



Registro de Atención Sanitaria Especializada Serie histórica CMBD-RAE

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

Actualizado a marzo de 2021

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 Cirugía Ambulatoria, Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, Procedimientos ambulatorios de alta complejidad y Urgencias). También incorpora información del sector privado integrando información no solo de hospitales de agudos sino de otros tipos hospitales y algunos centros ambulatorios de Atención Especializada que realizan determinados procedimientos de alta complejidad.

Aunque la incorporación de estas nuevas modalidades y proveedores a la base de datos está realizándose de forma paulatina, la nueva base de datos del RAE-CMBD incorpora desde su inicio información de la mayoría de ellas.

Por ese motivo esta información se integra, con inicio en 2016, en un nodo específico del RAE-CMBD en la herramienta interactiva del portal estadístico y, con el fin de dar continuidad a la serie histórica del CMBD de hospitalización, la citada herramienta interactiva, aloja un nodo de información denominado SERIE HISTÓRICA CMBD-RAE, que da continuidad a la serie del CMBD desde 1997 con los resultados de explotación de las variables comunes entre el CMBD y el RAE.

En este nodo se informa de los contenidos y definiciones del nodo Serie Histórica CMBD-RAE. Respecto a dichos contenidos, con carácter general se han definido con base en las categorías de CLASIFICACION del RAE-CMBD de manera que cuando ha sido necesario los contenidos del CMBD han sido adaptados/mapeados a lo que se establece para el RAE¹

¹ Ver Anexo I del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el [Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada](#)

Serie histórica CMBD – RAE (hospitales de agudos) desde 1997

APARTADOS DE INFORMACIÓN:

- 📁 **Información General (SNS)**
- 📁 **Diagnósticos Principales (incluye sector privado)**
- 📁 **Diagnósticos Hospitalización (incluye sector privado)**
- 📁 **Procedimientos (SNS)**
- 📁 **Grupos Relacionados por el Diagnóstico-GRD (SNS)**

1.- Información general (SNS)

En este apartado se pueden consultar los datos globales de hospitalización del SNS. Para ello, desde 2016 se seleccionan todos los contactos de hospitalización con estancias de 1 o más días (más estancias 0 si el tipo de alta es traslado, alta voluntaria o exitus) de hospitales de agudos (generales más especializados).

2.- Datos de morbilidad

La información se orienta a los diagnósticos con dos nodos diferentes, de diagnóstico principal (causa de hospitalización), que incluye tasas ajustadas de hospitalización, y de todos los diagnósticos (principal y secundarios), orientado a conocer comorbilidad de los procesos y carga de morbilidad atendida. Dado que la clasificación de referencia para la codificación de diagnósticos cambió desde CIE9MC a CIE10ES, se utilizan agrupaciones compatibles con ambas clasificaciones (ver más adelante). En estos nodos se incluyen datos de hospitales privados²

3.- Procedimientos realizados

Referida al proceso de atención, en este cubo se puede consultar el número de procedimientos realizados en los hospitales de agudos del SNS. De nuevo dado el cambio desde CIE9MC a CIE10ES, se utiliza una clasificación clínica (CCS) compatible con las dos clasificaciones (ver más adelante).

4.- Procesos agrupados por los GRD

Se incluyen los mismos datos utilizando para su clasificación los Grupos Relacionados por el diagnóstico (ver definiciones más adelante).

Nota: en 2016, respecto a los años anteriores hubo una disminución de la cobertura en alguna comunidad autónoma. Sin embargo, los datos para hospitalización son representativos de la casuística atendida a nivel estatal y consistentes con la serie histórica del CMBD.

² NOTA: la inclusión de altas del sector privado se inicia en el año 2005 y va incrementándose paulatinamente lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de analizar la serie temporal. Desde 2010 la cobertura, para el global del sector supera el 90% para las altas de hospitales de agudos aunque no es homogénea por comunidades autónomas.

VARIABLES DE CLASIFICACIÓN:

Salvo excepciones son comunes a todos los cubos de información

Nota sobre la normalización de los registros de hospitalización del RAE-CMBD:

Para la contabilización de las altas de hospitalización, los contactos de hospitalización han sido sometidos a una asignación a posteriori, con base en el valor de la estancia y tipo de alta, de tal manera que se ha considerado contacto de hospitalización todo registro con tipo de contacto “hospitalización” con uno o más días de estancia excepto para los casos con estancia cero pero que tengan como tipo de alta “traslado”, “alta voluntaria” o “exitus (fallecimiento)” y han sido excluidos los registros con estancia cero y el resto de categorías “tipo de alta”.

Por lo que respecta a las variables de clasificación³ se consideran las siguientes:

▣ **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
- 75 y más años

- *grupos quinquenales:*

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

▣ **Sexo** : hombre/mujer/no especificado (o indeterminado en el caso del CMBD)

▣ **Geografía Residencia**⁴ - comunidad autónoma y provincia⁵ donde consta que reside el paciente

▣ **Tipo de Ingreso:** referido a la “circunstancia de contacto del RAE”: programado/no programado/desconocido (Programado y Urgente, respectivamente del CMBD⁶)

▣ **Régimen Financiación**⁷:

- Sistema Nacional de Salud (SNS)
- Reglamentos europeos y convenios bilaterales

3 En los nodos de 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)

4 Identificada a partir del campo código postal o – alternativamente – municipio de residencia del paciente en el RAE-CMBD (código postal en el caso del 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 comunidad autónoma del hospital que da el alta

5 Desagregación disponible para los cubos de morbilidad (diagnósticos)


6 En general para todas las variables de clasificación se han agrupado en una categoría residual las categorías de “otros” “desconocido” o “no codificado”


7 Los tipos de financiación del CMBD 2: Corporaciones locales/Cabildos insulares y 7: Financiación mixta han sido agrupados en la categoría 9: Otros y desconocidos

- 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

 **Servicio – identifica el servicio al alta en hospitalización o el responsable de la atención en el resto de modalidades. Las categorías posibles del anexo II-b del RD 69/2015**

 **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.

 **Pertenencia SNS⁸** 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 (SNS)**

⁸ Desagregación disponible para los cubos de morbilidad (diagnósticos) que incluye la totalidad de registros de ambos ámbitos público y privado

Información general (SNS)

Medidas -

- 📄 Número de altas⁹ : corresponde al número de altas válidas en Hospitalización
- 📄 Estancia media (en días)
- 📄 Coste medio (en euros para las modalidades con costes calculados disponibles¹⁰)
- 📄 Tasa de actividad (número de altas por 10.000 habitantes)

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

2. DATOS DE MORBILIDAD ATENDIDA

DIAGNOSTICOS PRINCIPALES (incluye sector privado)

Diagnósticos principales (incluye sector privado)

Medidas

- 📄 Número de altas
- 📄 Estancia media (en días)
- 📄 Coste medio
- 📄 Tasa de actividad (número de altas por 10.000 habitantes)

VARIABLES DE CLASIFICACION Y DESAGREGACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

CIE-10-ES:

- Capítulo CIE10

Nota: la misma clasificación de capítulos puede utilizarse como jerarquía en los siguientes sistemas CCS/ISHMT

- 📄 **Sistema de Clasificación Clínica (CCS - Diag)¹¹** : Categoría CCS-Diagnósticos (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 – ISHMT)¹²**

⁹ **NOTA:** por razones de confidencialidad las celdas con un número de casos menor de tres aparecen marcadas con “...”

¹⁰ Los datos de costes medios se obtienen periódicamente para el Sistema Nacional de Salud. Hasta 2015 dicho coste se obtenía para cada GRD-AP de la versión en vigor y desde 2016 el coste se asigna para cada GRD-APR. La fuente de datos desde 2015 es la Red de Costes Hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, con cuya base de datos, mediante un modelo econométrico que se aplica al conjunto del CMBD de hospitales generales del SNS, se obtienen dichos costes medios.

Dada la variabilidad de los casos que se engloban dentro de cada uno de los GRD individuales, se deduce que la aproximación a costes, se arrastra dicha variabilidad en cualquiera de las desagregaciones posibles de las distintas variables (grupos de edad, diagnósticos específicos, por ejemplo), 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) y los costes de 2019 con base en dichos resultados más el incremento del gasto real registrado a través de la estadística de centros de atención especializada para hospitales generales en 2019 ajustándolo por la complejidad (case mix).

¹¹ 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 es utilizando tanto para CIE9MC como para IE10ES lo cual permite vincular series de casos con ambas clasificaciones.

- Categoría ISHMT

Resto de variables independientes (o de clasificación) y variables de desagregación – ver cubo anterior, al que hay que añadir que la desagregación por residencia es hasta nivel de Provincia.

- 📌 **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 edad¹³ de dichas **altas de hospitalización**, por comunidad autónoma de hospitalización (comunidad a la que pertenece el hospital) y comunidad autónoma de residencia, respectivamente.

Variables independientes (o de clasificación) y variables de desagregación

La desagregación y o filtro de los cubos de 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)

¹² Se trata de las correspondencias de los casos entre varias clasificaciones en un grupo reducido de categorías (listado de diagnósticos seleccionados). Dicho listado fue incluido por la OMS en su familia de clasificaciones, y adoptado 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). Los dos primeros dígitos los correspondientes al capítulo CIE10. Ejemplo 0903 Infarto agudo de miocardio

¹³ 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.

PROCEDIMIENTOS

Procedimientos



Medidas



Número de procedimientos

En este nodo de información es posible acceder a la información relativa a LA TOTALIDAD DE PROCEDIMIENTOS REGISTRADOS en los pacientes atendidos EN HOSPITALIZACION (hospitales de agudos SNS).

Los procedimientos pueden desagregarse/filtrarse únicamente con las categorías del sistema de clasificación clínica CCS.

Categoría CCS-Proc uninivel (procedimientos agrupados según CCS)

Asimismo además de las **variables de filtro o clasificación** comunes al resto de nodos, se puede utilizar:

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

GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO (GRD-APR)

GRD: Estadísticos por Comunidad Autónoma - Grupo de Hospitales – Servicios



Medidas



Número de altas



Número de altas depuradas¹⁴)



Estancia media (en días)



Estancia media depurada¹⁵



Coste medio



Peso medio (español)

Este nodo de información contiene los resultados de la agrupación del CMBD y RAE mediante el software de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de la familia APR-GRD de la versión en vigor según año. Dado que dicha familia de GRD solo está disponible en el ámbito del SNS desde 2007, en este cubo la serie cubre desde dicho año.

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 2016¹⁶. Las métricas que se pueden obtener son las siguientes:

14 número de altas de hospitalización cuyas estancias estén dentro de unos valores denominados puntos de corte. Desde 2016 se establecen para cada APR_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 con base en la siguiente fórmula $EM+1,5 * \text{distancia intercuartílica de la estancia (P75-P25)}$ donde EM es la estancia media y P es percentil (P75 y P25)

15 Referida a la estancia media de las altas depuradas (altas sin casos extremos)

16 Nota: hasta 2015 los costes corresponden a los costes de los GRD-AP estimados en el proceso de estimación de costes hospitalarios del SNS. A cada alta se asigna el coste estimado para el GRD-AP que le corresponde. Desde 2016 el coste medio es diferente para cada GRD y nivel de severidad - 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)

Coste medio¹⁷: 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 de cada GRD (y Nivel de Severidad desde 2016), por su coste medio y dividiendo por el número total de casos de dicha unidad (grupo hospitales, comunidad autónoma, servicio, CDM, etc.).

Peso medio: Media ponderada de los pesos de los GRD 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 en APR-GRD) por su peso relativo y dividiendo el sumatorio por el número total de casos de dicha unidad (grupo hospitales, comunidad autónoma, servicio CDM, etc.).

Los GRD permiten a su vez agrupar, filtrar o desagregar por 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 casos (altas). 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, trastornos mentales inducidas por drogas y/o alcohol, lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, Infecciones VIH, enfermedades infecciosas sistémicas, traumatismos múltiples..La precatgoría 0 contiene los GRD más singulares (trasplantes) y los casos con GRD inespecíficos que en la serie histórica son minoritarios pero que con el nuevo RAE debido al cambio de clasificación han aumentado significativamente.
- ✚ ✚ **GRD APR (*All Patient Refined – DRG*)**: Cada episodio se asocia con un solo GRD si bien introduce dos criterios adicionales 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 las características antes mencionadas.
- ✚ ✚ **Tipo de GRD: Médico y Quirúrgico**

Nota: los casos sin diagnóstico, con códigos diagnóstico erróneos o no agrupables se clasifican con la categoría X: sin clasificar

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-Diag uninivel

¹⁷ Ver nota metodológica sobre costes del nodo de información general – esta información no está disponible para 2018

Anexo I: Notas sobre la agrupación Sistema de Clasificación Clínica (CCS) CCS con CIE10ES (en el original ICD-10-CM/PCS)¹⁸

Códigos de diagnóstico

El esquema de clasificación de diagnóstico uninivel agrupa las enfermedades y condiciones en 285 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 diagnósticos 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:

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 fue asignado a un 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

¹⁸ Para más información, ver <https://www.hcup-us.ahrq.gov/toolsoftware/ccs10/ccs10.jsp#desc>

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.

La sección de procedimientos de la CIE-9-MC (Volumen 3) contenía unos 3.900 códigos. La ICD-10-PCS (CIE10ES) contiene más de 71.900 códigos. Por lo tanto, los mapas de correspondencias 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:

<http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SolicitudCMBD.htm>

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

o <http://icmbd.es/login-success.do>

Pueden encontrar documentación adicional en las siguientes direcciones:

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

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

<https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do> - indicadores avanzados para el análisis de la hospitalización del SNS

Para cualquier duda, pueden dirigirse a:

Area de Información y Estadísticas Asistenciales

Subdirección General de Información Sanitaria

Ministerio de Sanidad

Pº del Prado, 18-20. 28071- Madrid.

Correo-e: informacionsanitaria@mscbs.es (buzón general Sistema de Información)

icmbd@mscbs.es (buzón corporativo RAE-CMBD)