

NOTICIAS Y COMENTARIOS

por tanto, que pese a las altas cifras que la prospección alcanza, ésta está estimada a la baja, pudiendo ser mucho mayores las cifras de inmigrantes potencialmente necesarios, en función de la intensidad que lleguen a alcanzar los dos fenómenos anteriormente mencionados.

En sentido contrario hay que señalar que tampoco se ha tenido en cuenta la «sobrenatalidad» inducida por este tipo de migración: se trata de población joven y, por tanto, en edades reproductivas, con comportamientos reproductores diferentes y tasas de fecundidad más elevadas, cuya descendencia engrosaría la base de la pirámide compensando, por tanto, el peso de la población mayor. Tampoco se ha considerado que los inmigrantes puedan traer hijos de corta edad, bien en el momento de la migración o tras una reagrupación familiar, lo que alteraría la relación futura entre viejos y adultos.

Finalmente, de todo lo comentado se desprende que, aunque el proceso inmigratorio tiene un efecto rejuvenecedor para las estructuras demográficas de las sociedades de acogida, *no se puede esperar que estos flujos compensen por sí mismos el progresivo envejecimiento que está sufriendo España*, al igual que el conjunto de países comunitarios, dadas las altas cotas de entradas que serían necesarias para que se produjese dicha compensación, y la experiencia de las políticas migratorias hasta ahora desarrolladas en España y en los demás países de la Unión Europea.

Dolores PUGA GONZÁLEZ y Antonio ABELLÁN GARCÍA
Consejo Superior de Investigaciones Científicas

**EL CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS (CMBD)
COMO FUENTE DE ESTUDIO PARA
LA MORBILIDAD HOSPITALARIA**

Introducción

Hasta el momento presente el estudio de la morbilidad atendida en los hospitales se podía realizar a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, confeccionada por el Instituto Nacional de Estadís-

tica (INE) con periodicidad anual desde 1977. Esta encuesta se basa en una muestra de los enfermos dados de alta a lo largo de un año en los centros hospitalarios del país.

Según esta fuente se podía conocer la estructura y evolución de la morbilidad atendida en los hospitales, basada en el diagnóstico definitivo o diagnóstico de salida, la estancia media según diagnóstico, la incidencia y prevalencia de enfermedad, así como el ámbito provincial de influencia de los hospitales, clasificados también por provincia.

Esta encuesta es publicada en un conjunto de tablas nacionales y provinciales, de manera que en muchas ocasiones es imposible acceder a estudios detallados, bien sea por edad o bien por ámbitos espaciales inferiores al de provincia.

Pero desde finales de los años 80, y con la implantación del Registro de Altas Hospitalario ¹, la información de cada paciente que causa alta comienza a ser informatizada; regularmente, se incluyen una serie de ítems por cada proceso en lo que constituye el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Descripción del CMBD

El fin fundamental de esta fuente es la armonización de la información en el marco europeo. Viene definida como el «núcleo de información hospitalaria con el conjunto de ítems más corrientemente disponible» y su objetivo es «proporcionar los datos requeridos entre grupos comunes de usuarios» que eran utilizados en los hospitales europeos ². El CMBD europeo está constituido por un núcleo de 14 ítems entre los que se incluyen aspectos sociodemográficos, circunstancias de admisión y alta, diagnósticos y procedimientos diagnósticos y duración de la estancia. Este esquema ha servido de base para la armonización de la información hospitalaria.

¹ BOE: Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 221, de 14 de septiembre de 1984, pp. 26685-26686.

² Rogers, F. H.: *The minimum basic data set for hospital statistics in the EEC*, Luxembourg, 1981, Office for Official Publications of the European Communities.

ria, aunque se ha tendido a adaptarlo a las necesidades concretas de cada país.

A diferencia de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, que para el año 1991 se extendía al 75% de los hospitales establecidos en el territorio nacional y al 10%, aproximadamente, de los enfermos dados de alta ³, el CMBD pretende escrutar todos los enfermos dados de alta en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, como elemento clave del Sistema de Información Asistencial de dichos hospitales y del conjunto del sistema ⁴; sin embargo, hasta el momento, la obligatoriedad de producir esta información sólo se ha establecido para el ámbito del Insalud Gestión Directa.

En 1987 se aprueba un acuerdo para establecer el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria que recoge los siguientes ítems ⁵, en la línea de los aceptados por el National Committee on Vital Statistics and Health Statistics de EE. UU., y con la recomendación de la Commission of the European Communities sobre el European Minimum Basic Data ⁶:

- identificación del hospital según el Catálogo Nacional de Hospitales ⁷;
- identificación del paciente a partir de un número de historia clínica único por paciente en cada hospital;
- fecha de nacimiento;
- sexo;
- código postal de la residencia habitual del paciente;
- fuentes de financiación: Seguridad Social, Corporaciones Locales o Cabildos Insulares, Mutualidades Públicas, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Compañías o En-

³ Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1991*, Madrid, 1994, INE, 286 pp.

⁴ Rivero Cuadrado, A.: «Los sistemas de información hospitalaria. Desarrollo de un proyecto», en MSC: *Jornadas de Gestión y Evaluación de los Costes Hospitalarios*, Hellín, Albacete, 1993, MSC, pp. 525-527.

⁵ Sistema Nacional de Salud: *Propuesta del Consejo Interterritorial para establecer un conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria*, aprobado el 14 de diciembre del 1987 (documento fotocopiado).

⁶ Rivero Cuadrado, A. «Sistema de información basado en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD)», *Papeles Médicos*, 1992, pp. 13-14.

⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo: *Catálogo Nacional de Hospitales. Actualizado al 31 de diciembre de 1992*, Madrid, 1993, MSC, 317 pp.

tidades de Seguro de Accidentes de Tráfico, Particulares (incluye seguro médico libre), Financiación Mixta, Otros;

- fecha de ingreso;
- circunstancias del ingreso: Urgente, Programado;
- diagnóstico principal, definido como el proceso patológico, que tras el estudio pertinente se considera el responsable del ingreso del paciente en el hospital; el sistema de clasificación del diagnóstico principal se basa en la CIE-9-MC ⁸;
- otros diagnósticos: procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso, o que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado; se excluirían los diagnósticos relacionados con un episodio anterior, y que no tienen que ver con el que ha ocasionado la estancia hospitalaria actual; estos diagnósticos están clasificados de acuerdo, asimismo, a la CIE-9-MC;
- procedimientos quirúrgicos y obstétricos, todos aquellos en los que se ha utilizado un quirófano o sala de partos; el sistema de codificación de estos procedimientos se basa en la CIE-9-MC ⁹;
- otros procedimientos, considerando como tales todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e implican un riesgo para el paciente; se establece como sistema de clasificación la CIE-9-MC ;
- fecha de alta;
- circunstancias del alta: destino a domicilio, traslado a hospital, alta voluntaria, exitus;
- identificación del médico responsable del alta.

Sin embargo, las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias en materia de sanidad (Andalucía ¹⁰, Catalu-

⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo: *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9.ª revisión. Modificación Clínica*, vol. 1: *Enfermedades; lista tabular*, Madrid, 1994, MSC, 1158 pp.

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo: *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9.ª revisión. Modificación Clínica*, vol. 3: *Procedimientos: Lista Tabular e Índice Alfabético*, Madrid, 1994, MSC, 519 pp.

¹⁰ Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud: *Resolución 14 de 4 de junio de 1993, de regulación del Informe Clínico de Alta Hospitalaria y del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria*, Sevilla, SAS (documento fotocopiado).

ña ¹¹, Comunidad Valenciana ¹², Galicia ¹³, Navarra ¹⁴ y País Vasco ¹⁵ dictan instrucciones propias para recoger un conjunto mínimo básico de datos para todos los pacientes que, habiendo sido atendidos en los centros sanitarios públicos o privados, hayan producido, al menos, una estancia. Así, si bien todas las Comunidades Autónomas recogen la información básica ¹⁶ ¹⁷, hay algunas que producen información adicional (véase Cuadro D).

De este modo, el CMBD de 1994 para el conjunto de las provincias españolas engloba, en líneas generales, toda la información descrita previamente, además del servicio por el que se realiza el ingreso, exceptuando las provincias catalanas, andaluzas, vascas, Navarra (todas ellas con las competencias sanitarias transferidas) y Salamanca, que omiten esta variable; ello supone que la mitad de las altas hospitalarias del fichero CMBD para el año 1994 no tienen especificado el servicio de ingreso.

¹¹ DOGC: Ordre de 23 de Novembre de 1990, de regulació de l'informe clínic d'alta hospitalaria y el conjunt mínim de dades de l'alta hospitalaria, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1379, de 12 de diciembre de 1990.

¹² DOGV: Orden de 8 de octubre de 1992 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos que se ha de utilizar en la información hospitalaria, *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana*, núm. 1891 de 28 de octubre de 1992, pp. 10661-10664.

¹³ Servicio Galego de Saude. Dirección Xeral de Organización Sanitaria: Orden de 7 de abril de 1993 de la Consellería de Sanidad por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria en la Comunidad Autónoma de Galicia, Santiago de Compostela, SGS (documento fotocopiado).

¹⁴ Servicio Navarro de Salud: *Instrucciones a todos los Centros Hospitalarios del SNS para la elaboración de un Conjunto Mínimo Básico de Datos con base en los Informes Clínicos de Alta de todos los pacientes ingresados en un servicio*, Pamplona, Dirección General del SNS, mayo de 1994 (documento fotocopiado).

¹⁵ BOPV: Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria y se crea el registro de Altas Hospitalarias de Euskadi, *Boletín Oficial del País Vasco*, núm. 234, de 1 de diciembre de 1992, pp. 10644-10649.

¹⁶ Sistema Nacional de Salud: *Propuesta del Consejo Interterritorial para establecer un conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria*, aprobado el 14 de diciembre del 1987 (documento fotocopiado).

¹⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud. *Resolución por la que todos los centros hospitalarios propios y administrados por el INSALUD Gestión Directa quedan obligados al registro y codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados*, Madrid, SGSNS, enero de 1992 (documento fotocopiado).

CUADRO I
 ITEMS DE OBLIGADA CUMPLIMENTACIÓN EN EL CMBD
 EN CADA ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL

ITEMS	Consejo Interterrito- rial pleno 14-XII-1987	Cataluña Orden 23-XI-1990	Insalud Gestión directa Resolución 24-I-1992	Comunidad Valenciana Orden 8-XI-1992	País Vasco Decreto 3-XI-1993	Galicia Orden 7-IV-1993	Andalucía Resolución 4-VI-1993	Navarra Instrucción 27-V-1994
1.1. Identificación del hospital mediante código de centro	X	X	X	X	X	X	X	X
- Núm. Registro de ingreso ..					X			X
- Núm. caso								
1.2. Identificación del paciente por núm. historia clínica	X	X	X	X	X	X	X	X
- Núm. asistencia o núm. in- greso correlativo para cada año		X		X			X	
1.3. Fecha de nacimiento	X	X	X	X	X	X	X	X
1.4. Sexo	X	X	X	X	X	X	X	X
1.5. Lugar de residencia habitual	X	X	X	X	X	X	X	X
1.6. Ocupación					X			
1.7. Financiación	X	X	X	X	X	X	X	X
1.8. Fecha de ingreso	X	X	X	X	X	X	X	X
- Servicio de ingreso				X				
1.9. Circunstancias del ingreso	X	X	X	X	X	X	X	X
1.10. Diagnóstico principal	X	X	X	X	X	X	X	X
1.11. Otros diagnósticos	X	X	X	X	X	X	X	X
1.12. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos	X		X	X	X	X	X	X

CUADRO I (Continuación)
**ITEMS DE OBLIGADA CUMPLIMENTACIÓN EN EL CMBD
 EN CADA ADMINISTRACIÓN TERRITORIAL**

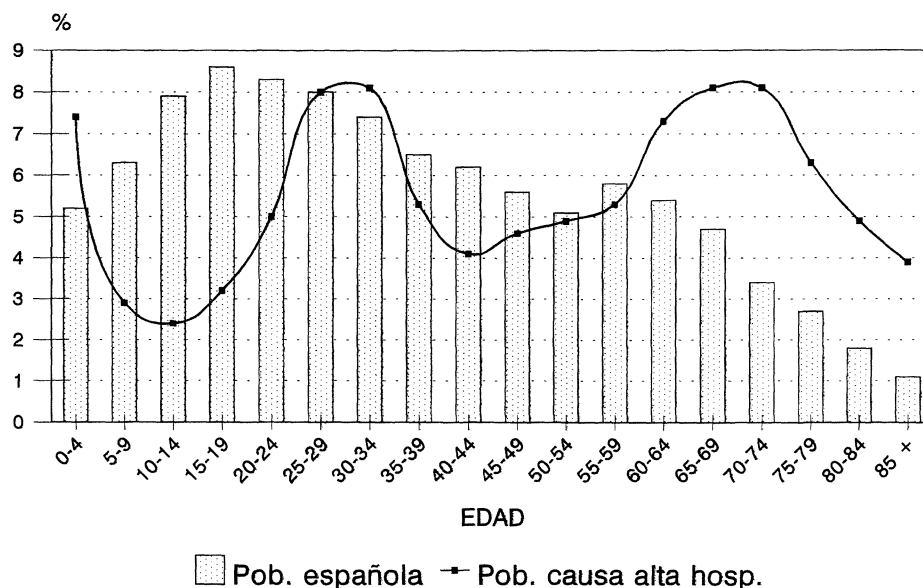
ITEMS	Consejo Interterrito- rial pleno 14-XII-1987	Cataluña Orden 23-XI-1990	Insalud Gestión directa Resolución 24-I-1992	Comunidad Valenciana Orden 8-XI-1992	País Vasco Decreto 3-XI-1993	Galicia Orden 7-IV-1993	Andalucía Resolución 4-VI-1993	Navarra Instrucción 27-V-1994
1.13. Otros procedimientos (diag- nósticos o terapéuticos)	X	X	X	X	X	X	X	X
- Causas externas de la en- fermedad, en su caso		X		X	X		X	X
- Fecha de intervención		X	X	X	X	X	X	X
1.14. Fecha de alta	X	X	X	X	X	X	X	X
1.15. Circunstancias del alta	X	X	X	X	X	X	X	X
- Identificación del centro de traslado, en su caso		X					X	X
1.16. Identificación del médico res- ponsable del alta	X		X					
- Servicio responsable del alta				X	X	X	X	X
- Tiempo de gestación, en su caso		X			X		X	X
- Peso del nacido, en su caso.		X		X	X		X	X
- Sexo del nacido, en su caso.		X		X	X		X	X

FUENTE: (Véanse notas de la 10 a la 17).

Características generales de las altas hospitalarias según el CMBD de 1994

Los primeros resultados del análisis del CMBD para 1994 muestran que más del 30% de las altas causadas en hospital corresponden a personas mayores, que hay más mujeres que varones y que han estado hospitalizados una media de 8,5 días por cada ingreso.

La estructura por edad de la población hospitalizada frente al conjunto de los españoles (Gráfico 1) indica que son las personas de 60 y más años las que hacen uso del hospital en una proporción que duplica, relativamente, los efectivos de esa edad del conjunto del país; otro grupo de importancia son los niños de 0-4 años, así como los adultos jóvenes (25-34 años). Esta situación demuestra, una vez más, la necesidad del uso hospitalario por la población mayor¹⁸, toda



FUENTE: C.M.B.D. 1994, y Censo Población 1991.

FIGURA 1.-Estructura de la población que causa alta hospitalaria frente a la población en España.

¹⁸ Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Rodríguez Rodríguez, V.; Rojo Pérez, F., y Barrios Álvarez, L.: *La utilización de los servicios sanitarios a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1993*, Madrid, 1995, Investigación encargada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 74 p. + anexos (mecanografiado).

vez que a esa edad se ha constatado un fuerte deterioro de la salud¹⁹; de entre esta población, las altas hospitalarias de los viejos-viejos (75 y más años) llegan a multiplicarse por 3 en relación a la población española de esa edad.

En cuanto al grupo infantil, casi la mitad de los niños entre 0-4 años que han causado alta hospitalaria corresponde a aquéllos que todavía no han cumplido un año de vida, y de ellos también la mitad tienen diagnosticadas *enfermedades con origen en el periodo perinatal* (bien sea como diagnóstico principal o como otros diagnósticos).

El tercer grupo en importancia, esto es las altas hospitalarias de los adultos jóvenes, podría explicarse por un pico en el diagnóstico denominado *complicaciones del embarazo, parto y puerperio*, pues de las personas dadas de alta entre las edades 25-34 años, la mitad están englobadas en ese diagnóstico.

Por otro lado, habría que plantearse cuál es el diagnóstico principal de la población que ha causado alta hospitalaria en 1994. Con valores que superan el 10% de las altas se relacionan, por este orden, las *complicaciones del embarazo, parto y puerperio*, las *enfermedades del aparato digestivo* y las *enfermedades del sistema circulatorio*; en menor proporción se incluyen las *enfermedades del aparato respiratorio*, las *lesiones y envenenamientos*, las *neoplasias* y las *enfermedades del aparato genitourinario*.

Conclusiones

El CMBD de 1994 contiene 2.535.471 altas hospitalarias (de las que se han excluido 1389 por carecer de información sobre diagnósticos), alcanza al 32% de los hospitales del país, de los que el 93% están financiados por la Seguridad Social, lo que demuestra que, hasta el momento, es una información de carácter obligatorio para los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Lo deseable sería hacerlo extensible a todos los hospitales, independientemente de la dependencia patrimonial (persona física o jurídica propietaria, al menos, del

¹⁹ Abellán García, A.; Fernández-Mayoralas Fernández, G.; Rodríguez Rodríguez, V., y Rojo Pérez, F.: «El envejecimiento de la población española y sus características socio-sanitarias», *Estudios Geográficos*, vol. LI, núm. 199-200, 1990, pp. 241-257.

inmueble ocupado por el centro sanitario) o de la dependencia funcional (persona física o jurídica que gestiona el centro).

Esta fuente contiene todavía errores de mecanización, lo que no invalida su uso, pues tan sólo la variable servicio de ingreso es la que acumula mayor porcentaje de fallos.

La importancia de esta fuente radica en que permite obtener un conocimiento detallado de la utilización hospitalaria por áreas geográficas o el área de influencia de los hospitales (y ya no sólo a nivel provincial como acontecía con la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE), la morbilidad según las características demográficas de los pacientes que han causado alta (sexo y edad), determinar los diagnósticos y el tipo de pacientes que causan estancias más largas y, por tanto, suponen un mayor coste hospitalario, analizar las combinaciones existentes entre el diagnóstico principal y los diagnósticos asociados, y entre el diagnóstico principal y el tipo de ingreso (urgente, programado), e informar sobre el tipo de financiación y distribución de los recursos sanitarios.

Fermina ROJO PÉREZ
y Gloria FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ
Instituto de Economía y Geografía CSIC, Madrid

REDIAL. REVISTA EUROPEA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOBRE AMÉRICA LATINA

*Red Europea de Información y Documentación
sobre América Latina. París, 1992*

REDIAL (Red Europea de Información y Documentación sobre América Latina) es un grupo de trabajo en el que participan centros de investigación, ONGs, bibliotecas y centros de documentación europeos cuyo objetivo es dar a conocer a la comunidad científica fuentes y producción documental relativos a América Latina en el campo de las ciencias sociales. Este grupo, cuyo germen estuvo en el 46.º Congreso de Americanistas celebrado en Amsterdam en 1988 (en el que