**Consideraciones de la FADSP sobre el RD 69/2015, que regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.**

Este decreto modifica el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), es decir los datos administrativos y clínicos de la Asistencia Especializada, que se registran y codifican para su explotación para, según se afirma, “favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de los resultados en salud”

El CMBD anterior había sido cuestionado, dentro de la FADSP y en otros foros, ya que se había implantado en la sanidad de EEUU en los años 70 para calcular el coste por proceso y facilitar su facturación, no para evaluar la calidad asistencial. Según los gestores, el CMBD considera al paciente como producto hospitalario, que tras la actuación de determinados elementos (personal, equipamiento, quirófano…) y unos productos intermedios (radiografía, análisis, cirugía…) obtiene un producto final (varón con cáncer de próstata, mujer con infarto de miocardio, joven con depresión…) De esta forma, aunque el CMBD permitió homogenizar el registro dentro del sistema, era una herramienta de gestión empresarial que adolecía de graves carencias a la hora de valorar la calidad de la asistencia.

El nuevo CMBD tiene algunas ventajas pero no aporta soluciones a la mayoría de los problemas:

- El CMBD previo medía la complejidad de los hospitales pero no su calidad, ya que no diferenciaba claramente los hospitales que prestaban una buena atención a los enfermos pluripatológicos y de mayor gravedad, es decir, centros con alta calidad asistencial, de los hospitales con altas tasas de complicaciones en pacientes menos graves y de baja calidad. El nuevo CMBD introduce los marcadores POA1 y POA2, para tratar de diferenciar los diagnósticos preexistentes de los eventos o efectos adversos ocurridos durante la hospitalización, en base a los criterios de una Guía aún no publicada. Es un avance, aunque parece insuficiente para transformar el CMBD en una buena herramienta de evaluación de la calidad hospitalaria.

- El nuevo CMBD permite el registro de los nuevos procedimientos que se han ido implantando como la Cirugía Mayor Ambulatoria y la actividad desarrollada en hospitalización a domicilio y hospitales de día. Sin embargo, lo mismo que ocurría con el registro previo, prioriza los datos administrativos sobre los clínicos, con 9 variables de identificación del paciente y 15 de identificación del episodio frente a 7 variables clínicas. Además, no contempla la codificación de los antecedentes personales de interés (tabaquismo, masa corporal, radiaciones ionizantes, nuevas vacunas o antecedentes laborales de riesgo) datos necesarios para la realización de estudios epidemiológicos que permitan relacionar estilos de vida y actuaciones sanitarias con la carga de enfermedad de la población y el incremento de las patologías emergentes.

-El objetivo esencial del nuevo CMBD es el “Open Data”, denominado petróleo del siglo XXI, cuya obtención es uno de los objetivos esenciales de las multinacionales que han parasitado el sector. Esto conlleva la desprotección y la posible utilización desleal de los datos genéticos y clínicos de la población española, de acceso cada vez más libre a las aseguradoras privadas con la disculpa de su responsabilidad en la atención sanitaria. Es decir, el gobierno privatiza y las empresas ya tienen la disculpa perfecta para el acceso libre a los datos sanitarios.

-Sin embargo el nuevo CMBD no contempla la autoevaluación continuada de los profesionales del SNS mediante la codificación y explotación de los datos de sus propios pacientes, facilitando la investigación en cada servicio de salud. Sorprende la facilidad con la que el gobierno cede los datos más sensibles de la población a multinacionales y fondos de inversión mientras dificulta el acceso y la explotación de esos mismos datos a los profesionales de los Servicio Públicos de Salud.

-La implantación de un único sistema de información para centros públicos y privados sirve para facilitar la facturación intercentros y la comparación y competencia entre los mismos dentro del mercado sanitario, con graves consecuencias para el SNS. Debemos tener en cuenta que la gestión de la historia clínica electrónica, los teléfonos informativos y de cita previa, la docencia a los profesionales, las guías de práctica clínica y la investigación sanitaria, están controladas o influenciadas por la industria privada, así como las consultoras que certifican la “excelencia” de los hospitales y elaboran los ranking de calidad y TOP20, como EFQM e IASIST.

En este contexto, el benchmarking confirmará sin duda la mayor eficiencia del sistema privado, dada la información asimétrica, la selección de casuística y el control de las cúpulas de las sociedades médicas más relevantes y de los grandes medios de comunicación sanitaria, transformando el nuevo sistema de información compartido público-privado en una nueva herramienta privatizadora y demonizadora del sistema sanitario público, sin que por otro lado sirva para lo esencial, evaluar nuestro sistema, conocer los efectos adversos de nuestras actuaciones para seleccionar las mejores prácticas, y potenciar la docencia y la investigación dentro del SNS.

**Desde la FADSP consideramos que el nuevo sistema de registro de actividad de la atención sanitaria especializada:**

Debe ser transparente, participativo y de gestión pública, cediendo a los hospitales concertados únicamente la información necesaria para la atención de cada paciente, con su consentimiento previo, impidiendo la desprotección de los datos clínicos y el acceso libre a empresas y aseguradoras privadas.

Debe distanciarse del CMBD, pensado para la gestión administrativa y financiera y centrada en procesos delimitados, donde el paciente entra, se somete a pruebas, y sale con determinado diagnóstico y tratamiento, el tipo de asistencia ansiada por la industria y la sanidad privada, ya que potencia la medicalización y la sobreutilización tecnológica y dificulta la sostenibilidad presente y futura del SNS.

El nuevo sistema de información no debe estar pensado para competir sino para evaluar e incrementar la calidad de los servicios sanitarios de todas las CCAA, con la imprescindible colaboración de sus profesionales y el objetivo prioritario de mejorar los resultados en salud de la población, desde los hábitos de vida hasta la rehabilitación e reinserción a sus vidas en las mejores condiciones posibles.

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública***

***20 de Febrero de 2015***