

DISPOSICIONES GENERALES

DEPARTAMENTO DE SALUD

4572

ORDEN de 13 de octubre de 2015, del Consejero de Salud, por la que se incorporan nuevas variables al conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y se establece el calendario de su incorporación a las actividades de Atención Sanitaria Especializada.

El Decreto 272/1986, de 26 de noviembre, por el que se establece y regula el uso de la historia clínica en los centros hospitalarios, estableció para todos los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Euskadi la obligatoriedad de elaborar una historia clínica para toda persona enferma hospitalizada y para toda persona enferma asistida en consulta externa y/o sujeta a tratamiento ambulatorio periódico en un hospital, estableciendo, además, que dicha historia clínica debía contener cuantos contactos mantenga el o la paciente con el centro a lo largo del tiempo.

El 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, centró su objeto en la regulación del denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (en adelante, CMBD) como registro de información que toma su base en la historia clínica, formando un núcleo estandarizado de datos, al objeto inmediato de configurar un sistema de información sanitaria comunitario, en desarrollo y aplicación de lo preceptuado en el artículo del Decreto 272/1986, de 26 de noviembre, citado.

Así las cosas la Orden de 3 de septiembre de 2010, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se incorporan nuevas variables al conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria, en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 303/1992, de 3 de noviembre, citado, establece la obligación de todos los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, a garantizar la elaboración del CMBD para todas y todos aquellos pacientes que hayan sido dados de alta, así como su posterior comunicación al Registro de Altas Hospitalarias.

Por su parte, el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica (que deroga expresamente el Decreto 272/1986, de 26 de noviembre, por el que se establece y regula el uso de la historia clínica en los centros hospitalarios), incide, en su preámbulo, en el hecho de que la normativa de esta comunidad autónoma, parte de la cual se ha citado, estuvo orientada hacia la historia clínica hospitalaria y no se contaba con una normativa propia que desarrollase la correspondiente consideración de la historia clínica en otros niveles o modalidades de asistencia sanitaria. Así, dicho decreto redefine la historia clínica como «el conjunto de documentos y registros informáticos que deberá contener de forma clara y concisa los datos, las valoraciones e informaciones generados en cada uno de los procesos asistenciales a que se somete un o una paciente y en los que se recoge el estado de salud, la atención recibida y la evolución clínica de la persona».

A nivel estatal, el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el registro de actividad de atención sanitaria especializada, publicado en el Boletín Oficial del Estado núm. 35, de 10 de febrero de 2015, crea y regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada y, tomando como base el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), establece su estructura y contenidos. Por el mismo se fija: a) la información a registrar; b) los tipos de atención

sanitaria de los que se guarda y comunica esa información; c) los centros sanitarios a los que afecta esta normativa.

Este real decreto tiene carácter de legislación básica, en virtud de lo señalado en su disposición final primera. Su disposición adicional cuarta establece, además, que de cara al plazo de inicio del registro que regula, las comunidades autónomas y, en su caso, los centros sanitarios iniciarán la recogida de datos del registro de acuerdo con lo dispuesto en el real decreto en los plazos allí establecidos, que van desde el 1 de enero de 2016, hasta el 1 de enero de 2020.

Para ello, es necesaria la elaboración del instrumento normativo por el que se adapte el registro de la CAE a la estructura del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, establecido en el Real Decreto 69/2015, citado.

Aunque el citado real decreto no hace mención a las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior se reconoce en sus respectivos estatutos a diversas comunidades autónomas, en el caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi se positivizan en el artículo 18.1 del Estatuto de Autonomía del País Vasco, de la cual es fruto la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Como señala el artículo 4.1 del Decreto 195/2013, de 9 de abril, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud, corresponde al Consejero de Salud el ejercicio de las competencias establecidas en los artículos 26 y 28 de la Ley 7/1981, de 30 de junio, de Gobierno y cuantas le atribuya la legislación vigente en el ámbito de las funciones y áreas de actuación que corresponden al Departamento de Salud, entre las que se encuentra la facultad de dictar disposiciones administrativas generales en ejercicio de la potestad reglamentaria que le reconoce la citada Ley de Gobierno.

El vigente 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, faculta al Consejero de Salud «para dictar las disposiciones precisas para la adaptación de las variables que han de constar en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria a los requerimientos que establezcan los Sistemas de Información supracomunitarios» (Disposición final 2.^a). De la misma manera, corresponde al Consejero de Salud el desarrollo normativo de las previsiones contenidas en el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, citado.

En su virtud,

DISPONGO:

Artículo 1.— Finalidad.

La finalidad de la presente Orden es incorporar las nuevas variables que deben formar parte del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria bajo la denominación de Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Especializada de Euskadi (en adelante, CMBD-AE) y definir el calendario de incorporación de las mismas en función de la tipología de los centros sanitarios y del tipo de atención especializada realizada.

Artículo 2.— Definiciones.

A los efectos de la presente norma se definen las siguientes modalidades de atención asistencial:

a) Hospitalización: es la atención realizada tras el ingreso de una o un paciente en una cama de hospitalización. Los contactos de hospitalización se computarán al alta hospitalaria.

b) Cirugía ambulatoria: se considerarán como tal las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no necesitan ingreso hospitalario y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas de la intervención. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría y de acuerdo con los criterios del Manual de definiciones de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada todas las intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas en quirófano.

c) Hospitalización a domicilio: es la atención realizada en el domicilio del o de la paciente por parte de los servicios de atención especializada.

d) Hospital de día médico: es la atención realizada, sin ingreso hospitalario, que incluye específicamente tratamientos médicos destinados a pacientes que requieren especial atención médica o de enfermería de forma continuada durante varias horas (incluye la quimioterapia para pacientes oncológicos u oncológicas y hematológicas o hematológicas cuando se preste en régimen de hospital de día), con independencia de la naturaleza de la finalidad y destino tras la misma (domicilio, traslado, hospitalización, etc.).

e) Urgencia: esta modalidad incluirá exclusivamente los contactos que se produzcan en los servicios de urgencias hospitalarios.

f) Procedimiento ambulatorio de especial complejidad: los procedimientos y actividades realizados en servicios y gabinetes específicos cuya ejecución supone un alto consumo de recursos sanitarios o que requieren cuidados en su preparación o en las horas posteriores a su realización. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría los estudios de hemodinámica, radiología intervencionista, broncoscopia, colonoscopia, colangiopancreatografía retrógrada, técnicas de imagen invasivas, hemodiálisis, litotricia renal extracorpórea, PET, PET-TAC, radiocirugía y radioterapia estereotáxica.

Artículo 3.– Ámbito de aplicación.

1.– Todos los centros hospitalarios y los centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada radicados en la Comunidad Autónoma de Euskadi, tanto públicos como privados, quedan obligados a registrar el CMBD-AE de las modalidades que se señalan en esta norma.

2.– En el CMBD-AE deberán ser registrados tanto los episodios de hospitalización convencional, como las modalidades asistenciales de cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio, hospital de día médico, urgencias y procedimientos ambulatorios de especial complejidad.

3.– Con carácter general, la unidad de registro es el contacto, definido como la atención sanitaria prestada bajo la misma modalidad asistencial y de forma ininterrumpida por un proveedor sanitario a una o un paciente.

Artículo 4.– Tipología de contactos.

Los tipos de contacto a incluir en el registro, en función de la modalidad asistencial, son:

1.– Hospitalización. No se incluirán los episodios de hospitalización con una estancia inferior a veinticuatro (24) horas, excepto los casos que el motivo del alta del episodio sea de fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

Quedan excluidas de esta modalidad las sesiones de diálisis, las sesiones en hospital de día, la atención en las camas de observación en urgencias, así como la permanencia en el hospital de las y los recién nacidos sanos y el resto de contactos de otras modalidades asistenciales.

2.– Cirugía ambulatoria. En el caso de que la o el paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario durante más de veinticuatro horas se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (campo Procedencia) «cirugía ambulatoria». Sin embargo, cuando el ingreso en el hospital sea motivado por una complicación se deberá registrar como episodio independiente, haciendo constar como diagnóstico principal dicha complicación.

3.– Hospitalización a domicilio. Se considerará el episodio desde su fecha de indicación (ingreso bajo esta modalidad) hasta la fecha de finalización de la misma bajo esta modalidad (alta en esta modalidad), con independencia de su servicio de procedencia, del número de visitas realizadas en el domicilio y de su destino tras el alta. Los contactos que durante el episodio de hospitalización a domicilio se produzcan con otras modalidades asistenciales ambulatorias se considerarán incluidos en el mismo episodio siempre que deriven del proceso que motivó dicho contacto. En el caso de que el paciente precisara ingresar en un centro hospitalario cursará alta en la modalidad asistencial de hospitalización a domicilio.

4.– Hospital de día médico. En el caso de que el o la paciente haya permanecido en el centro sanitario durante más de veinticuatro (24) horas desde el inicio del contacto se considerará como episodio de «hospitalización». En este caso se registrará como solicitante del contacto «hospital de día médico», excepto cuando el ingreso en el hospital sea motivado por una complicación, en cuyo caso se deberá registrar como episodio independiente constandingo como diagnóstico principal dicha complicación.

5.– Urgencia. Se registrarán todos los contactos de pacientes cualquiera que sea su procedencia y finalidad, con independencia del tiempo de permanencia, que se fijará entre la hora de llegada y hora de salida del o de la paciente. Se excluyen las urgencias atendidas de pacientes ingresados o ingresadas en una cama de hospitalización.

En el caso de que en el curso de la atención en urgencias el o la paciente deba ser ingresado en una cama de hospitalización, en el mismo u otro centro sanitario, la orden de ingreso conllevará el alta del contacto de urgencias, y apertura de un contacto de hospitalización, siempre que permanezca ingresado o ingresada más de veinticuatro horas. Se identificará a «urgencias» como solicitante del contacto de episodio de «hospitalización» (campo Procedencia), considerándose como fecha y hora de inicio del contacto las del ingreso en la cama de hospitalización.

6.– Procedimiento ambulatorio de especial complejidad. Se registrarán los procedimientos realizados a pacientes de forma ambulatoria y siempre y cuando el contacto con el centro sanitario haya sido motivado exclusivamente para la realización del procedimiento. Se excluyen, por tanto, los procedimientos realizados a pacientes en el curso de ingresos de hospitalización, o durante los contactos en el resto de modalidades asistenciales.

En el caso de que el o la paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario durante más de veinticuatro horas se considerará como episodio de «hospitalización», identificándose como solicitante del contacto (campo Procedencia) «procedimiento ambulatorio de especial complejidad». No obstante, cuando el ingreso en el hospital sea motivado por una complicación se deberá registrar como episodio independiente, haciendo constar dicha complicación como diagnóstico principal.

Artículo 5.– Contenido del CMBD-AE.

Los datos que integraran el registro CMBD-AE son las siguientes:

a) Variables del centro sanitario:

1) Centro sanitario.

b) Variables de identificación del o de la paciente:

- 2) Tarjeta Sanitaria Individual (TIS).
- 3) Código de Identificación Corporativo.
- 4) DNI/NIE.
- 5) Tarjeta Sanitaria Europea.
- 6) Pasaporte.
- 7) Fecha de nacimiento.
- 8) País de nacimiento.
- 9) N.º de Historia Clínica.
- 10) Sexo.

c) Dirección del o de la paciente:

11) Domicilio habitual del o de la paciente:

- 11.a.– Provincia.
- 11.b.– Municipio.
- 11.c.– Entidad.
- 11.d.– Domicilio habitual (vía y número).
- 12) Código postal del domicilio habitual del o de la paciente.

d) Variables del contacto:

- 13) Tipo de contacto.
- 14) Régimen de financiación.
- 15) Tipo de visita.

16) Procedencia. Variable que hace referencia al dispositivo, servicio sanitario o entidad que solicita el contacto.

17) Circunstancias de la atención. Referidas a si el contacto había sido planificado y previsto con anterioridad al momento de su realización.

e) Variables del ingreso:

- 18) Fecha y hora de la orden de ingreso.
- 19) Fecha y hora de inicio de la atención.
- 20) Servicio y sección de ingreso.

f) Variables del proceso asistencial:

- 21) Diagnóstico principal.
- 22) Marcador POA del diagnóstico principal.

- 23) Diagnósticos secundarios.
- 24) Marcador POA de los diagnósticos secundarios.
- 25) Códigos de morfología de las neoplasias.
- 26) Causa externa de morbilidad (anteriormente código E).
- 27) Primer procedimiento quirúrgico u obstétrico realizado en el centro de ingreso.
- 28) Fecha y hora del primer procedimiento quirúrgico u obstétrico.
- 29) Otros procedimientos realizados en el centro.
- 30) Fecha y hora de los otros procedimientos.
- 31) Procedimientos realizados en otros centros.
- 32) Peso y sexo del recién nacido.
- 33) Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.
- 34) Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos.
- g) Variables de alta:
 - 35) Fecha y hora de finalización de la atención.
 - 36) Tipo de alta.
 - 37) Destino tras el contacto/Circunstancia del alta.
 - 38) Hospital de traslado.
 - 39) Dispositivo de continuidad asistencial.
 - 40) Servicio responsable de la atención: correspondiente al servicio o sección que realiza la orden de alta.

Artículo 6.– Manual de procedimiento.

La Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Salud, elaborará un Manual Técnico del CMBD-AE, en euskara y castellano, en el que se recogerá:

- a) La exigibilidad de las variables, considerando los diferentes tipos de contacto y las distintas categorías de centro sanitario.
- b) Las definiciones, clasificaciones y sistemas de codificación concernientes a las variables señaladas.
- c) Formato y soporte de los datos.
- d) La periodicidad con la que los centros sanitarios deban remitir la información al registro y las normas para su remisión.
- e) Las medidas establecidas para garantizar la seguridad de los datos en los procesos de remisión de datos al registro.
- f) Cualquier otro aspecto técnico necesario para la correcta recogida y transferencia de la información

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas a la entrada en vigor de la presente Orden cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la misma y, en particular la Orden de 3 de septiembre de 2010, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se incorporan nuevas variables al conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria.

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA.– Calendario de implantación del CMDB-AE.

Los centros sanitarios incluidos en la relación de categorías que se contiene en el anexo a esta orden iniciarán la recogida de la información relativa al CMDB-AE, para su traslado al Registro correspondiente de acuerdo al siguiente calendario:

Tipo de contacto	Tipo de Centro Sanitario (Categorías REGCESS ¹)	Dependencia	Fecha de inicio
Hospitalización. Cirugía Ambulatoria.	Hospitales de Agudos (Categorías C1.1, C1.2)	Centros públicos y privados	1 de enero de 2016
Hospitalización.	Resto de hospitales (Categorías C1.3, C1.4)	Centros públicos y privados	1 de enero de 2017
Hospitalización a domicilio. Hospital de día médico. Urgencias. Procedimientos ambulatorios de alta complejidad.	Hospitales de Agudos (Categorías C1.1 a C1.2)	Centros Públicos	1 de enero de 2018
Cirugía Ambulatoria. Hospital de día médico. Procedimientos ambulatorios de alta complejidad.	Centros Ambulatorios Especializados (Categorías C2.5)	Centros Públicos	1 de enero de 2019
Hospitalización a domicilio. Hospital de día médico. Urgencias. Procedimientos ambulatorios de alta complejidad.	Hospitales de Agudos (Categorías C1.1 y C1.2)	Centros Privados	1 de enero de 2020
Cirugía Ambulatoria. Hospital de día médico. Procedimientos ambulatorios de alta complejidad.	Centros Ambulatorios Especializados (Categorías C2.5)	Centros Privados	1 de enero de 2020
¹ Relación de categorías de Centros y Establecimientos Sanitarios (ver anexo)			

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

En Vitoria-Gasteiz, a 13 de octubre de 2015.

El Consejero de Salud,
JON DARPÓN SIERRA.

ANEXO

RELACIÓN DE CATEGORÍAS DE CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

CENTROS SANITARIOS

- C.1 Hospitales (centros con internamiento).
 - C.1.1 Hospitales generales.
 - C.1.2 Hospitales especializados.
 - C.1.3 Hospitales de media y larga estancia.
 - C.1.4 Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.
 - C.1.90 Otros centros con internamiento.
- C.2 Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento.
 - C.2.5 Centros Especializados.
 - C.2.5.1 Clínicas dentales.
 - C.2.5.2 Centros de reproducción humana asistida.
 - C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo.
 - C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria.
 - C.2.5.5 Centros de diálisis.
 - C.2.5.6 Centros de diagnóstico.
 - C.2.5.7 Centros móviles de asistencia sanitaria.
 - C.2.5.8 Centros de transfusión.
 - C.2.5.9 Bancos de tejidos.
 - C.2.5.10 Centros de reconocimiento.
 - C.2.5.11 Centros de salud mental.
 - C.2.5.90 Otros centros especializados.