación a los costes de atención y en ningún caso reflejan el gasto real global en dichos casos y/o proveedores.

NOTA METODOLÓGICA: La fuente de datos de coste son los procesos periódicos de estimación de pesos y costes hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud que, desde 2015, se realizan con base en los datos de **coste por paciente** de la Red de Costes Hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. A partir de un modelo econométrico que se aplica al conjunto del CMBD de los hospitales generales del SNS, se obtienen los costes medios por *GRD* y *nivel de severidad*. Dada la variabilidad de los casos que se engloban dentro de cada uno de los GRD individuales, se deduce que la aproximación a costes en las desagregaciones posibles de las distintas variables del RAE-CMBD (grupos de edad, diagnósticos específicos, por ejemplo) arrastra dicha variabilidad, lo cual debe ser tenido en cuenta a la hora de interpretar datos de costes en subconjuntos de casos. Asimismo, se hace notar que en las desagregaciones por comunidad autónoma y/o por tipo de proveedor (SNS vs privados) los costes igualmente trasladan los valores medios obtenidos para HOSPITALES GENERALES del SNS para los que se realiza el ejercicio de estimación, por tanto, las cifras obtenidas no constituyen en ningún caso cifras de costes reales específicos de dichas desagregaciones ni pueden tener la consideración de estadísticas oficiales de costes hospitalarios. Los datos de 2016, 2017 y 2018 han sido actualizados con base en los resultados del último proceso de estimación de pesos y costes realizado en 2019- 2020 (octubre 2020).

Medidas

-  Número de contactos (altas, casos, sesiones, según modalidad)
-  Estancia media (en días) solo para hospitalización
-  Estancia Media UCI en días (hospitalización).
-  Coste medio APR (para las modalidades con datos de costes disponibles)
-  Tasa de actividad (número de contactos por 10.000 habitantes)

VARIABLES DE CLASIFICACION Y DESAGREGACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

CIE-10-ES:

- Capítulo CIE10-
- Categoría CIE10-

 **Sistema de Clasificación Clínica (CCS - Diag)⁶:** Categoría CCS-Diag (Categoría uninivel del sistema de agrupación de HCUP para diagnósticos).

 **Listado reducido para la tabulación de morbilidad hospitalaria (en el original en Inglés International Shortlist for hospital morbidity tabulation – ISHMT⁷):**

- Categoría ISHMT

 **FILTRO: Diagnóstico CIE10** adicionalmente es posible utilizar la CIE-10-ES diagnósticos hasta el último dígito COMO FILTRO para seleccionar **uno o varios** diagnósticos a ese nivel. Nota: al exportar el informe con los resultados de la consulta a Excel se especifican los criterios de filtro aplicados.

Resto de variables independientes (o de clasificación) y variables de desagregación – ver cubo anterior.

Tasa ajustada por Edad según lugar de Hospitalización

Tasa ajustada por Edad según lugar de Residencia

Estos dos cubos de información relativos a diagnóstico principal son exclusivos de las altas de hospitalización y permiten conocer el volumen de altas (número de contactos) y las tasas brutas y ajustadas por edad⁸ de dichas **altas de hospitalización**, por comunidad autónoma de hospitalización (comunidad a la que pertenece el hospital) y por comunidad autónoma de residencia del paciente⁹, respectivamente.

VARIABLES INDEPENDIENTES (O DE CLASIFICACIÓN) Y VARIABLES DE DESAGREGACIÓN

⁶ Estas categorías agrupan los códigos diagnósticos mediante un sistema de clasificación clínica (CCS) de la HCUP-US (Clinical Classification Software (CCS) for ICD-10-CM for Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) de la AHRQ (Agency for Health Research and Quality) estadounidense. Este sistema de agrupación también es compatible con CIE9MC lo cual permite *vincular* series de casos con ambas clasificaciones – ver algunas especificaciones sobre la clasificación CCS en relación con la CIE10ES al final del documento – para generar series históricas más largas.⁷ Se trata de las correspondencias de los casos codificados entre la CIE10ES y un grupo reducido (listado de diagnósticos seleccionados), aprobado por la OMS dentro de su familia de clasificaciones, y adoptada conjuntamente por OCDE/Eurostat y la propia OMS para la tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT: International Shortlist for hospital morbidity tabulation – listado reducido de categorías para la tabulación de la morbilidad hospitalaria), siendo los dos primeros dígitos los correspondientes al capítulo CIE10. Ejemplo 0903 Infarto agudo de miocardio (capítulo).

⁸ Las tasas ajustadas por edad (método directo) toman como población estándar la población tipo europea de la Organización Mundial de la Salud, y son expresadas en altas por 10.000 hab.

⁹ La comunidad autónoma de residencia del paciente viene determinada por el código postal del paciente o, en su ausencia o error del mismo, por el código de municipio. Nota: en el caso de no disponer de información válida en ninguno de ellos se asigna a la comunidad autónoma del centro.

La desagregación y o filtro de los diagnósticos se puede hacer igual que en el cubo anterior y como variables independientes los datos y tasas también se pueden desagregar por sexo, comunidad autónoma y pertenencia del hospital (públicos-SNS/privados).

DIAGNOSTICOS DE HOSPITALIZACIÓN

Diagnósticos de hospitalización

Medidas

Número de diagnósticos

En este nodo de información es posible acceder a la información relativa a LA TOTALIDAD DE DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS, es decir, diagnósticos principales y diagnósticos secundarios (comorbilidad o complicaciones) de los pacientes atendidos EN HOSPITALIZACIÓN incorporando un eje adicional de análisis tanto para la demanda y carga global de morbilidad como para la casuística atendida ya que permite conocer la asociación de determinadas variables, incluida la de las causas de hospitalización como diagnósticos principales con su comorbilidad y/o complicaciones (diagnósticos secundarios).

Los diagnósticos pueden desagregarse/filtrarse con las mismas clasificaciones y sistemas de agrupación descritos previamente para los otros cubos de diagnósticos.

Variables independientes (o de clasificación): las mismas que en el nodo de diagnósticos principales a las que se añade la siguiente:

 **Tipo de diagnóstico:** Principal o Secundario según el código haya sido registrado.

NOTA: EL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES EQUIVALE AL NÚMERO DE CONTACTOS (EN ESTE CASO ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN)

PROCEDIMIENTOS

Procedimientos (solo para hospitalización y cirugía ambulatoria¹⁰)

Medidas

-  Número de procedimientos
-  Número de contactos (altas, casos según modalidad)
-  Tasa de actividad (procedimientos por 10.000 habitantes)

En este nodo de información es posible acceder a la información relativa a LA TOTALIDAD DE PROCEDIMIENTOS REGISTRADOS en los pacientes atendidos EN HOSPITALIZACIÓN y CIRUGÍA AMBULATORIA¹⁰.

Los procedimientos pueden desagregarse/filtrarse en secciones con las siguientes clasificaciones y sistemas de agrupación. Cada una de las secciones en que se clasifican los distintos procedimientos, un sistema adicional de clasificación multiaxial que permite enmarcar los procedimientos de cada sección, según el tipo de técnica, en su respectivo sistema orgánico, localización anatómica o en otros aspectos de utilidad en el ámbito clínico, tales como las formas de abordaje o la utilización de dispositivos.

La desagregación y o filtro de los diagnósticos se puede hacer igual que en los cubos anteriores y como variables independientes los datos también se pueden desagregar por sexo, comunidad autónoma y pertenencia del hospital (públicos-SNS/privados).

¹⁰ Incluye todos los contactos con cero días de estancia y tipo de proceso QUIRÚRGICO (no se incluyen casos con tipo de contacto hospitalización a domicilio ni urgencias)

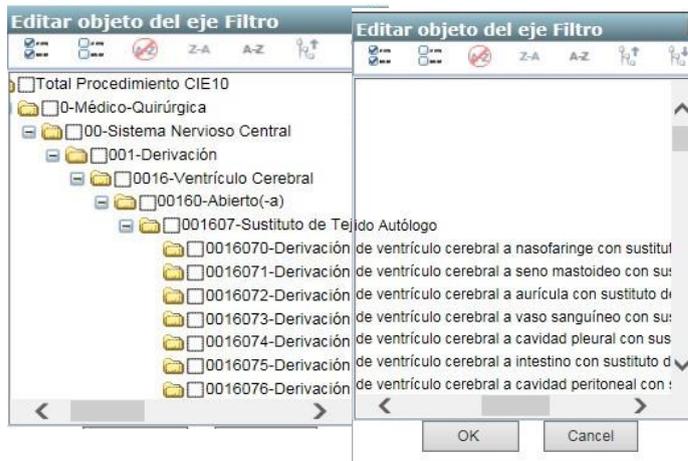
Variables independientes (o de clasificación): las mismas que en el nodo de diagnósticos principales a las que se añade la siguiente:

  **CIE10ES-Procedimientos siguiendo la siguiente jerarquía:**

- Sección CIE10ES-
 - 0-Médico-Quirúrgica
 - 1-Obstetricia
 - 2-Colocación
 - 3-Administración
 - 4-Medición y Monitorización
 - 5-Asistencia y Soporte Extracorpóreos
 - 6-Terapias Extracorpóreas
 - 7-Osteopático
 - 8-Otros Procedimientos
 - 9-Quiropráctica
 - B-Imagen
 - C-Medicina Nuclear
 - D-Radioterapia
 - F-Rehabilitación Física y Audiología Diagnóstica
 - G-Salud Mental
 - H-Tratamiento de Abuso de Sustancias
 - X-Nueva Tecnología
 - Z-Sin determinar
- Sin procedimiento
- Sistema Orgánico (SO)
- Técnica
- Localización
- Abordaje
- Dispositivo
- Procedimiento

Nota: adicionalmente es posible utilizar la CIE-10-ES procedimientos hasta el último dígito COMO FILTRO para seleccionar uno o varios procedimientos siguiendo también la jerarquía de tablas de la CIE-10-ES para ese sistema de clasificación (ver ejemplo de despliegue en la figura 1 de la página siguiente). Al exportar el informe con los resultados de la consulta a Excel se especifican los criterios de filtro aplicados.

Figura 1: Despliegue de jerarquías CIE-10-ES Procedimientos



Para mayor detalle sobre procedimientos más frecuentes de cada tabla (jerarquías de tres dígitos), ver plataforma de consulta [eCIEmaps-procedimientos CIE10ES](#).

✚ ✚ **Categoría CCS-Procedimiento uninivel** (procedimientos agrupados según CCS)

Como **variables de filtro o clasificación** se pueden utilizar:

✚ ✚ **Tipo de procedimiento:** Principal/Secundario¹¹.

✚ ✚ **Clase de procedimiento:** Diagnóstico Mayor/Terapéutico Mayor/Diagnóstico menor/Terapéutico menor

✚ ✚ **Tipo de procedimiento (M/Q):** Contiene dos valores posibles, Médico y Quirúrgico según el tipo de GRD respondiendo el tipo de proceso quirúrgico a aquel que tiene registrado algún procedimiento diagnóstico o terapéutico mayor.

Nota: los casos sin diagnóstico, con códigos diagnóstico erróneos o no agrupables se incluyen dentro de los tipos de proceso "MÉDICO".

✚ ✚ **CCS-Diag:** Categoría CCS del Diagnóstico Principal CCS-Diag uninivel.

Nota: La inclusión de los dos tipos de variables clínicas del RAE-CMBD (diagnóstico principal y procedimientos) incorpora un eje adicional de análisis de la casuística al poder vincular los diagnósticos principales con los procedimientos asociados a los mismos. Asimismo, el uso de los CCS tanto en diagnósticos como en procedimientos permite su trazabilidad con series codificadas tanto en CIE9MC como en CIE-10-ES.

GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD-APR)

🏠 **GRD: Estadísticos por Comunidad Autónoma - Grupo de Hospitales - Servicios**

📊 **Medidas**

¹¹ En el manual de codificación con CIE-10-ES procedimientos se indica que siempre que haya más de un procedimiento se registre con jerarquía, indicando en primer lugar el procedimiento principal de acuerdo con determinados criterios (ver normativa en vigor en [eCIEmaps](#)). A estos efectos, en RAE-CMBD, se considera como Principal el primero de los procedimientos registrados (P1).

-  Número de contactos
-  Número de contactos depurados¹² (solo para hospitalización)
-  Estancia media (en días, solo para hospitalización)
-  Estancia media depurada (en días, solo para hospitalización)
-  Coste medio APR
-  Peso medio (español)

Este nodo de información contiene los resultados de la agrupación del RAE-CMBD mediante el software de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de la familia APR-GRD en vigor según la edición de CIE-10-ES. Los GRD agrupan dichos registros en un determinado número de clases con identidad clínica y presumible similar consumo de recursos.

Permiten su clasificación en las siguientes jerarquías y categorías:

-  **GRD CDM** (Categoría Diagnóstica Mayor): Cada uno de los grupos mutuamente excluyentes (en inglés “Major Diagnostic Categories”) en que se clasifican los tipos de contactos según el diagnóstico principal consignado. Los diagnósticos de cada categoría corresponden a un determinado sistema orgánico (respiratorio o circulatorio o digestivo, etc.). Las enfermedades que implican tanto un sistema orgánico como una etiología en particular, por ejemplo, neoplasia maligna del riñón, se asignan a la categoría correspondiente del sistema orgánico. Existen además unas categorías residuales, que por su singularidad no pueden ser asignadas a categorías basadas en el sistema orgánico, como por ejemplo enfermedades infecciosas sistémicas, grandes traumatismos, grandes quemados o neoplasias mal diferenciadas y la precategoría 0 que contienen grupos de procesos singulares como es el caso de los trasplantes.
-  **GRD APR (All Patient Refined – DRG)**: Cada episodio se asocia con un solo GRD para el que se introducen dos criterios adicionales e independientes de clasificación:
 -  **GRD Severidad: estratificado en cuatro niveles: menor, moderado, mayor y extremo** de acuerdo con las características del paciente, de los diagnósticos secundarios del episodio y de los procedimientos realizados.
 -  **GRD Riesgo de mortalidad: estratificado también en cuatro niveles: menor, moderado, mayor y extremo** con base en algoritmos que combinan también las características antes mencionadas con base en estadísticos propios de la clasificación sobre mortalidad
-  **Tipo de proceso: Corresponde al tipo de GRD y tiene dos valores posibles, Médico y Quirúrgico**

Nota: los casos sin diagnóstico, con códigos diagnóstico erróneos o no agrupables han sido incluidos dentro de los procesos de tipo “MÉDICO”.

Pesos y costes

Los GRD incorporan estimadores de consumo de recursos y costes denominados pesos relativos. El sistema GRD atribuye un peso relativo a cada GRD y nivel de severidad basado en su coste. El valor 1 representa el coste medio global.

Asociados a cada APR -GRD y a cada nivel de severidad se corresponden diferentes pesos y costes; su aplicación a la base de datos del CMBD-RAE se inicia en el año 2016. Las métricas que se pueden obtener son las siguientes:

Coste medio¹³: Se trata de la media ponderada de los costes medios de los GRD de todos los casos de una determinada unidad, grupo, proveedor o proceso. Se calcula multiplicando el número de casos

¹² El número de contactos depurados corresponde a las altas de hospitalización cuyas estancias estén dentro de unos valores denominados “puntos de corte”, los cuales se establecen para cada GRD y nivel de severidad en el conjunto de hospitales de agudos del SNS. El valor de los mencionados puntos de corte, superior e inferior se calcula según la siguiente fórmula = $EM + 1,5 * \text{distancia intercuartílica de la estancia (P75-P25)}$ donde EM: Estancia Media y P es percentil.

¹³ Ver nota metodológica sobre costes del nodo de “información general” - los datos de 2016, 2017 y 2018 han sido actualizados con base en los resultados del último proceso de estimación de pesos y costes realizado en 2019-2020 (octubre 2020).

de cada GRD y Nivel de Severidad por su coste medio y dividiendo por el número total de casos de dicha unidad (grupo hospitales, comunidad autónoma, servicio, CDM, etc.).

Peso medio¹⁴: Media ponderada de los pesos de los GDR de todos los pacientes de una determinada unidad, grupo o proveedor. Se calcula multiplicando el número de casos de cada GRD y nivel de severidad por su peso relativo y dividiendo el sumatorio por el número total de casos de dicha unidad (grupo hospitales, comunidad autónoma, servicio CDM, etc.).

Las **variables independientes** de desagregación/filtro son comunes al resto de nodos de información y también se puede desagregar/filtrar la información por:



CCS-Diag: Categoría CCS del Diagnóstico Principal CCS-Diagnósticos uninivel

¹⁴ Ver nota metodológica sobre costes del nodo de “información general”

Anexo I: Notas sobre la agrupación Sistema de Clasificación Clínica (CCS) con CIE10ES (en el original ICD-10-CM/PCS)

Códigos de diagnóstico

El esquema de clasificación de diagnóstico uninivel agrupa las enfermedades y condiciones en 291 categorías mutuamente excluyentes, la mayoría de las cuales son clínicamente homogéneas. En algún caso se necesitaron categorías heterogéneas; éstas combinan una serie de condiciones individuales muy poco frecuentes dentro de un sistema corporal. Todos los códigos en la sección de diagnóstico de la CIE-10-CM fueron clasificados, incluyendo los códigos de causa externa, que se basaron en la Matriz de lesiones de la CIE de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La adaptación de los CCS para CIE10MC/PCS se realizó sin hacer cambios en las asignaciones de CCS para enfermedades y afecciones y dar continuidad a la serie. Sin embargo, debido a la estructura y mayor especificidad de la CIE-10-MC, existen algunos códigos de la CIE-9-CM que no se corresponden con la misma CCS en CIE-10-CM. Por ejemplo, el código ICD-9-CM 721.8, Otros trastornos relacionados de la columna vertebral, se asigna a CCS 205, espondilosis; trastornos del disco intervertebral; otros problemas de espalda. Los mapeos GEMs de correspondencia asignaban este código ICD-9-CM a dos códigos CIE-10-MC.

Ejemplo:

- M25.78, Osteofito, vértebras, asignado a CCS 212, Otras enfermedades óseas y deformidades musculoesqueléticas
- M48.9, Espondilopatía, sin especificar, asignada a CCS 205, Espondilosis; trastornos del disco intervertebral; otros problemas de espalda

Aunque la descripción del código para M48.9 es más específica que el código ICD-9-CM 721.8, la asignación de CCS a CCS 205 se mantuvo. Sin embargo, el código M25.78 es mucho más específico que el 721.8 y resultó en una asignación CCS diferente, CCS 212, porque el osteofito no encajaba en CCS 205. Por lo tanto, cuando los usuarios del sistema comparan el código ICD-9-CM con el ICD-10-CM, es importante recordar que un código ICD-9-CM puede mapearse con múltiples códigos ICD-10-CM, de los cuales algunos pueden coincidir más que otros con el código/descripción ICD-9-CM. Categorías vacías: Las categorías 150 y 260 no contienen ningún código de diagnóstico o de causa externa. Asimismo, se debe tener en cuenta que en las revisiones del CCS se han tenido en cuenta las matrices del CDC para los envenenamientos por fármacos y no por fármacos con algunas excepciones, como, por ejemplo, las categorías X71-X83, Autolesiones intencionales, se asignan a CCS 662, Suicidio y lesiones autoinfligidas intencionalmente, en lugar del mecanismo de lesiones asignado por los CDC.

Los siguientes códigos CIE10MC, aunque no contemplados en las matrices de la CDC se asignaron a CCS:

- Las Categorías Y62-Y69, incidentes durante la atención quirúrgica y médica, están asignadas a CCS 2616, Efectos adversos de la atención médica
- Las categorías Y70-Y82, Dispositivos médicos asociados con eventos adversos en el uso diagnóstico y terapéutico, se asignan a CCS 2616, Efectos adversos de la atención médica.
- Las categorías Y83-Y84, Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicaciones posteriores, sin mención de incidente en el momento del procedimiento, se asignan a CCS 2616, Efectos adversos de la atención médica.
- Categoría Y90, Evidencia de consumo de alcohol determinada por el nivel de alcohol en sangre, se asigna a CCS 2620, Causa externa: no especificada.
- Categoría Y92, Lugar de ocurrencia de la causa externa, se asigna a CCS 2621, Causa externa: Lugar de ocurrencia
- Categoría Y93, Códigos de actividad, se asigna a CCS 2620, Causa externa: no especificada.
- Categoría Y95, Condición nosocomial, se asigna a la CCS 2620, Causa externa: no especificada.
- Categoría Y99, Estado de causa externa, se asigna a CCS 2620, Causa externa: no especificada.

Códigos de procedimiento

El esquema de clasificación de procedimientos uninivel contiene 231 categorías mutuamente excluyentes. Muchas de las categorías representan procedimientos únicos; sin embargo, algunos procedimientos que ocurren con poca frecuencia se agrupan de acuerdo con tres dimensiones: (1) el sistema corporal pertinente, (2) si se utilizan con fines diagnósticos o terapéuticos, y (3) si se consideran procedimientos realizados en quirófano o fuera de quirófano, de acuerdo con las definiciones de los grupos relacionados con el diagnóstico de gravedad de Medicare (MS-DRG), equivalente al del software comercial (en España APR-GRD).

La sección de procedimientos de la CIE-9-MC (Volumen 3) contenía unos 3.900 códigos. La CIE-10-ES contiene más de 71.900 códigos. Por lo tanto, los mapas de correspondencia GEMs contienen muy pocas coincidencias exactas para los procedimientos. Además, la CIE-10-PCS en su conjunto no sigue las convenciones ni la estructura de los procedimientos de CIE-9-MC. Uno de los principales cambios es la exclusión de la información diagnóstica de los procedimientos. Por ejemplo, las subcategorías CIE-9-MC 75.5, reparación de desgarro obstétrico actual de útero y la 75.6, reparación de otras laceraciones actuales de útero, eran procedimientos codificados sólo para mujeres que daban a luz. Estos códigos CIE-9-MC están asignados a la categoría de CCS 140, reparación de laceraciones obstétricas actuales. Sin embargo, el diagnóstico del paciente ya no tiene relación con la asignación del código en CIE-10-ES (PCS) donde los códigos de reparación se registran para los procedimientos, independientemente de los motivos de los mismos. Por lo tanto, el CCS 140, Reparación de la laceración obstétrica actual no está condicionado por los códigos de diagnóstico CIE-10-MC porque el procedimiento en CIE-10-ES que se asigna podría realizarse por razones distintas al embarazo o parto. Hay siete categorías de PCS CCS que no están relacionadas con los códigos ICD-10-PCS: 57, 68, 140, 143, 151, 169 y 206.

En ese sentido, hay una serie de códigos CCS de procedimientos que han cambiado de descriptor para adaptarlos a la actual CIE-10-ES, fundamentalmente eliminando los aspectos diagnósticos que mantenían en CIE-9-MC.

Anexo II: Solicitud de datos - informes

En el caso de que tras su consulta precise acceder a más información del RAE-CMBD, puede efectuar una solicitud de datos y dirigirla a la Subdirección General de Información Sanitaria (ver más abajo), dicha solicitud será atendida de acuerdo con las disposiciones y normas establecidas para la cesión y acceso a los datos de los datos de este Registro en relación con las garantías de confidencialidad y secreto estadístico.

Los formularios específicos para solicitar datos pueden descargarse desde la página electrónica del Ministerio de Sanidad en la siguiente dirección:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SolicitudCMBD.htm>

También es posible acceder a indicadores avanzados de la serie histórica CMBD-RAE a través de la aplicación de consulta del Modelo de indicadores para el análisis de la hospitalización:

<https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

Pueden encontrar documentación adicional en las siguientes direcciones:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm> - informes y estadísticas comentadas

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm> - costes hospitalarios

Para cualquier duda, pueden dirigirse a:

Área de Información y Estadísticas Asistenciales

Subdirección General de Información Sanitaria

Ministerio de Sanidad

Pº del Prado, 18-20. 28014- Madrid.

Correo:

informacionsanitaria@sanidad.gob.es (buzón general Sistema de Información)

icmbd@sanidad.gob.es (buzón corporativo RAE-CMBD)