

**BASES PER A LA CENTRAL DE RESULTATS I
GARANTIES DEL SECTOR HOSPITALARI DE
CATALUNYA**

Boi Ruiz Garcia

TESI DOCTORAL

Universitat de Barcelona

Facultat de Medicina

Departament de Salut Pública

Programa de doctorat: Salut Pública

Bienni 2001-2003

Director: Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián

A mis padres por dejarme en herencia el valor del trabajo.

A Viky por todo.

*El pessimista es queixa del vent
l'optimista espera que canviï
el realista ajusta les veles*

W.G. Ward.
Teòleg anglès del segle XIX

AGRAÏMENTS

És a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, i en els cursos de postgrau dirigits pel Professor Miguel Ángel Asenjo, on vaig aprendre que la feina dels metges i la dels hospitals on aquests treballen, es pot mesurar i per tant avaluar i comparar. La convicció sorgida d'aquest aprenentatge i de l'accessibilitat al Professor Asenjo, que al llarg del temps he tingut, assistir a cursos i conferències, llegir els seus articles i llibres, m'ha impulsat a intentar fer un treball de recerca que permetés, des d'una visió més acadèmica, aportar una proposta integrada d'indicadors, procedents de diferents de mesura existents.

Haig de reconèixer que sense l'aportació de Esperança Martí, Roser Maluquer i Pere Monràs a principis dels anys noranta, la inquietud intel·lectual sobre els resultats en el sector sanitari i, en els hospitals en concret, i les analogies amb el món financer, no formarien part dels meus pensaments.

Així mateix les opinions d'Adolf Todó em van servir per concretar les analogies que trobava entre el món sanitari i el món financer, en relació als mecanismes de control i seguretat.

Compartir l'interès amb en Josep Prat i Enric Mangas en la seva responsabilitat com a directors del Servei Català de la Salut, va portar a crear una Comissió de Treball, que gestaria una realitat normativa signada pel conseller Xavier Pomés.

Gràcies al desenvolupament posterior d'aquest Ordre promoguda per Carles Manté des de la Direcció del CatSalut, i l'impuls polític de la consellera Marina Geli, incorporant a l'estratègia del Departament de Salut, el concepte d'orientació als resultats, la transparència i el rendiment de comptes, la Central de Resultats ha guanyat la batalla intel·lectual. Es feia necessari, per tant, contribuir tècnicament amb

un instrument simple, bàsic, possibilista i amb potencial de desenvolupament. Marta Segura, secretària general del Departament, m'ha encoratjat en aquesta línia.

Aquest instrument proposat, i també la seva concepció, no seria possible sense els treballs d'en Rafael Barba, Dolors Heras i Anna Riera, a l'inici de l'any 2000.

L'aportació operativa en els continguts de Carles Loran i Sergi Pedrol, i la col·laboració d'Enric Agustí, Montse Bustins i Xavier Salvador, reforcen el treball.

I com sempre, qui maneja el teler, Ana Carmen, amb l'ajuda de Carmen Ortega, fan possible teixir les idees negre sobre blanc.

Aquest treball, malgrat tot, no tindria ni sentit ni possibilitat d'haver estat realitzat sense el recolzament d'en Feliu Sucarrats, i la seva Junta Directiva, des de la Unió Catalana d'Hospitals.

ÍNDIX

I.	JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS	1
II.	INTRODUCCIÓ	7
II.1.	Per què una Central de Resultats?: motivació	9
II.2.	Amb quina finalitat?: missió i objectius	10
II.3.	Què volem avaluar?: marc conceptual	13
II.4.	Els mecanismes de control en el món financer. Analogies amb el sector sanitari	18
•	La xarxa de seguretat financera (XSF)	18
•	La Central de Balanços del Banc d'Espanya	20
•	La Central d'Informació de Riscos del Banc d'Espanya (CIRBE)	21
•	El sistema de Garantia de Dipòsits	21
a)	Naturalesa jurídica	22
b)	Característiques	22
c)	Finançament	23
d)	Efectes	23
e)	Cobertura	24
II.5.	Analogies entre els mecanismes de control del món financer i les necessitats d' "accountability" del sistema hospitalari català	24
III.	MATERIAL I MÈTODE	27
III.1.	Com ho avaluem?: atributs dels indicadors	29
III.2.	Fonts d'informació i registres	31
•	Central de Balanços del Servei Català de la Salut	31
•	Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)	34
•	Enquesta de satisfacció	36
•	Estadística d'Establiments Sanitaris amb Règim d'Internat (EESRI)	39
•	Registres de llistes d'espera	41
•	Legislació d'aplicació	45
III.3.	Proposta genèrica d'indicadors	51
•	Accessibilitat a l'hospital	52
•	Qualitat assistencial	53
•	Solvència econòmicofinancera	53
•	Satisfacció de l'usuari	54
•	Funcionament	54
IV.	RESULTATS	57
IV.1.	Indicadors d'accessibilitat²²⁻²⁵	59
•	Taxa d'hospitalització	59
•	Capacitat de resolució i atracció ¹⁹	62
•	Temps de resolució de la llista d'espera (LLE)	65
•	Capacitat de resolució de la llista d'espera (LLE)	66

• Rati de prioritació de la llista d'espera (LLE)	66
• Rati de resolució dels processos en garantia (LLE)	67
• Adequació de la compra selectiva	68
IV.2. Indicadors bàsics de qualitat assistencial^{18, 19, 23}	70
• Reingressos	70
• Complicacions	72
• Mortalitat intrahospitalària	74
• Taxa de cirurgia major ambulatoria (CMA)	76
• Taxa de cesàries	78
• Massa crítica quirúrgica	80
• Hospitalització evitable ²⁶	82
• Taxa de necròpsies	84
IV.3. Indicadors bàsics de solvència econòmicofinancera²⁸⁻³⁰	84
• Rendibilitat	85
• Sostenibilitat	86
• Productivitat	87
• Finançament	87
IV.4. Indicadors bàsics de la satisfacció dels usuaris¹⁶	88
• Atenció del metge i l'infermera	88
• Tracte i relació amb els professionals	89
• Organització del centre i confort	89
• Informació rebuda	89
• Confiança	90
• Satisfacció general	90
• Temps en llistes d'espera	90
IV.5. Indicadors bàsics d'activitat assistencial²³⁻²⁵	91
• Estada mitjana	91
• Rati primeres visites / succesives	91
• Índex de rotació	92
• Pressió d'urgències	92
• Activitat mèdica ingressada	94
• Rendiments dels quiròfans	96
• Temps mèdic en assistència directa	96
• Actes mèdics per metge	97
• Despesa farmàcia hospitalària	97
• Recursos d'infermeria	98
V. CONCLUSIONS	99
VI. BIBLIOGRAFIA	109

I. JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS

I. JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS

Malgrat els esforços pressupostaris que es realitzen en el marc dels sistemes sanitaris de caràcter universal i gratuït, el cost dels serveis que es presten supera sempre els recursos disponibles. En totes les anàlisis apareixen dues vies de possible solució¹, o bé aïllades o bé compartides, segons el pensament polític que les defensa.

De la primera via, que passa per un increment dels recursos que financin el sistema, tothom discuteix únicament sobre el com i no sobre el què. No serà objecte d'aquest treball tractar sobre aquesta qüestió.

La segona, cercaria millores de gestió, i en un sentit ampli, l'optimització dels recursos disponibles. Aquesta darrera via fa imprescindible instruments de mesura i sempre un referent estàndard.

La posada en marxa d'un instrument d'avaluació, analitzat i proposat des del món acadèmic, pot eliminar debats de vegades massa ideològics, o fins i tot interessats i demagògics, al darrere dels quals sovint s'amaguen simplement ineficiències. Pot servir per fer sentir veritablement responsables a tots els actors del sistema: pacients, professionals, gestors, polítics, etc. La corresponsabilitat és cada cop més necessària en un moment en què l'estat del benestar a nivell europeu està subjecte a un profund debat que porta a parlar permanentment de la seva sostenibilitat.

Finalment, pot ajudar a fer que tothom interioritzi la gestió eficient dels recursos com a un veritable valor social. Massa vegades s'ha demonitzat l'excedent, com si aquest estigués renyit amb el bon servei assistencial, quan tots sabem que molt sovint és al contrari.

En la segona via exposada, com a possible solució a la diferència entre les necessitats assistencials i les disponibilitats econòmiques, que és la de la gestió òptima, la major dificultat es troba en determinar i mesurar quins són els paràmetres de bona o menys bona utilització dels recursos disponibles.

Aquesta tesi vol contribuir a trobar l'instrument bàsic necessari.

En els sistemes sanitaris els centres hospitalaris concentren la part més important de recursos tecnològics i humans i per tant consumeixen la major part dels recursos econòmics².

La funció principal que és l'atenció especialitzada als malalts, es pot determinar en l'espai i el temps, i en referència a un procés concret. Fruit d'aquesta funció concreta, els denominats hospitals d'aguts ofereixen resultats a curt termini objectivables i mesurables, tant sanitaris com econòmics.

La posada en marxa d'un instrument adequat pot resoldre molts aspectes de debat i discussió basats en el principi de la temptació de la innocència entre els diferents grups d'interès que s'hi troben implicats: pacients, professionals i tècnics, gestors, administració i polítics. En el món clínic podem parlar d'un ampli consens entorn a la denominada medicina, basada en l'evidència.

Per altre banda pot relegar a anecdòtica -o no- la titularitat jurídica de les entitats, la seva gestió sota el dret administratiu o el dret privat o el model de relacions laborals. Ha de servir tanmateix per determinar quan la gestió d'una entitat ha de ser intervinguda per garantir la seva continuïtat i l'eficiència, i com el sistema ha de gaudir d'uns recursos finalistes per complir aquesta funció, sense que la seva utilització paradòxicament afavoreixi la ineficiència o els

resultats dolents. Aquest fet ha perpetuat crisis hospitalàries en el temps que ha de suportar tot el sistema, en el seu perjudici i en el dels ciutadans en el seu conjunt.

Per tal d'analitzar instruments i proposar un per al sistema sanitari que embranqui les tres potes necessàries, és a dir, la mesura dels resultats, els recursos necessaris en cas de crisi i el mecanisme d'intervenció, hem pres com a referència el sector financer i els seus sistemes de garanties per establir analogies, que no extrapolacions. Tot i el risc que s'interpreti com una frivolitat, si tres coses hi ha a la vida: salut, diners i amor, com diu la cançó, els ciutadans malalts, principi i fi dels hospitals, han de tenir garanties similars sobre l'atenció que reben com la que tenen sobre els diners que dipositen als bancs i caixes d'estalvi, i respecte com veuen protegides les seves relacions de parella, quan aquestes es trenquen.

Caldrà doncs analitzar els instruments que el sector financer utilitza per oferir les garanties necessàries al titular d'un dipòsit, per veure si és possible conceptualment proposar instruments i nivells de responsabilitat per garantir la sostenibilitat dels centres hospitalaris des de l'eficiència, que vol dir dues coses inseparables: rebre els recursos que són necessaris i utilitzar-los bé.

Aquest treball pretén demostrar que és possible construir l'instrument bàsic que permeti objectivar els resultats obtinguts pels hospitals, utilitzant indicadors homologats per la literatura i sense crear un nou sistema d'informació, simplement fer servir els registres i indicadors existents en el sistema sanitari a Catalunya. Aquest instrument ha de permetre la comparació, la creació d'estàndards i l'establiment dels criteris que determinin mesures cautelars o d'intervenció d'un centre pels seus resultats. La contribució des de la neutralitat del món acadèmic pot ser determinant.

II. INTRODUCCIÓ

II. INTRODUCCIÓ

II.1. Per què una Central de Resultats?: motivació

El sector sanitari ha passat per diferents etapes en el seu desenvolupament. L'època actual es podria definir com la de la mesura i la d'avaluació de resultats. El repte ja no consisteix solament, com en èpoques passades, en augmentar l'activitat o en controlar els costos.

En l'actual context de recursos limitats/demandes il·limitades en el qual la societat no pot assumir el cost de totes les actuacions tecnològicament factibles, el repte consisteix en prioritzar els serveis que es presten i garantir que es realitzen amb eficàcia, efectivitat, eficiència i qualitat i sense posar en perill la continuïtat de l'entitat, i la confiança generada, amb independència de la seva titularitat.

D'altra banda, les fallades que caracteritzen el mercat sanitari (bé públic, externalitats, incertesa, informació asimètrica), juntament amb la manca de competència efectiva entre els proveïdors sanitaris que operen en un entorn planificat per l'Administració que alhora actua de client, fa necessari l'establiment de mecanismes alternatius que proporcionin incentius a tots els agents del sistema per actuar d'acord amb les prioritats acordades i de manera efectiva, eficient i amb qualitat.

En aquest context té un important valor afegit l'existència d'un instrument, al que anomenarem "Central de Resultats"^{1,3}, que permeti mesurar, avaluar i fer transparents els resultats assolits pels diferents centres del sistema, en línia amb els compromisos bàsics que cada un d'ells assumeix i els seus objectius prioritaris d'actuació:

- es fa el què cal fer: d'acord amb les prioritats de salut dels ciutadans.
- es fa el millor ús possible dels recursos disponibles: amb eficàcia, efectivitat i eficiència.
- es fa de manera adequada: amb qualitat.
- és valorant els resultats: incentivació o penalització.

I contribuir així a donar resposta als principis que inspiren el model sanitari català (universalitat de l'assistència, solidaritat, equitat i eficiència en la prestació de serveis i concepció integral i integrada de l'atenció).

La Central de Resultats^{1,3} s'articula com un instrument bàsic per establir, de manera integrada i global, un sistema transparent de mesura i avaluació dels resultats assolits pels diferents proveïdors que integren el sistema sanitari perquè, mitjançant la "competència per comparació" i la "cooperació", actuï com a mecanisme autoregulator que incentivi la introducció de millores per part de tots els agents implicats, des dels ciutadans, l'Administració, les entitats proveïdores i fins i tot els propis professionals i s'anticipi a les situacions de crisi de forma preventiva, o legítimi les actuacions necessàries d'intervenció.

II.2. Amb quina finalitat?: missió i objectius

La Central de Resultats té com a missió³ mesurar, avaluar i fer transparents els resultats del sistema hospitalari català de manera útil i significativa pels diferents agents que hi estant implicats, els

ciutadans, els professionals, les entitats prestadores de serveis i l'Administració, amb l'objectiu de contribuir a:

- la millora de l'eficàcia, l'efectivitat, l'eficiència, l'equitat i la qualitat en l'assignació i la utilització dels recursos disponibles.
- la definició de prioritats d'actuació.
- la presa de decisions de cada organització en línia amb les seves responsabilitats i compromisos bàsics ("accountability").

La finalitat³ de la Central de Resultats és la de ser un instrument que mitjançant la mesura, l'avaluació i la transparència, proporcioni incentius als diferents agents del sistema per millorar els resultats en els seus àmbits clau de responsabilitat i, consegüentment, els del sistema sanitari català en el seu conjunt. Per assolir aquesta finalitat, la visió per als diferents agents del sistema ha de ser:

- quant als ciutadans: rebre l'atenció sanitària amb seguretat i confiança, així com disposar d'un millor coneixement del sistema que li permeti incrementar la seva capacitat d'elecció per a una millor utilització dels recursos.
- quant a les entitats prestadores de serveis: poder comparar els resultats que s'assoleixin, identificar i compartir les millors pràctiques ("benchmarking") i buscar oportunitats de millora i de cooperació entre institucions, eliminant les situacions o resultats no acceptables, anticipant-se a les situacions de crisis.

- quant als professionals: ser una font d'informació agregada per a treballs de recerca, d'utilització dels serveis i d'anàlisi econòmica a l'abast dels clínics, que els hi permeti millorar la gestió de l'aplicació del coneixement clínic.
- quant a l'Administració: permetre rendir comptes a la societat dels resultats de la política de salut i de serveis, tot divulgant informació sobre el funcionament, l'organització i els resultats del sistema de manera habitual i periòdica i amb la finalitat última de contribuir a la millora de l'assignació equitativa dels recursos, a l'estabilitat del sistema i a la sostenibilitat de les entitats.

Les dificultats per establir mesures objectives de resultats en el sector sanitari són múltiples:

- el producte sanitari és multidimensional, la qual cosa fa que sigui difícil de mesurar.
- no existeixen dades homogènies i estàndards de totes les dimensions.
- és necessari dissenyar un mètode que permeti avaluar les diferents dimensions amb un cert equilibri entre elles.

Tanmateix, a Catalunya ja existeix una certa tradició de mesura i transparència de la informació mitjançant el desplegament d'instruments com la Central de Balanços o el registre de l'activitat hospitalària de manera estàndard (CMBD-HA), que constitueixen

bases sobre les que desplegar aquesta nova eina, més ambiciosa, basada en l'avaluació i comparació dels resultats de tots els agents del sistema, sobre bases objectives, començant pels centres hospitalaris de la XHUP.

La Central de Resultats cal contemplar-la en un procés evolutiu de transparència del sistema sanitari. En una primera fase, la seva informació serà modesta, però en la mesura que tots els agents del sistema hi confiïn, podrà ampliar la informació que faciliti.

II.3. Què volem avaluar?: marc conceptual

La manera com es mesurin i avaluïn els resultats influirà en com responen els agents del sistema³. Per tant, la Central de Resultats ha d'actuar com a instrument que, mitjançant la mesura i l'avaluació transparent, proporcioni incentius de millora als diferents agents del sistema, un pas previ fonamental és definir quins han de ser els àmbits prioritaris de mesura i d'avaluació. En altres paraules, el mecanisme que es defineixi de mesura i d'avaluació ha de ser coherent amb els objectius que es vulguin assolir.

Tots els agents implicats en el funcionament del sistema sanitari, els ciutadans, les entitats de serveis sanitaris, els professionals i la pròpia Administració, tenen un rol dins del sistema, sobre els quals ha de rendir comptes.

La Central de Resultats ha de proporcionar la informació als diferents agents del sistema sobre com s'estan donant resposta a aquests compromisos i demandes que cada un d'ells té vers la resta d'agents implicats, tal i com s'il·lustra en l'esquema dels quadres II.3.1, II.3.2 i II.3.3.

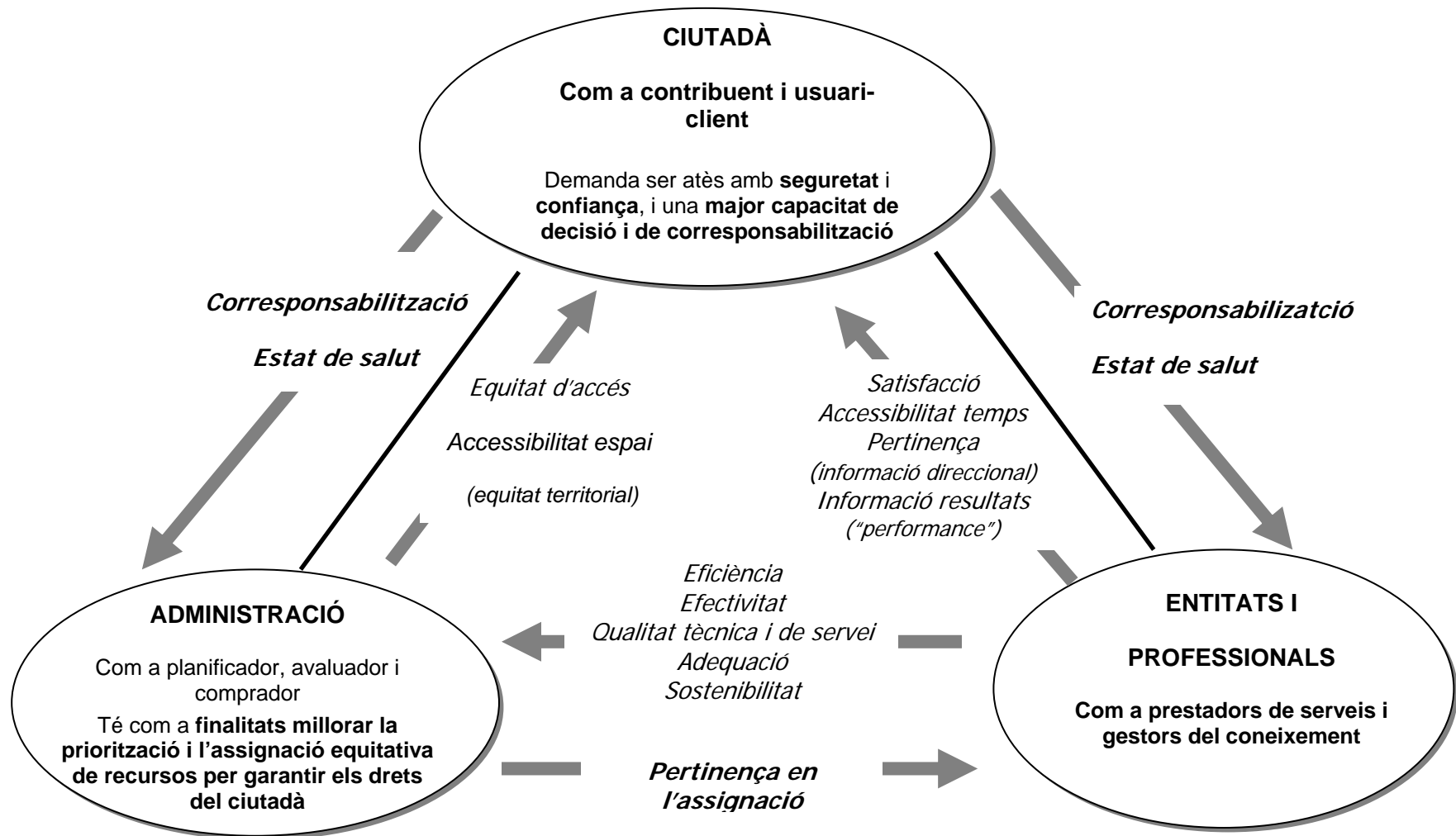
En altres paraules, la Central de Resultats ha de ser com un baròmetre que proporcioni en cada moment indicacions de en quina mesura els diferents agents que actuen en el sistema estan complint amb la seva part del compromís, per tal que tots ells puguin orientar les seves decisions d'acord amb aquesta informació i, conseqüentment, incentivar la introducció de millores⁴.

Aquest instrument, lluny dels interessos de tots els agents, ha de trobar en el món acadèmic el seu aval.

Quadre II.3.1

MARC CONCEPTUAL DE LA CENTRAL DE RESULTATS: *Agents, rols, compromisos mutus i finalitats*³

Les fletxes indiquen els compromisos als que ha de donar resposta cada agent (origen) davant la resta (destí).

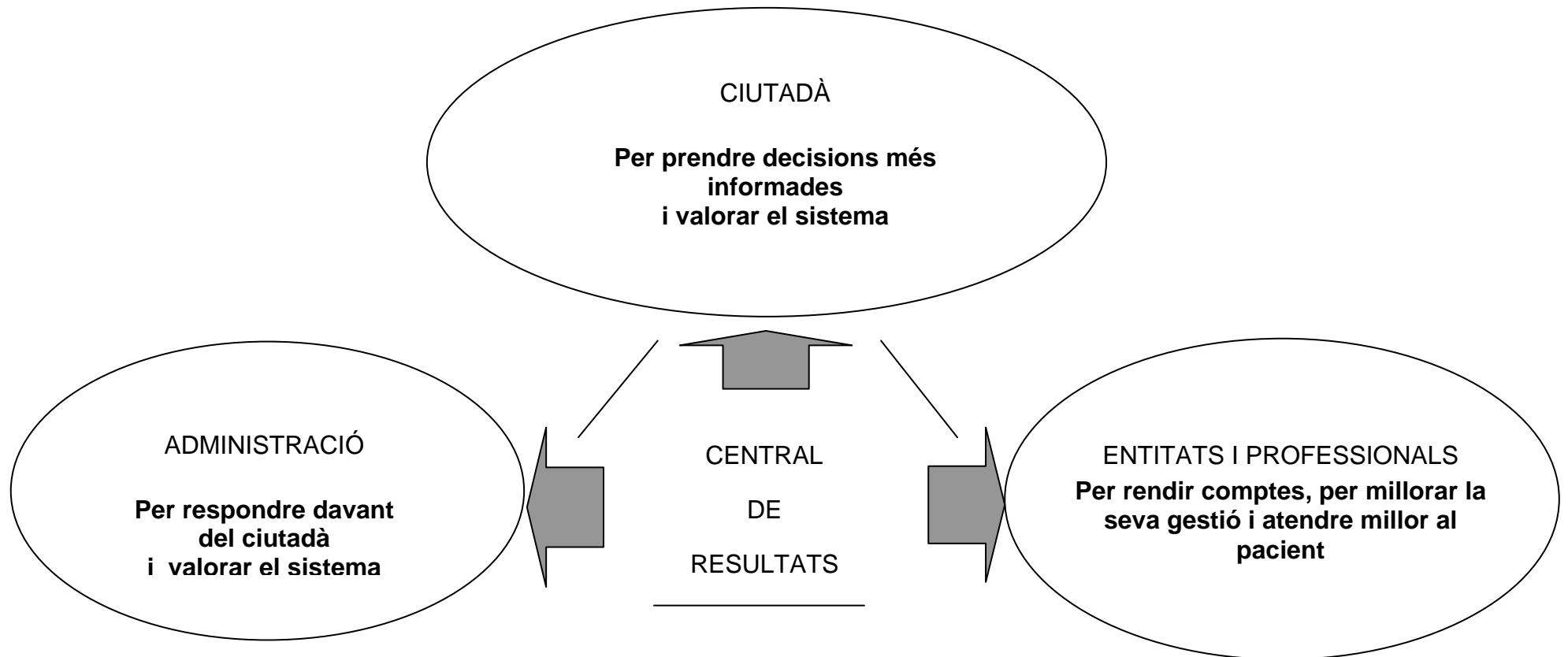


Quadre II.3.2**QÜESTIONS SIMPLS**

La mesura d'aquests indicadors ha de poder donar resposta a les preguntes pròpies o comunes que es fan el contribuent-usuari, els gestors i professionals i els responsables polítics de l'Administració, que a títol enunciatiu podrien ser les exposades en el següent quadre:

		CIUTADÀ	PROFESSIONAL	GESTOR	R. POLÍTIC
Accessibilitat	1. Trigaré molt a ser visitat i/operat?	X	X	X	X
	2. Estaré molts dies ingressat?	X		X	X
Qualitat Satisfacció	3. Ho fan bé?	X	X	X	X
	4. Quins serveis té?	X	X	X	X
	5. S'hi està bé?	X	X	X	X
Solvència i Gestió	6. Quina situació econòmica té?		X	X	X
	7. Té moltes urgències?	X	X	X	X
	8. S'hi treballa molt?		X	X	X

Quadre II.3.3

UTILITAT PER ALS AGENTS³

II.4. Els mecanismes de control en el món financer. Analogies amb el sector sanitari

El sector financer basa la seva activitat en la confiança dipositada pels clients⁴, en part igual que en el sector sanitari. També com en aquest, qualsevol incertesa és generadora de situacions força conflictives.

Davant de situacions, fonamentades o no, de dificultats en una entitat financera, per molt solvent que pogués ser, una retirada dels estalvis per part dels dipositaris portaria a una suspensió de pagaments i probablement a una fallida.

L'efecte dominó podria arribar a comportar una pèrdua de confiança en el sistema financer en general.

L'experiència adquirida en les darreres dècades en relació a les crisis financeres ha aportat progressivament millores en la regulació de l'activitat bancària, la seva supervisió, el desenvolupament dels sistemes de garanties de dipòsits i finalment la figura del prestador en darrer terme.

Tots aquest elements configuren la xarxa de seguretat financera⁵ (*financial safety net*) i, conjuntament amb la disciplina de mercat, constitueixen els elements bàsics per a la prevenció i regulació de les crisis bancàries.

- ***La xarxa de seguretat financera (XSF)***

Conceptualment la xarxa de seguretat financera (XSF) és virtual i integra les funcions de:

- Regulació

- Supervisió
- Garanties de dipòsit i prestadora final

Funcionalment es desenvolupa en base a una estreta col·laboració, formalitzada o no, entre les autoritats responsables de cada una de les funcions.

La regulació passa a ser fonamental en primer lloc. Una normativa rigorosa i coherent d'accés a l'activitat bancària que contrasti i valori capacitats i competències i honorabilitat de qui marcarà les directives de l'activitat, amb unes exigències de solvència, constitueixen la primera i fonamental línia de protecció del sistema.

La supervisió de l'acompliment de les normes, que cal siguin eficients i de gran qualitat tècnica, precisa d'una estructura tècnica competent i capacitada. Ha de tenir facultats per proposar o imposar sancions o mesures correctores a les entitats que vulnerin les normes bàsiques o posin en perill la seva estabilitat i la del sistema.

Aquesta supervisió té caràcter prudencial, però per molt eficaç que sigui la regulació i la supervisió mai es podran evitar totes les situacions de crisi. Des del punt de vista del món financer que opera al mercat, tampoc seria desitjable perquè aquest ha d'expulsar les entitats més ineficients i pitjor gestionades que no hagin estat prèviament tancades per l'autoritat.

És per això també necessari el tercer element de la xarxa de seguretat financera, el sistema de garantia de dipòsits, que actua quan no han estat efectives les mesures preventives. Les mesures poden anar des del rescabament de les parts assegurades dels

dipòsits i la liquidació de l'entitat, fins al sanejament de la mateixa i la posterior venda a un altre entitat solvent.

Cal destacar que el fons de garantia de dipòsits pot fer únicament front a una crisi determinada i puntual de les entitats. Per fer front a una crisi del sistema, cal l'aparició del prestador en última instància. Sobre aquesta funció tractarem més endavant.

- ***La Central de Balanços del Banc d'Espanya***

El principal objectiu de la Central de Balanços⁶ és recopilar i mantenir la informació econòmica sobre les entitats no financeres que permeti el coneixement d'aquest subsector, en el marc de les funcions assegurades al Banc d'Espanya per la seva llei d'autonomia.

Dins d'aquest marc general, la Central de Balanços té d'altres funcions com:

- Obtenir informació d'antuvi mitjançant les enquestes trimestrals que permet contrastar els estudis sobre la conjuntura econòmica que elabora el Servei d'Estudis del propi Banc d'Espanya.
- Disposar d'informació sobre les operacions financeres: actius i passius del subsector de societats no financeres per tal d'elaborar els Comptes Financers de l'Economia Espanyola.
- Mantenir les bases de dades amb la informació complerta i homogeneïtzada d'empreses individuals amb la que el Servei d'Estudis analitza el comportament empresarial i els efectes de les mides de política monetària sobre el finançament i el resultat de les empreses.

- Facilitar a les empreses informació sectorial agregada i homogènia, com a contraprestació per la seva col·laboració.
- Difondre la informació sectorial agregada per a l'ús d'altres analistes aliats al Banc d'Espanya: universitats, entitats financeres, administratives, etc.

- ***La Central d'Informació de Riscos del Banc d'Espanya (CIRBE)***

La CIRBE és un servei públic⁷ que té com a finalitat recollir la informació d'entitats financeres per tal d'emetre informes sobre els riscos dels crèdits. També permet que totes les entitats financeres tinguin una informació fidedigna sobre el nivell global d'endeutament dels seus clients.

La informació rebuda té caràcter confidencial i es troba sotmesa a la Llei de Protecció de Dades.

La Central de Riscos del Banc d'Espanya ha d'elaborar, en base a les dades rebudes, l'estadística general del desenvolupament del crèdit a Espanya i en l'àmbit del sector bancari notificarà a la banca privada aquells casos en què, en funció dels antecedents, representin un risc excepcional⁸.

- ***El sistema de Garantia de Dipòsits***

De relativa i recent aparició, els sistemes financers tenen diferents concepcions i grau de desenvolupament. Tenen, però, uns objectius comuns: la protecció dels dipòsits dels clients i l'estabilitat del sistemes financers.

a) Naturalesa jurídica

Amb independència de la gestió sota el dret públic o el dret privat, la titularitat dels fons pot ser privada o pública.

Els sistemes de titularitat privada els constitueixen habitualment les entitats adscrites al sistema, i estan finançades i gestionades per elles mateixes.

Els sistemes de naturalesa pública tenen les garanties dels recursos de l'Estat.

b) Característiques

Malgrat la finalitat coincident de tots els sistemes, les seves característiques són molt diferents.

Es donen força diferències en els mecanismes d'adscripció, les responsabilitats i les facultats del propi sistema, el seu finançament i les garanties i la cobertura ofertades.

En els aspectes d'adscripció els sistemes de naturalesa privada contemplen l'adscripció voluntària i la selecció. Els sistemes públics es van establir també com d'adscripció voluntària, evolucionant després a la participació obligatòria.

Actualment el criteri acceptat és el d'adscripció obligatòria. En el cas del nostre país, ha estat imposat per la Directiva 94/19 de la Unió Europea¹⁰.

La tipologia dels sistemes passa per tres possibilitats. La protecció és implícita quan no es dona un sistema de garantia explícit. Per altre banda trobem sistemes de garantia explícits amb l'única

possibilitat d'actuació en el reembossament dels dipòsits assegurats. A Espanya fins a un màxim de 20.000 €.

Es donen també sistemes de garantia explícits amb facultats per a la intervenció preventiva abans de l'aparició de la crisi.

c) Finançament

Respecte el finançament⁵, la majoria dels sistemes de garantia obtenen els recursos de les aportacions dels seus membres i poden aconseguir, habitualment via préstec, els recursos de l'Estat amb caràcter extraordinari.

Respecte les aportacions cal distingir si es realitzen mitjançant la creació d'un fons amb aportacions periòdiques o bé si el compromís és el d'aportar els recursos quan una crisi ho fa necessari.

El més habitual és el sistema de finançament "ex-ante" que és el d'aportació periòdica i regular, similar a una assegurança tradicional. De fet a la majoria dels països el sistema de finançament és mixt amb un finançament "ex-post" quan els fons acumulats són insuficients.

d) Efectes

Des de la seva creació els fons de garantia de dipòsits alimenten el debat sobre les distorsions que aporten a l'assignació eficient dels recursos per al mercat, i dels problemes associats com els del risc moral.

e) Cobertura

La garantia que ofereix un sistema explícit es caracteritza per estar limitada i perfectament definida. En el cas de la UE, sense cercar una harmonització total dels sistemes de garantia, es dona una homogeneïtzació dels aspectes fonamentals.

II.5. Analogies entre els mecanismes de control del món financer i les necessitats d' "accountability" del sistema hospitalari català.

1. L'estabilitat financera i la sostenibilitat del sistema sanitari són un bé públic a preservar.
2. La crisi d'una entitat financera comporta desconfiança en els sistemes financers i les crisis hospitalàries comporten inseguretats i desconfiança en l'autoritat sanitària, en el sistema sanitari públic així com en el sistema sanitari de finançament privat.
3. El sistema financer es dota de mecanismes i instruments per garantir l'estabilitat i resoldre situacions de crisi, que conceptualment són extrapolables, en termes d'aplicació, a les crisis hospitalàries (registres d'informació, indicadors, informes, recursos econòmics, mesures cautelars, intervenció).
4. L'instrument bàsic d'informació en l'àmbit financer és la Central de Balanços del Banc d'Espanya⁶, mentre que en el sector sanitari català té aquest paper la Central de Balanços de l'SCS¹¹.

5. Les entitats hospitalàries han presentat crisis que han estat abordades mitjançant sistemes de garantia implícits que caldria transformar en explícits amb l'assignació de les quotes de responsabilitat en la cobertura de les mateixes. El "dipòsit" a garantir als ciutadans, és el servei assistencial eficient i de qualitat.
6. Els mecanismes i instruments d'intervenció en el sector sanitari han estat aportats pel mercat de consultoria, pel propi sector col·lectivament o individualment per les entitats hospitalàries i sempre sota tutela o iniciativa de l'Administració, trobant-se, com en el món financer, elements de risc moral.
7. L'experiència del sector financer permet plantejar la creació d'un sistema de garanties de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), explícit i d'abast sanitari i econòmic, de finançament i titularitat mixta, com la pròpia XHUP, d'adscripció obligatòria i de cobertura determinada que garanteixi als ciutadans l'eficient utilització dels recursos i eviti les crisis hospitalàries o que permeti la seva solució en terminis i costos raonables, sense apropiació per part dels interventors.
8. La Central de Balanços del Servei Català de la Salut, és un instrument parcial per tenir coneixement de la situació d'un hospital especialment pel que fa als aspectes qualitatius dels seus "out-puts".
9. Existeixen múltiples sistemes d'informació i indicadors en l'àmbit dels sistemes de salut, tant europeus com a la resta del món, que ens poden ser d'utilitat.

10. A Catalunya gaudim de suficients fonts d'informació i de registres que ens poden permetre la creació d'allò que anomenem "Central de Resultats"^{1, 3}, entenent aquesta com un instrument d'evolució progressiva i protegit de les saturacions que pateixen molts sistemes d'informació.

III. MATERIAL I MÈTODE

III. MATERIAL I MÈTODE

A l'hora de determinar els indicadors bàsics que permetin tenir la llum d'atenció sobre l'hospital i la qüestió corresponent, hem considerat primer els atributs que aquests indicadors han de tenir.

Seguidament hem determinat en quins registres actuals i assequibles es podria trobar la informació necessària, analitzant una a un continguts i la seva validesa com a font.

Finalment hem proposat els indicadors bàsic possibles i construïbles des d'aquestes fonts determinant els criteris d'agrupació.

III.1. Com ho avaluem?: atributs dels indicadors

La Central de Resultats es construirà, de forma explícita, a partir de la mesura i l'avaluació sistemàtica d'un nombre reduït d'indicadors quantitatius, sintètics i claus ("key indicators")^{3, 4} que proporcionen informació sobre els resultats assolits pels diferents centres del sistema en relació als seus compromisos bàsics.

Per tal que aquests indicadors siguin creïbles, comparables i útils per als agents, és necessari tenir en compte, com a mínim, els següents requisits:

- l'estandardització i l'homogeneïtzació de les dades.
- la integració de dades assistencials, dades econòmiques, de recursos, d'estructura i de la població.

- la validació de la metodologia de mesura i avaluació, que ha de ser simple i transparent.
- que siguin atribuïbles, rellevants, robustos, sensibles als canvis, mesurables de manera oportuna en el temps, simples, consistents i, per últim, que no introdueixin incentius perversos.

Tot i que la Central de Resultats ha de ser útil per als agents que actuen en els diferents sectors del sistema sanitari, els indicadors que es proposen inicialment fan referència majoritàriament als hospitals d'aguts atesa la major informació disponible i que ja existeix una certa cultura de transparència d'informació en aquest àmbit.

En la mesura que es vagi desenvolupant la Central de Resultats, ha de ser possible avaluar els indicadors de resultats pels diferents àmbits i nivells del sistema, en funció del grau d'agregació amb que s'analitzin les dades i quin sigui el seu destinatari^{3,4} (per exemple: per dispositiu assistencial, per prestador de serveis, per Govern Territorial de Salut, per Regió Sanitària, per grup de població, per tipus de malaltia, per tipus d'atenció...)¹³.

La majoria de serveis de salut disposen de grans quantitats d'informació que poden entorpir el seu funcionament. A moltes administracions de tot el món es dediquen mensualment milers d'hores de treball a recollir informació que mai s'utilitzarà, segons l'informe sobre la salut al món de l'OMS de l'any 2000^{14, 22}.

Com a norma general de gestió, la informació del sistema i de les organitzacions, quan passa d'un nivell a un altre, cal que es redueixi

en sentit ascendent. El sistema sanitari català i les seves organitzacions pateixen també sovint aquests cúmuls d'informació.

III.2. Fonts d'informació i registres

Per aquest motiu, i seguint el criteri explicitat en la introducció, de cercar instruments bàsics i possibilistes, la proposta bàsica d'indicadors es basarà en les següents fonts d'informació i de registres existents:

- La Central de Balanços del CatSalut¹¹
- El conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)¹⁵
- L'enquesta de satisfacció¹⁶
- L'Estadística d'Establiments Sanitaris amb règim d'Internat (ESSRI)¹⁷
- El registre de llistes d'espera¹⁸

A continuació exposarem la definició que d'aquests registres fa el CatSalut en base a la normativa que el sustenta.

- ***Central de Balanços del Servei Català de la Salut***

Situada en l'àmbit del CatSalut és fruit de l'acord entre aquest ens i els proveïdors de serveis, inicialment els centres de la XHUP, amb incorporació posterior dels centres de salut mental i darrerament dels sociosanitaris.

Té un plantejament estrictament tècnic, que disposa en una comissió tècnica integrada pel CatSalut i els proveïdors, la funció d'establir directament els criteris sobre els requeriments d'informació i la seva explotació.

És única com a experiència en l'Estat Espanyol.

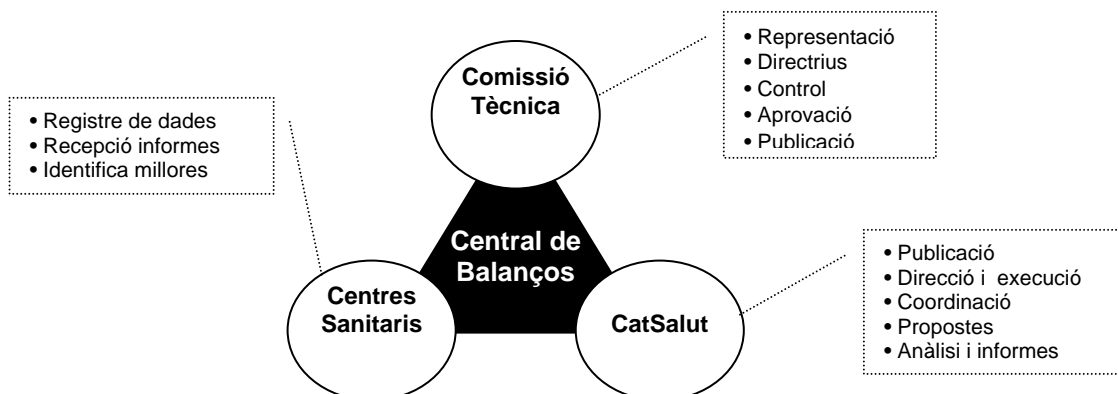
Els centres sanitaris veuen els informes anuals que els permeten valorar, en el seu context, la seva situació.

Té com a objectiu promoure un millor coneixement i una millor capacitat d'anàlisi sobre l'evolució de la situació econòmicofinancera del conjunt de centres proveïdors de serveis sanitaris de cobertura pública a Catalunya, mitjançant unes bases de dades d'informació que permeten a cada centre comparar la seva situació en relació a la resta de centres del sistema.

El CatSalut fa arribar anualment formularis de la seva aplicació informàtica als centres per tal que aquests els omplin i els reenviïn al CatSalut, que els analitza, parametritza i crea informes comparatius entre cada centre i les dades mitjanes globals. Finalment, aquests informes són enviats als centres.

Els seus principis d'actuació són:

- a. Confidencialitat de la informació individual.
- b. Participació i control per part dels centres sanitaris, mitjançant la comissió tècnica.
- c. Retorn de la informació tractada i homogeneïtzada als centres.



La informació que es demanda als centres és la següent:

- Balanç de situació.
- Compte de pèrdues i guanys.
- Estat d'origen i aplicació de fons.
- Memòria econòmica.
- Activitat assistencial.
- Recursos humans.
- Altra informació.

Participen 60 centres de la XHUP, 11 centres monogràfics de salut mental i 25 centres sociosanitaris.

S'elaboren 480 informes l'any. A banda dels informes complementaris, específics o sol·licitats, els informes que s'elaboren anualment i s'envien als centres són els següents:

- Informe agregat.
- Informe de trets remarcables.

- Informes comparatius:
 - Per grup estructural.
 - Per tipologia econòmica.
 - Per tipologia d'activitat.
- Informe resum comandament.
- Informe distribució de ràtios.

No ha tingut utilitat efectiva, malgrat el seu rigor i qualitat tècnica.

- ***Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)***

El conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) és un registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa¹⁹ als centres sanitaris de Catalunya, la seva evolució en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori.

Tots els centres sanitaris tan públics com privats de Catalunya, de manera obligatòria²¹, notifiquen les dades demanades de les seves altes, al registre CMBD, amb l'objectiu de disposar d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària, útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i per a la compra de serveis.

Aquest registre s'inicia formalment a Catalunya el 23 de novembre de 1990 en tots els hospitals i és a partir de 1995 quan s'incorporen progressivament al CMBD els registres dels altres sistemes assistencials (primer hospitals psiquiàtrics monogràfics, Cirurgia Major Ambulatòria, Hospitals de dia i posteriorment ambulatoris de salut mental i recursos socio-sanitaris, per aquest ordre).

El CMBD recull les dades dels centres d'hospitalització d'aguts així com les de recursos socio-sanitaris, dels hospitals monogràfics psiquiàtrics i dels centres de salut mental ambulatoria, publicant-se totes elles un cop l'any dins la col·lecció "Activitat Sanitària".

Les dades que es recullen en aquest treball corresponen únicament a les aportades pels centres d'hospitalització d'aguts, que inclouen l'hospitalització convencional, la CMA, l'hospitalització domiciliària i els Hospitals de dia.

El CMBD recull un grup de variables comunes per a tots els sistemes i un altre d'específiques per a cada un d'ells:

- Variables que identifiquen el pacient: codi d'identificació personal (CIP), data de naixement, sexe, lloc de residència i història clínica.
- Variables relacionades amb el procés: unitat proveïdora de serveis (UP), tipus d'activitat, règim econòmic, circumstància d'admissió i circumstància d'alta, data d'admissió i data d'alta.
- Variables clíniques: diagnòstics i procediments codificats d'acord amb la Classificació Internacional de Malalties de l'Organització Mundial de la Salut, 9a edició, modificació clínica (CIM-9-MC)²⁰.
- Variables específiques de cada sistema, hospitalització d'aguts, recursos socio-sanitaris, hospitals monogràfics psiquiàtrics i centres de salut mental ambulatoria.

- ***Enquesta de satisfacció***

L'enquesta de satisfacció és una eina del CatSalut que pretén mesurar la satisfacció percebuda pels usuaris del sistema sanitari públic.

S'entén que la satisfacció, com a sentiment subjectiu de la persona receptora del servei, té un gran valor per a la gestió i quantificar-la permet avaluar l'acceptabilitat dels esforços de planificació i provisió de serveis i complementar els aspectes d'eficiència i d'efectivitat.

Aquest estudi s'inicià, en una primera fase, 2002-2004, en totes les línies de serveis sanitaris i sociosanitaris: atenció primària, atenció hospitalària, atenció sociosanitària, atenció en salut mental.

Posteriorment, en el període 2005-2006, s'ha mesurat el nivell de satisfacció en l'atenció urgent hospitalària als hospitals d'aguts. També durant aquest període es realitzen enquestes telefòniques als usuaris de les línies d'atenció valuades durant la primera fase, permetent això conèixer tant el nivell de satisfacció actual com el comparatiu en relació als resultats de l'estudi realitzat anteriorment.

Enguany s'inicia l'estudi per conèixer l'opinió, expectatives i percepcions de les famílies en els centres d'atenció sociosanitària i de salut mental.

La metodologia en tots els casos ha seguit unes pautes comunes i ha estat científicament validada i contrastada.

Per cada una de les línies d'activitat s'han tingut en compte les característiques intrínseques de les mateixes. En l'àmbit de l'atenció

hospitalària s'han realitzat enquestes telefòniques a usuaris de 60 hospitals de tota Catalunya.

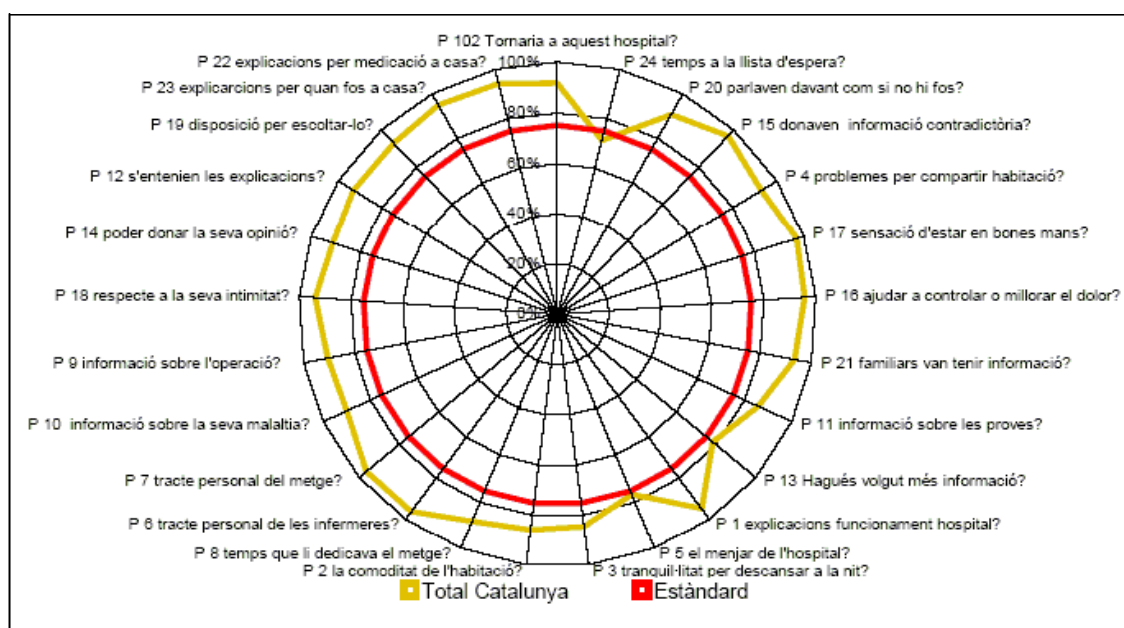
És per això que, atès l'abast del projecte i el nombre de proveïdors inclosos en l'estudi, des del primer moment es va plantejar la necessitat de desenvolupar-lo amb un ampli consens dins del sector. L'objectiu final era aconseguir acords en els temes d'interès, sobre els quals a priori no es disposava d'informació concloent. Això va suposar una millora qualitativa de l'estudi tant per la riquesa de les aportacions generades des de diferents perspectives de la prestació de serveis (comprador, proveïdor, organitzacions corporatives, etc.) com pel compromís i participació en decisions clau del desenvolupament posterior. A tal fi es va crear un sistema de consens general a dos nivells, seguit per tot el projecte.

1. Grup general de consens, integrat per professionals de reconegut prestigi en l'àmbit de la gestió percebuda en els serveis sanitaris i que representaven a tots els sectors implicats.
2. Grups específics per línies de servei, integrats per un nombre variable de professionals de diferents procedències i coneixedors dels aspectes tècnics i metodològics del projecte i específics d'una determinada línia d'atenció. En molts casos eren alhora membres del grup general de consens.

Les dimensions o atributs inclosos als qüestionaris en forma de preguntes van estar:

- a) l'accessibilitat al servei.
- b) el tracte dels professionals.
- c) la informació del procés assistencial.
- d) la competència professional i la confiança.
- e) el confort.
- f) l'organització i coordinació entre serveis.
- g) la continuïtat assistencial.
- h) el suport personal i l'atenció psicossocial

Qüestionari i indicadors de la qualitat percebuda



Font: Enquesta de Salut. Servei Català de la Salut

- ***Estadística d'Establiments Sanitaris amb Règim d'Internat (EESRI)***

L'Estadística d'Establiments Sanitaris amb Règim d'Internat

(EESRI), implantada per l'Ordre de la Presidència del Govern Espanyol de 18 de maig de 1972, està basada en la informació sobre l'estructura, la dotació i l'activitat en el conjunt dels centres hospitalaris, té una periodicitat anual i, pel fet d'estar inclosa en els plans estadístics de la Generalitat de Catalunya i de l'Estat Espanyol, és d'obligat compliment.

Des de 1980 la gestió de la recollida d'informació, la validació i la tabulació de les dades les ha dut a terme el Departament de Salut i, a partir de llavors, aquesta font d'informació ha format part de l'estadística oficial de la Generalitat.

El seu àmbit de cobertura abasta tant els centres públics com privats i també tot tipus d'atenció hospitalària: processos aguts, sociosanitaris i psiquiàtrics.

Les dades d'aquesta enquesta són de gran utilitat especialment a l'hora de fer una aproximació a l'estructura i dotació dels centres, així com per la possibilitat de relacionar-les amb la seva activitat i per fer un seguiment evolutiu de la informació.

La major part de les dades es recullen mitjançant un qüestionari electrònic de 822 variables que incorpora un procediment de validació que permet optimitzar el procés de recollida de la informació i la qualitat de les dades, atès que comporta una possibilitat d'errors molt reduïda. Aquesta informació està relacionada amb la dotació i l'activitat assistencial i econòmica dels centres hospitalaris ubicats a Catalunya i s'agrupa en 14 mòduls:

1. Dades d'identificació
2. Dotació del centre instal·lada i en funcionament
3. Personal del centre segons tipologia, especialització i vinculació laboral
4. Personal en formació
5. Personal d'empreses de serveis concertats
6. Activitat assistencial classificada per serveis mèdics
7. Activitat en serveis centrals
8. Activitats en altres àrees
9. Classificació de l'activitat segons el règim econòmic
10. Despeses corrents
11. Ingressos corrents
12. Actiu
13. Passiu
14. Llistes d'espera

Altres fonts d'informació prové del Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris (RECESES) del Departament de Salut i Seguretat Social, que aporta informació sobre localització territorial

del centre hospitalari (mapa sanitari i comarcal), i dades de caracterització relatives a la propietat immobiliària dels centres i a la finalitat, entesa com aquell tipus d'activitat o especialitat mèdica a la que dediquen majoritàriament el seu dispositiu assistencial.

Una part de les dades que caracteritzen els centres sanitaris: tipus de concert, pertinença a la XHUP i nivell hospitalari, s'obtenen directament de les diferents unitats del CatSalut que les produeixen. L'enquesta es presenta en forma de taules agregades d'informació.

Cal destacar que els mateixos paràmetres mesurats pel ESSRI, la Central de Balanços o el CBMD no ofereixen el mateix resultat.

- ***Registres de llistes d'espera***

Les llistes d'espera per rebre assistència no urgent, en processos diagnòstics o terapèutics, existeixen gairebé exclusivament en els sistemes sanitaris de finançament públic com a Catalunya, Espanya i a d'altres països europeus.

Les llistes d'espera són un problema estructural dels sistemes sanitaris públics i es produeixen per diversos factors i no per la capacitat productiva dels hospitals, perquè si fos aquesta l'única causa, ajustant l'oferta a la demanda desapareixerien.

Les llistes d'espera per a intervencions quirúrgiques no són només un simple desajust entre la demanda d'un determinat procediment i l'oferta disponible del sistema sanitari. Si així fos, només hauríem d'anar augmentant els recursos fins a acabar amb les llistes d'espera. Existeixen, però, moltes evidències de què l'augment aïllat dels recursos no és la solució, ja que malgrat que el temps d'espera disminueix, la llista s'allarga per la cua.

Seràn necessàries, doncs, altres mesures per fer front al problema. Malgrat hi ha un component important d'insuficiència de recursos, que corregida, pal·liaria la majoria de la llista també hi ha, però, altres factors que intervenen en la mateixa, com l'increment de la demanda per damunt de l'oferta, les noves indicacions quirúrgiques, etc.

Les llistes d'espera, raonablement moderades, són útils en el procés de gestió de la demanda i són generalment acceptades pels professionals i pels pacients.

El més important en el procés de gestió de les llistes d'espera és:

- Definir les prioritats

Cal gestionar les llistes, tant en l'àmbit social, d'administració sanitària estatal i autonòmica, com també en l'àmbit de centre sanitari. D'una banda, la societat haurà d'abordar, més tard o més d'hora, el debat que els actuals recursos destinats a sanitat no poden fer front a unes expectatives i a unes necessitats en creixement il·limitat.

En un sistema d'accés universal es fa imprescindible planificar les prestacions sanitàries en termes de prioritats i definir el temps de resposta més adequat a cada una d'elles i, arribar a un consens amb el conjunt de la societat per establir quines prestacions i tractaments, i en quines condicions, haurà d'afrontar-les el sistema públic amb els diners de tothom.

Les administracions sanitàries han de vetllar per garantir el dret dels ciutadans a l'accés amb equitat al sistema sanitari, amb la millor utilització dels recursos públics.

Des del punt de vista hospitalari, la gestió clínica en el marc del servei i la gestió de cada professional serà cada cop de major

transcendència. La contribució del professional serà treballar en la inclusió en les llistes sota criteris d'evidència científica en la indicació i en els resultats esperats de cada pacient (efectivitat del procediment), amb criteris ètics i d'eficiència en la utilització de recursos.

Per tant, prioritzar per gravetat, per probabilitat de millora i per criteris socials, és una obligació ineludible de tots els professionals per millorar la problemàtica de les llistes d'espera.

- Establir esperes raonables

Com comentàvem, augmentar la producció de manera estructural i permanent, o de manera temporal, genera un escurçament del temps d'espera. Si a més els recursos es gestionen de manera eficient, l'escurçament és més significatiu. Amb tot, està perfectament descrit que els augments de productivitat i eficiència generen, al mateix temps, un augment en el nombre de persones en la llista. Es podria dir que, com millor es fa, més gent s'apunta a la llista. És a dir, els recursos es fan més accessibles a un major nombre de persones.

En aquest context, el paper de l'administració sanitària ha de ser el de fixar el temps màxim d'espera raonable per a cada tipus de procediment, i adequar els recursos a aquest per donar-hi resposta.

- Criteris de veritable necessitat

És necessària una bona gestió de les llistes amb criteris de veritable necessitat. És a dir, prioritzar els més necessitats per gravetat de la malaltia, de major possibilitat de benefici i sense descuidar criteris socials. En aquest sentit, serà cada vegada més important avaluar les circumstàncies personals i socials de la persona que s'introdueix

en una llista d'espera. Si té o no persones al seu càrrec, si viu amb família o depèn exclusivament d'ell mateix.

Finalment caldrà tenir present, també, el concepte de respecte i defensa de les minories. Un cop considerats tots aquests criteris es podran assignar els recursos per ordre estricta d'arribada sense caure en l'arbitrarietat.

Aquests criteris generals es poden concretar en algunes mesures de gestió en l'àmbit de centre sanitari i de cada professional. Aquestes mesures haurien de ser l'inici d'un procés de reflexió entre professionals per arribar al màxim de consens possible.

- Caldrà entrar a la llista d'espera els pacients amb evidència científica d'efectivitat del procediment. Així es reduirà la variabilitat entre professionals i entre àrees geogràfiques. Aquesta disminució de variabilitat és possible mitjançant l'elaboració i la implantació consensuada, per part dels professionals de guies clíniques, d'aquests procediments basats en la major evidència científica de cada moment.
- Es fa necessària una depuració periòdica de les llistes a càrrec dels serveis administratius de l'hospital, ja que en llargs períodes d'espera, s'ha demostrat que entre un 20-30% dels pacients en llista no s'operen per diverses raons.
- L'avaluació mèdica abans de la programació quirúrgica definitiva també és necessària en llargues llistes d'espera. En aquests casos, és freqüent observar que alguns pacients no volen ser operats per diverses raons: han millorat, les seves malalties associades han empitjorat molt, tenen por, etcètera, i per tant la intervenció pot no ser indicada.

- Finalment, i segurament el més important, serà necessari prioritzar, tal com s'ha explicat, segons la necessitat (gravetat, urgència, circumstàncies personals i socials), i segons el millor pronòstic de resultats (cost-efectivitat). Per a aquesta priorització, l'opinió dels professionals és fonamental, però també és necessària l'opinió del pacient i la seva valoració individual i social.

Existeixen experiències molt concretes a països com ara Canadà²⁰(Ontario), Nova Zelanda i Regne Unit, segons les quals determinats procediments es prioritzen segons un conjunt de criteris que tenen en compte aquestes diferents necessitats.

A Catalunya tenim l'exemple recent de la priorització d'intervencions de pròtesi total de maluc i genoll, segons criteris professionals, personals i socials, elaborats per l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica.

- ***Legislació d'aplicació***

Les llistes d'espera han estat objecte de regulació a Espanya i a Catalunya:

DECRET 418/2000, de 5 de desembre, pel qual es crea el registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics.

El Servei Català de la Salut ha posat en marxa un projecte de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics de caràcter no greu que, tot i que no representa un compromís per a l'estat de salut, comporten un retard en l'atenció del procés.

L'objectiu del Servei Català de la Salut, en el compliment de les seves funcions de planificació i coordinació dels recursos sanitaris de cobertura pública, és afavorir la racionalització de la demanda no atesa i optimitzar la igualtat d'accés a l'atenció sanitària en l'àmbit de l'hospitalització d'aguts.

Amb la finalitat d'assolir l'objectiu citat, es fa necessari disposar d'un fitxer automatitzat que permeti el seguiment i la gestió dels pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics, amb la finalitat de poder proporcionar als usuaris en llista d'espera, d'un mode personalitzat, la possibilitat d'elecció d'una alternativa més ràpida per a la resolució del seu problema de salut.

A aquest efecte, una vegada prioritzades les actuacions de resolució de les llistes d'espera, aquestes es dirigiran de manera específica als usuaris que figurin en el registre i que compleixin els criteris de selecció establerts.

DECRET 354/2002, de 24 de desembre, pel qual s'estableixen els terminis màxims d'accés a determinats procediments quirúrgics a càrrec del Servei Català de la Salut.

Un dels objectius del Servei Català de la Salut en el compliment de les seves funcions de planificació i coordinació dels recursos sanitaris de cobertura pública, és afavorir la racionalització de la demanda no atesa i optimitzar l'equitat d'accés a l'atenció sanitària en l'àmbit de l'hospitalització d'aguts.

Amb aquest objectiu, mitjançant el Decret 418/2000, de 5 de desembre (DOGC núm. 3305, de 15.1.2001), es va crear el Registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics, amb la finalitat de gestionar-ne els fluxos,

fer-ne el seguiment i poder garantir als ciutadans i ciutadanes uns temps màxims d'espera.

Actualment, és necessari avançar en aquesta línia i convertir en un dret de les persones usuàries el compromís de garantir uns terminis màxims d'accés a determinats procediments quirúrgics.

REIAL DECRET 605/2003, de 23 de maig, pel qual s'estableixen mesures pel tractament homogeni de la informació sobre les llistes d'espera en el Sistema Nacional de Salut.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat (LA LEY-LEG. 7717/1986), dissenya el Sistema Nacional de Salut coherentment amb l'organització territorial de l'Estat compresa en la Constitució i la distribució competencial en matèria de sanitat, i va configurar un sistema descentralitzat, amb autonomia de gestió en l'exercici de les seves competències per part de les comunitats autònomes. Aquesta configuració descentralitzada del Sistema Nacional de Salut fa necessari que s'estableixin els mecanismes en virtut dels quals es garanteixin els drets a la protecció de la salut i a la assistència sanitària en condicions d'igualtat efectiva en el conjunt del sistema, d'acord amb allò que estableix el propi text constitucional i la Llei General de Sanitat.

Amb aquesta finalitat, el Reial Decret 63/1995, de 20 de gener, d'ordenació de les prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut (LA LEY-LEG. 562/1995), va reglamentar els drets dels ciutadans respecte a les prestacions que el sistema ha d'oferir-los com a mínim en tots els serveis de salut.

Per altra banda, la Llei General de Sanitat, en el seu article 3.2, determina que l'accés a les prestacions sanitàries es realitzarà en

condicions d'igualtat efectiva que, en aplicació de l'article 9.2 de la Constitució, deuen promoure els poders públics, corresponent a l'Estat la regulació de les condicions bàsiques que garanteixin dita igualtat.

Així mateix, en el seu article 10.2, la Llei General de Sanitat estableix el dret a la informació sobre els serveis sanitaris als que es pot accedir i sobre els requisits necessaris per el seu ús.

En aquest sentit, la Llei General de Sanitat, en el seu article 40, apartats 13, 15 i 16, atribueix a l'Administració General de l'Estat, sense oblidar-se de les competències de les Comunitats Autònomes, l'establiment de sistemes d'informació sanitària i la realització de estadístiques d'interès general supracomunitari, l'elaboració d'informes generals sobre la salut pública i la assistència sanitària, i l'establiment de mitjans i de sistemes de relació que garanteixin la informació i la comunicació recíproques entre l'Administració sanitària de l'Estat i la de les Comunitats Autònomes en les matèries objecte de la llei.

Finalment, en el seu article 70.2.d), determina que la coordinació general sanitària inclourà l'establiment, amb caràcter general, de criteris mínims, bàsics i comuns d'avaluació de l'eficàcia i el rendiment dels programes, de centres o de serveis sanitaris.

En el marc de les actuacions derivades de la necessària coordinació i cooperació sanitàries i per a la millora de la organització de l'assistència sanitària, és necessari dissenyar una sèrie d'instruments, mesures o mecanismes que potencien i assegurin el sistema d'informació sanitària sobre les llistes d'espera en el Sistema Nacional de Salut, que assegurin la disponibilitat de la informació i la comunicació recíproques entre

l'Administració sanitària de l'Estat i la de les Comunitats Autònomes, per garantir, en definitiva, el funcionament cohesionat i la qualitat de l'assistència sanitària dins del sistema.

Aquest Reial Decret estableix els criteris, indicadors i requisits mínims, bàsics i comuns en matèria de llistes d'espera, amb la finalitat d'aconseguir un tractament homogeni d'aquestes en el conjunt del Sistema Nacional de Salut, que permeti l'anàlisi dels resultats i les necessitats i, així mateix, aconseguir una avaluació del seu funcionament, que garanteixi la transparència i la uniformitat de la informació facilitada al ciutadà.

Aquesta disposició, que ha estat objecte del pertinent acord del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, es dicta a l'article 149.1.16.^a de la Constitució Espanyola i d'acord amb allò previst en l'article 40.13, 15 i 16 de la Llei General de Sanitat.

ORDRE SLT/203/2004, d'11 de juny, per la qual s'actualitza la relació d'intervencions quirúrgiques que tenen garantit un termini màxim d'accés.

El Decret 354/2002, de 24 de desembre, pel qual s'estableixen els terminis màxims d'accés a determinats procediments quirúrgics a càrrec del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 3795, de 8.1.2003), en la disposició addicional 2 disposa que la relació d'intervencions quirúrgiques del seu annex 1, quan ho aconsellin les circumstàncies tècniques, es podrà actualitzar mitjançant ordre de la persona titular del Departament de Salut i que, també per ordre de la persona titular del Departament de Salut, es podrà modificar el termini màxim d'accés a determinades intervencions.

Actualment, els serveis tècnics del Servei Català de la Salut han considerat que, des de l'1 de desembre de 2004, es poden incloure les intervencions d'escissió i reparació d'hàl·lux valgus (galindó) i d'altres deformitats dels dits del peu i les intervencions de quist o si pilonidal en la relació d'intervencions quirúrgiques que tenen garantit el termini màxim d'accés. D'altra banda, amb caràcter transitori, és necessari adequar el termini màxim garantit de les intervencions de genoll, que va entrar en vigor l'1 de desembre de 2003.

ORDRE SLT/467/2004, de 20 de desembre, per la qual es regulen els certificats del Registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics.

L'article 3 del Decret 354/2002, de 24 de desembre, pel qual s'estableixen els terminis màxims d'accés a determinats procediments quirúrgics a càrrec del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 3795, de 8.1.2003), disposa que el Servei Català de la Salut ha d'establir els procediments adients per tal que les persones usuàries a les quals se'ls hagi indicat la realització d'una intervenció quirúrgica puguin accedir a la informació general sobre la seva inclusió en el registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera per a procediments quirúrgics, i a les dades generals sobre els terminis d'accés, per al corresponent procediment quirúrgic, en altres centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública.

Les intervencions amb temps de garantia actualment són:

- Quist pilonidal (quist del sacre)
- Hàl·lux valg (galindó)
- Septoplàstia (reconstrucció de l'envà nasal)

- Amigdalectomia
- Pròtesi de genoll
- Varius
- Vasectomia
- Pròtesi de maluc
- Cataractes
- Herniorràfia femoral (intervenció d'hèrnia engonal)
- Artroscòpia
- Circumcisió
- Colecistectomia (extirpació de la vesícula biliar)
- Prostatectomia (extirpació de la pròstata)
- Alliberament del canal carpià (nervi del canell)
- Histerectomia (extirpació de l'úter)

L'SCS des de l'any 2000 estableix un temps de garantia d'assistència per a algunes intervencions quirúrgiques que posa el límit en sis mesos.

L'SCS ofereix consulta interactiva per regió i per centre a través de la seva pàgina web:

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/servcat_espera.htm

III.3. Proposta genèrica d'indicadors

Amb el criteri d'establir una agrupació que respongui als atributs i valors d'un sistema sanitari en un model de sistema nacional de salut, proposarem un conjunt d'indicadors bàsics estructurats en 5 àmbits²²:

- **Accessibilitat**
- **Qualitat**
- **Solvència**
- **Satisfacció**
- **Funcionament**

La unitat d'anàlisi serà el centre hospitalari de la XHUP.

L'àmbit en el que es vulgui establir: Catalunya, Regió Sanitària, Govern Territorial de Salut, centre hospitalari, unitat o servei, etc...

Creiem però que l'àmbit bàsic ha de ser el mateix de la unitat d'anàlisi: el centre hospitalari de la XHUP.

Els indicadors bàsics proposats en cada àmbit són enumerats a continuació:

- ***Accessibilitat a l'hospital***
 - Taxa d'hospitalització
 - Capacitat de resolució i d'atracció
 - Temps de resolució de la llista d'espera
 - Capacitat de resolució de la llista d'espera
 - Rati de prioritziació de la llista d'espera
 - Rati de resolució dels processos en garantia
 - Adequació de la compra selectiva

- ***Qualitat assistencial***

- Taxa de Reingressos
- Taxa de Complicacions
- Taxa de Mortalitat intrahospitalària
- Taxa de Cirurgia major ambulatoria
- Taxa de cesàries
- Massa crítica quirúrgica
- Hospitalització evitable
- Taxa de necròpsies

- ***Solvència econòmicofinancera***

- Rendibilitat
 - ✓ Eficiència econòmica
 - ✓ Eficiència financera
 - ✓ Eficiència productiva
- Sostenibilitat
 - ✓ Fons de maniobra
 - ✓ Endeutament
 - ✓ Liquiditat
 - ✓ “Cash flow”

- Productivitat
 - ✓ Bruta
 - ✓ Neta

- Finançament
 - ✓ Segons producció
 - ✓ Segons treballadors

- **Satisfacció de l'usuari**
 - Atenció del metge i l'infermeria
 - Tracte i relació amb els professionals
 - Organització del centre i confort
 - Informació rebuda
 - Confiança
 - Satisfacció general
 - Temps en llista d'espera

- **Funcionament**
 - Estada mitjana
 - Rati primeres visites i successives
 - Índex de rotació
 - Pressió d'Urgències
 - Activitat mèdica ingressada

- Rendiment dels Quiròfans
- Temps mèdic per acte mèdic directe
- Acte mèdic directe per metge
- Despesa Farmàcia Hospitalària
- Recursos d'Infermeria

Per alguns dels indicadors establirem utilitats i interpretacions possibles.

IV. RESULTATS

IV. RESULTATS

IV.1. Indicadors d'accessibilitat²²⁻²⁵

Un cop analitzada la informació continguda en els registres estudiats, ha estat possible construir indicadors que es puguin agrupar d'acord amb els criteris proposats d'accessibilitat, solvència econòmicofinancera, qualitat assistencial, satisfacció de l'usuari i activitat assistencial.

Aquests indicadors, assenyalats en la proposta genèrica (III.IV., pàg.48), seran descrits en aquest capítol exposant la fórmula de càlcul, la font de la informació necessària.

Cada indicador té definit el seu objectiu de mesura bàsic i s'acompanya en alguns casos de les possibles valoracions que l'indicador permet.

No és objecte d'aquest treball determinar els estàndards que en tot cas haurien de ser les mitjanes de Catalunya. Si s'apunten les desagregacions possibles.

- ***Taxa d'hospitalització***

Es tracta de dues versions complementàries (bruta i ajustada) aplicades sobre dues seleccions d'episodis: el total d'episodis (independentment del seu finançament) i els episodis finançats pel CatSalut.

Calculats sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció).

No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

– Indicador brut:

$$\frac{\text{Altes de residents a l'àmbit poblacional que es determini}}{\text{Població determinada}} \times 1.000$$

– Indicador ajustat:

El càlcul anterior s'aplica a cada combinació de sexe i grup d'edat (bé grups quinquennals d'edat o bé sis grups d'edat: 0-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84 i 85 o més).

Objectiu: conèixer la freqüentació hospitalària de la població de l'àrea d'influència del centre. Ha estat seleccionat per analitzar l'ús relatiu dels serveis per part de la població, és a dir la demanda manifesta a la que l'hospital dona resposta.

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies

Període de les dades: últim any tancat (amb comparatius amb el immediatament anterior)

Algunes interpretacions:

Les taxes d'hospitalització específiques de sexe i d'edat d'un àmbit poblacional es poden aplicar a Catalunya per determinar quina taxa tindria aquesta comunitat si es comportés per a cada grup d'edat i sexe com l'àmbit territorial valorat.

La taxa d'hospitalització de Catalunya és de 118 hospitalitzacions per mil habitants. Entre la població amb valors de taxa bruta extrems trobem el Ripollès (156‰) i el Baix Llobregat Litoral (113‰).

Si només mirem l'activitat finançada pel CatSalut, la taxa d'hospitalització de Catalunya és de 96 per mil habitants i els valors extrems són Ripollès (143‰) i Barcelona (83‰). La situació socioeconòmica i la utilització de serveis privats explica en part aquestes diferències.

L'efecte de l'estructura per edats explica perquè en calcular la taxa estandarditzada els valors de les anteriors poblacions envellits baixen: Ripollès (124‰) i Barcelona (79‰); mentre que als Governos Territorials de Salut joves pugen (Baix Llobregat litoral de 94‰ a 103‰).

Alguns d'aquests valors ajustats més alts coincideixen a territoris on hi ha una oferta (llits/habitant) més alta.

La variabilitat de les taxes ajustades d'activitat CatSalut hauria d'anar-se igualant amb el pas del temps. La variabilitat de les taxes brutes ha de reflectir les diferents estructures de població de cada territori.

La variabilitat diferencial quan es compta l'activitat privada és clau per analitzar les proporcions entre finançament públic o privat de l'atenció prestada.

Cal també tenir en compte la disponibilitat i l'accés de recursos socio-sanitaris en l'entorn, que poden justificar diferències en les

taxes. Així mateix, la capacitat de resolució de l'atenció primària també hi juga un paper clau.

Aquestes taxes inclouen tant la part hospitalitzada, com la cirurgia major ambulatoria, que històricament es feia amb règim d'ingrés.

Cal garantir la recollida exhaustiva de la informació dels centres de finançament privat per a una bona planificació (en aquests moments falta un 20-25%).

Per una decisió de política sanitària vinculada al fet d'apropar l'atenció sanitària al ciutadà, hi ha una xarxa de centres generals bàsics a les zones d'accés més difícil (Pirineus, Ribera d'Ebre) que s'associen a algunes de les taxes més elevades.

La desagregació per patologies comporta també la valoració de l'altra cara de la moneda que és l'oferta.

- **Capacitat de resolució i atracció¹⁹**

Es tracta de dues versions complementàries (bruta i ponderada) aplicades sobre dos seleccions d'episodis: el total d'episodis i els episodis finançats pel CatSalut d'una determinada població de referència.

Calculats sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció). No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores ni episodis d'hospital de dia.

– Capacitat bruta de resolució:

$\frac{\% \text{ Altes realitzades al centre de la seva àrea poblacional d'influència}}{\text{Total d'episodis generats per residents de la mateixa àrea}} \times 100$
--

- Capacitat ajustada de resolució:

El càlcul anterior es pondera pel pes relatiu de cada episodi (calculat per la versió vigent de l'agrupador de casuística; actualment la versió 21 dels grups relacionats diagnòstics AP).

Objectiu: conèixer els fluxos assistencials de pacients de un mateix àmbit geogràfic i si el hospital resol l'assistència d'acord amb el seu nivell de recursos i capacitació i població assignada.

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts)

Desagregació: per grups d'edat, per patologies.

Període de les dades: últim any tancat (amb comparatius amb el immediatament anterior)

Algunes interpretacions:

L'índex de penetració presenta un gradient segons el nivell tecnològic i d'especialització de l'hospital.

Així, mentre els centres més senzills amb prou feines resolen el 50% de l'activitat generada pels residents dins del seu àmbit d'influència, els hospitals de la ciutat de Barcelona resolen més del 90% de l'activitat generada pels barcelonins.

Les diferències s'incrementen quan es pondera pel pes dels GRD, ja que bona part de l'activitat que genera desplaçaments obligats, de residents de territoris amb hospitals generals bàsics, són d'alta complexitat i alt pes.

En àmbits territorials amb més d'un centre, es pot segmentar l'indicador entre els centres, però el resultat no és comparable amb el dels centres únics en la seva àrea d'influència o que el comparteixen amb menys centres (per exemple, la penetració del Clínic a Barcelona és inferior a la que té Sant Celoni al Baix Montseny).

No sempre es poden segmentar àrees d'influència que no es solapin, sobretot quan els hospitals són de diferent nivell (Lleida, Tarragona, Girona, Barcelonès Nord, l'Hospitalet).

Aquest indicador es coneix indistintament com a Índex de Penetració (a la pròpia zona), com a capacitat de resolució (de l'activitat generada pels residents a la pròpia zona) o com capacitat d'atracció.

L'ajust per complexitat de la casuística dóna relleu a l'activitat d'alta complexitat.

Hi ha zones amb diferent capacitat de resolució perquè no es poden distribuir els recursos homogèniament per tot el territori per qüestions, tant econòmiques (ineficiència per mantenir dispositius on no es genera prou volum d'activitat), com sobretot tècniques (els procediments més complexos requereixen una massa crítica de l'equip i les mans per garantir la màxima qualitat).

Per tant, aquest indicador és bàsicament d'utilitat per mesurar si l'hospital resol la tasca que per el seu nivell qualitatiu li correspon.

- ***Temps de resolució de la llista d'espera (LLE)***

En relació a la llista d'espera es requereixen indicadors de relació entre volum i temps.

L'indicador de volum és el nombre de persones en llista d'espera.

Els indicadors de volum són de tres tipus diferents:

- Temps de resolució (futura):

$$\frac{12 \times \text{Volum en llista d'espera en un tall determinat}}{\text{Activitat generada en l'any immediatament anterior}}$$

- Temps de demora (dels casos realitzats):

Per als procediments realitzats en un període de temps, mitjana de temps d'espera entre el moment d'entrada i de sortida a la llista d'espera.

$$\frac{\text{Temps acumulat entre entrada i sortida de LLE}}{\text{Nombre de procediments realitzats}}$$

- Temps de permanència (a la llista):

Temps mig d'espera que porten els malalts en LLE

$$\frac{\text{Temps acumulat en LLE}}{\text{Casos en LLE no resolts}}$$

Tots aquests indicadors son desagregables per grups d'edat i processos quirúrgics.

- **Capacitat de resolució de la llista d'espera (LLE)**

Indicaria la capacitat resolutiva en relació a un procediment quirúrgic o a tots ells.

- Capacitat resolutiva bruta

$\frac{\text{Total de malalts en LLEQ}}{\text{Altes Q realitzades totals}} \times 100$
--

Desagregació: per procediment i grups d'edat.

Període de les dades: a ú de gener

- Capacitat resolutiva neta

$\frac{\text{LLE actual per a un procediment quirúrgic}}{\text{Nombre d'intervencions quirúrgiques amb aquest procediment en el mateix període de l'any anterior.}} \times 100$

Font d'informació: registre de llistes d'espera i CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts)

Desagregació: per procediment quirúrgic

Període de les dades: últim any tancat i any en curs

- **Rati de prioritització de la llista d'espera (LLE)**

Permetria estratificar la llista d'espera

- Rati de prioritització de la llista d'espera

$\frac{\text{Nombre de procediments inclosos en llista en períodes temporals (2 mesos, 2 i 4 mesos, > 4 mesos)}}{\text{LLE global per a un procediment quirúrgic}} \times 100$
--

Objectiu: valorar si els procediments que es resolen són els que porten més temps.

Font d'informació: aplicatiu de llistes d'espera i CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per procediment quirúrgic

Període de les dades: últim any tancat i any en curs

- ***Rati de resolució dels processos en garantia (LLE)***

Pot valorar la gestió de la llista d'espera dels processos garantits.

– Nivell d'assoliment del temps de garantia

$\frac{\text{LLE actual per un procediment quirúrgic garantit}}{\text{Nombre total de procediments garantits en LLE}} \times 100$

Objectiu: mesurar el % de la llista d'espera que ha superat el temps de garantia

Font d'informació: aplicatiu de llistes d'espera i CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per cada un dels processos en garantia

Període de les dades: últim any tancat i any en curs

- **Adequació de la compra selectiva**

Seria útil per avaluar els resultats de la compra selectiva.

$$\frac{\text{Nombre de procediments de compra selectiva}}{\text{LLE actual}} \times 100$$

– Resolució de la llista d'espera per compra selectiva

Objectiu: mesurar el % de la llista d'espera resolt amb la compra selectiva.

Font d'informació: aplicatiu de llistes d'espera i CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per procediment quirúrgic

Període de les dades: últim any tancat i any en curs

Algunes interpretacions: temps de resolució de la llista d'espera de cataractes

S'observen diferències entre proveïdors en el temps de resolució. En la mesura en què obeeixin a dèficits d'ambulatorització en algun centre, s'hauria d'analitzar fins a quin punt estan justificats.

Cal analitzar els fluxos entre territoris, per detectar si alguna disfunció suposa la sobrecàrrega d'algun centre per (in)acció d'altres centres. Cal treballar les prioritzacions (amb protocol) i els criteris de depuració de les llistes (èxitus i migracions resolució a altre dispositiu, públic o privat; fi de la indicació).

El temps de resolució és la mesura més utilitzada pel seu valor hipotèticament predictiu (si es mantenen les condicions d'activitat), però no recull el comportament dels fluxos d'entrada. És una mesura de temps que reacciona molt àgilment (i de vegades massa) als canvis del volum d'activitat. Així, si es fa un esforç puntual (compra addicional) que no tindrà continuïtat o hi ha algun incident (com el tancament de quiròfans per qualsevulla raó), l'indicador es dispara cap avall o cap amunt, respectivament.

Per tenir una visió més integral, caldria sempre combinar-lo amb el temps de demora o de permanència en la llista.

Es tracta del procediment quirúrgic més freqüent i per això pot generar problemes de llista d'espera. El programa de garantia de llistes d'espera ha contribuït a la disminució del temps d'espera, amb l'aplicació de les compres selectives i addicionals.

Algunes interpretacions: temps de resolució de la llista d'espera de pròtesi de genoll

S'ha creat un registre d'artroplasties per avaluar tots els detalls relacionats amb les intervencions de genoll (i maluc).

S'observen diferències entre proveïdors en el temps de resolució. En aquest procediment especialment cal treballar els instruments de prioritzacions (amb protocol).

Cal treballar també els criteris de depuració de les llistes (èxitus i migracions resolució a altre dispositiu, públic o privat; finalitat de la indicació). Cal analitzar els fluxos entre territoris, per detectar si alguna disfunció suposa la sobrecàrrega d'algun centre per (in)acció d'altres centres.

El temps de resolució és la mesura més utilitzada pel seu valor hipotèticament predictiu (si es mantenen les condicions d'activitat), però no recull el comportament dels fluxos d'entrada. És una mesura de temps que reacciona molt àgilment (i de vegades massa) als canvis del volum d'activitat.

Així, si es fa un esforç puntual (compra addicional) que no tindrà continuïtat o hi ha algun incident (com el tancament de quiròfans per qualsevulla raó), l'indicador es dispara cap aval o cap amunt, respectivament.

Per tenir una visió més integral, caldria sempre combinar-lo amb el temps de demora o de permanència en la llista. Es tracta d'un procediment car i per això pot generar llistes d'espera.

El programa de garantia de llistes d'espera ha contribuït a la disminució del temps d'espera.

Cal anar amb compte amb el creixement experimentat els anys recents en pròtesis primàries. Encara han d'aparèixer, un cop acabada la seva vida útil, les revisions de pròtesis, amb el conseqüent impacte sobre la llista d'espera.

IV.2. Indicadors bàsics de qualitat assistencial^{18, 19, 23}

- ***Reingressos***

Hi ha tres opcions de complexitat tècnica creixent per articular l'indicador per centres hospitalaris:

- Taxa de Reingressos

Indicador simple:

$$\frac{\text{Altes totals}}{\text{Reingressos}} \times 100$$

Calculat sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció). No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

Ajust bàsic:

Definir reingrés a partir de 3 elements: motiu d'ingrés (urgent o no), finestra temporal entre episodis (1 mes o altre) i detall de la relació entre episodis (per categoria major diagnòstica o altres condicions, o cap).

Calcular el percentatge d'episodis que compleixen l'anterior definició.

Model estadístic:

Resultat d'una regressió logística que inclou tots els elements estadísticament associats als reingressos.

Objectiu: conèixer quins són els patrons de reingrés dels pacients, si la taxa de reingressos és molt elevada en relació a la mitjana.

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Període de les dades: últim any tancat (preferiblement ampliable a períodes plurianuals).

Algunes interpretacions: Reingressos

Al 2006 els hospitals han vist cada pacient una mitjana de 1,22 vegades en el mateix centre, cosa que suposa que un 18% de les altes corresponen a segones o posteriors visites d'un pacient. Aquests indicadors presenten diferències en funció del perfil de pacients atesos a cada centre.

Més enllà del què els models estadístics puguin ajustar, els reingressos poden estar associats a altes prematures. També poden estar associats a disponibilitats de llits (amb ingressos discrecionals).

Aquests ingressos discrecionals poden definir "reingressos" de pacients entre centres. Aquests reingressos entre centres també es poden vincular a problemes de qualitat percebuda, més enllà de les altes prematures.

Els reingressos imputables a un centre exclusivament per l'activitat generada a aquest centre, només són una dimensió del què interessa avaluar. Cal avançar en l'anàlisi dels desplaçaments de pacients entre centres (principalment quan generen episodis urgents).

Pot confirmar o no que hi ha condicions dels pacients vinculades a la seva cronicitat o a la complexitat de les intervencions realitzades, que poden explicar diferències de l'indicador entre centres.

- **Complicacions**

- Taxa bruta de complicacions

Percentatge d'episodis amb diagnòstics secundaris amb codis de la CIM de la secció 996-999: Complicacions de l'assistència mèdica i quirúrgica (no classificades en una altra banda), sobre el total d'episodis.
--

Calculat sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció). No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

Model estadístic:

Caldria evolucionar posteriorment cap al resultat d'una regressió logística que inclou tots els elements estadísticament associats a l'aparició de complicacions.

Objectiu: conèixer quins són els patrons de complicacions dels pacients. Convé garantir que no hi hagi dispositius d'assistència sanitària pública que generin més complicacions de les separables.

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies, per procediments quirúrgics, per grups d'edat, per diagnòstics secundaris.

Període de les dades: últim any tancat (preferiblement ampliable a períodes plurianuals).

Algunes interpretacions: Complicacions

La secció 996-999 no recull totes les complicacions, així mateix fer-ne el catàleg general és complex.

De fet, la identificació de les complicacions està pendent d'una revisió explícita en l'àmbit del sistema de pagament a nivell

internacional. Fins ara ha costat separar els diagnòstics secundaris entre comorbiditats i complicacions.

Cal posar èmfasi explícit a les infeccions nosocomials, malgrat les limitacions aquest indicador és utilitzable.

- **Mortalitat intrahospitalària**

Hi ha tres nivells d'anàlisi de complexitat i capacitat d'explicació progressiva:

– Taxa bruta de mortalitat

$$\frac{\text{Total èxits}}{\text{Total altes}} \times 100$$

Calculat sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció). No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

Indicador d'ajust bàsic:

Rati entre les defuncions observades i les esperades en funció del grup de casuística en què es classifica cada episodi.

Model estadístic:

Resultat d'una regressió logística que inclou tots els elements estadísticament associats a la mortalitat intrahospitalària.

Objectiu: conèixer quins són els patrons de mortalitat, per garantir que no hi hagi dispositius d'assistència sanitària que presentin un risc de mortalitat injustificablement superior.

Font d'informació: CMBD-HA (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies

Període de les dades: últim any tancat (preferiblement ampliable a períodes plurianuals).

Algunes interpretacions: mortalitat intrahospitalària

En conjunt, un 2,5% dels episodis acaben en èxitus.

Aquesta proporció no es distribueix de forma homogènia en tots els àmbits, ja que és pràcticament nul·la en la cirurgia major ambulatoria, puja al 7,1% en les urgències de menys de 2 dies d'estada i en el global dels episodis amb 2 o més dies d'estada, és del 3,3%.

Els hospitals amb resultats més elevats no necessàriament ho estan fent pitjor. Però un sistema d'identificació ajuda a posar èmfasi sobre situacions potencialment injustificades. Cada hospital ha de poder argumentar quins són els motius que hi ha al darrera dels seus resultats presumptament negatius, abans d'emprendre cap acció.

Els indicadors de mortalitat intrahospitalària tenen un gradient de complexitat vinculat a la millora de l'ajust de les condicions que n'estan associades. L'indicador brut té biaixos d'interpretació.

L'ajust bàsic es pot practicar en termes de l'agrupador de GRD-APR, atès que cada grup es classifica en funció d'un gradient de risc de mort.

El model estadístic (regressió logística) és l'opció tècnicament recomanable. Tanmateix, el baix volum de casos aconsella avaluar períodes de temps superiors a l'any.

La mortalitat intrahospitalària està associada tant als motius pels quals el pacient ingressa al centre, com a les característiques del propi pacient, les preferències culturals de la població de referència (factor metropolità-rural) i també a l'existència de dispositius socio-sanitaris de mitja estada pal·liativa l'entorn.

Cal interpretar-ne les diferències amb molta prudència i usar preferentment els d'ajust més elaborat.

- ***Taxa de cirurgia major ambulatoria (CMA)***

Hi ha 4 versions d'aquest indicador, en funció de si s'aplica al total d'activitat quirúrgica programada o a una selecció de casos potencialment ambulatoritzables, de si es calcula amb o sense ajust.

- Taxa bruta de CMA

$\frac{\text{Episodis quirúrgics programats d'estada 0 dies (amb alta domiciliària)}}{\text{Total d'episodis quirúrgics programats}} \times 100$
--

- Taxa bruta de CMA en procediments ambulatoris

Indicador sobre selecció brut (llista de 14 procediments potencialment ambulatoris del CatSalut):

Episodis quirúrgics de la llista programats d'estada 0 dies	x 100
Total d'episodis quirúrgics de la llista programats	

L'indicador sobre selecció ajustat seria: el rati entre els episodis de la llista efectivament ambulatoritzats i els que s'esperaria veure, si el centre ambulatoritzés cadascun dels 14 procediments com ho fa el conjunt de la xarxa.

L'indicador total ajustat seria: el rati entre el total d'episodis ambulatoritzats i els esperats, si el centre es comportés com la xarxa en cada grup de procediments (segons llista P2-APR95x-S&R).

Objectiu: conèixer com s'atenen els processos quirúrgics.

De cara a millorar l'eficiència del sistema es pot assolir que el màxim nombre de procediments quirúrgics majors siguin realitzats en termes de cirurgia major ambulatòria (CMA).

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies i procediments quirúrgics

Període de les dades: últim any tancat (amb comparatius amb el immediatament anterior).

Algunes interpretacions: índex de substitució de cirurgia major ambulatoria

En conjunt, el 40% dels episodis quirúrgics es realitzen amb estada 0 dies. Aquest percentatge està creixent de forma notòria. Si ens fixem en els procediments potencialment ambulatoritzables del CatSalut, el percentatge puja al 65%.

Hi ha diferències marcades per centres. Algunes d'aquestes diferències es compensen al treballar amb els indicadors ajustats. Els indicadors bruts posen de manifest una realitat que queda condicionada per la complexitat de les intervencions practicades a cada centre i pel perfil dels pacients atesos.

Cal excloure del numerador els èxits i trasllats d'estada 0 dies, tot mantenint-los al denominador. Convé calcular el conjunt d'estades 0 i 1 dia per avaluar l'ambulatorització diferencial segons la dispersió de la població de referència.

L'ambulatorització de les intervencions quirúrgiques programades no és únicament eficiència en la gestió dels centres, sinó també una millora en termes de seguretat i comoditat per al pacient.

- **Taxa de cesàries**

– Taxa bruta de cesàries

$$\frac{\text{Cesàries}}{\text{Total de parts}} \times 100$$

Calculats sobre els episodis obstètrics que generen un part.

- Taxa ajustada de cesàries

Cesàries esperades	X 100
Cesàries realitzades	

Objectiu: conèixer la pràctica relativa de les cesàries en els serveis d'obstetrícia, per garantir que no hi hagi dispositius d'assistència sanitària que generin més cesàries de les que es poden explicar en funció dels perfils de risc de les pacients ateses.

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies

Període de les dades: últim any tancat (amb comparatius amb el immediatament anterior).

Algunes interpretacions: percentatge de cesàries

El percentatge de cesàries és del 25%, variant entre el 21% dels parts de finançament públic i el 33% dels parts de finançament privat.

Hi ha fortes diferències per centre. Algunes d'elles es compensen en funció del perfil de risc del part i complicacions / comorbiditats de l'episodi. Per els centres de referència és discriminatori un menor esforç en determinats perfils de pacients va acompanyat de la recompensa d'un pes més elevat a efectes de sistema de pagament.

Cal revisar el perfil de les cesàries per dia de la setmana d'ingrés (per ajustar, si cal: el divendres és 2 punts més alt que el dilluns).

El comparatiu dels centres de la XHUP amb els centres privats, és significatiu.

L'ajust de risc es pot fer en virtut dels GRD, versió AP, que classifiquen els parts i les cesàries en funció de ser o no d'alt risc i de la presència o no de complicacions i comorbiditats (majors o no).

El càlcul a partir de GRD és més fàcil que fet a partir de codis CIM, però no sempre és exhaustiu (atès que el sistema propicia la classificació d'episodis complexos en GRS específics).

No aporta informació sobre els parts naturals. S'estan potenciant, però causen també sempre ingrés.

- **Massa crítica quirúrgica**

El plantejament rigorós d'un indicador de massa crítica requereix un abordatge cas a cas, basat en la literatura científica. Però hi ha la possibilitat de plantejar un indicador bàsic:

– Massa crítica per procediment quirúrgic

Nombre d'episodis quirúrgics* programats que acumulen al menys 1 cas al més**	x 100
<hr/> Nombre total d'episodis quirúrgics programats.	

Calculat sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció).

No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

Objectiu: conèixer la pràctica clínica dels centres en relació a l'acumulació d'expertesa que garanteixi la millor qualitat assistencial, vetllant perquè els dispositius d'assistència sanitària pública no obrin més línies d'actuació de les que són compatibles amb una bona qualitat assistencial.

Font d'informació: CMBD-HA (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per causes primàries i secundàries d'èxitus

Període de les dades: últim any tancat (preferiblement ampliable a períodes plurianuals).

Algunes interpretacions:

Hi ha grans diferències entre els resultats dels centres, en general (però no exclusivament), relacionat amb el nivell del centre. Així, els centres d'alta tecnologia presenten valors inferiors al 5%, mentre que els aïllats i els complementaris superen en general el 10%.

La decisió de mantenir determinats centres es pot qüestionar des del punt de vista de la massa crítica, però es sosté des d'una òptica de facilitació de l'accés i de re-equilibri territorial. El "trade-off" entre accés i qualitat està implícit.

Com s'ha dit, el plantejament rigorós d'un indicador de massa crítica requereix un abordatge cas a cas, basat en la literatura científica:

cal posar l'èmfasi en els casos documentats. No tota l'activitat de baix volum s'associa a la bibliografia amb pitjors resultats.

La mètrica que s'usa per operativitzar l'indicador (1+ casos al mes) és arbitrària. El gradient no pot ser el mateix per a tots els procediments. S'ha optat pels GRD-APR bàsics, sense distinció per severitat, perquè aquests són els més compactes en condensar totes les separacions dels GRD-AP.

En determinats procediments, l'experiència és un grau i aquesta només es pot adquirir gestionant volums d'activitat destacats.

No tots els centres poden captar el nombre bàsic de pacients que garanteixi la millor qualitat assistencial.

- **Hospitalització evitable²⁶**

Proporció d'episodis evitables de responsabilitat compartida entre l'atenció primària i l'hospital:

Calculat sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció). No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

La validació de les llistes de condicions d'hospitalització evitable a nivell estatal té com a referent un estudi liderat per Josefina Caminal, que articula les anomenades *Ambulatory care sensitive conditions* (ACSC)²⁷ en relació a la responsabilitat exclusiva de l'atenció primària de salut (quan la condició s'hauria pogut controlar, però un cop produïda el ingrés és necessari) o compartida amb

l'hospital (quan la condició s'hauria pogut controlar, però un cop produïda el ingrés no és necessari).

Objectiu: conèixer la pràctica clínica dels centres hospitalaris i dels equips d'atenció primària en relació als pacients crònics que podrien estalviar-se hospitalitzacions amb un bon control de l'atenció primària.

Convé vetllar per tal que els dispositius d'assistència sanitària pública no generin activitat innecessària per una gestió poc curosa.

Font d'informació: CMBD-HA (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Període de les dades: últim any tancat (amb comparatius amb el immediatament anterior).

Algunes interpretacions: Condicions controlables per l'atenció primària

Els diferents àmbits geogràfics presenten diferències en relació a les proporcions d'*Ambulatory care sensitive conditions (ACSC)*²⁷ que generen com a ingrés els seus residents. Hi ha una part imputable exclusivament a l'atenció primària de salut i una altra amb responsabilitat compartida amb l'hospital. Aquest indicador combina dues línies assistencials. En aquells entorns en què hi hagi una bona comunicació, els casos haurien de ser significativament menors.

En aquest sentit és un indicador que, en un entorn de pagament en base poblacional ha de mesurar l'efectivitat d'estalvi d'hospitalitzacions que suposa, tant per una potenciació dels

elements de protecció i promoció de la salut per part de la primària, com per la desactivació d'incentius productivistes a l'hospital. La relació de codis es pot trobar a Gac Sanit 2001; 15 (2): 128-141.

Hi ha episodis d'hospitalització que es poden teòricament evitar amb un bon control per part de l'equip d'atenció primària. D'aquests n'hi ha que els generen els hospitals ingressant discrecionalment casos que no són tributaris necessàriament d'ingrés.

- **Taxa de necròpsies**

– Taxa bruta

$\frac{\text{Necròpsies clíniques}}{\text{Èxitus}} \times 100$
--

Objectiu: conèixer el grau de validació dels diagnòstics i tractaments, i establir una correlació.

Font d'informació: CMBD-HA (Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Període de les dades: darrer any tancat

IV.3. Indicadors bàsics de solvència econòmicofinancera²⁸⁻³⁰

Tots i cada un dels indicadors tenen com a font d'informació la Central de Balanços i el període d'un any

- **Rendibilitat**

Hi ha tres nivells d'anàlisi:

- Rendibilitat (eficiència) econòmica

Relaciona l'excedent i les despeses financeres amb l'actiu

$$\frac{\text{Resultats abans impostos}}{\text{Total actiu}}$$

Valor ideal : com més gran més rendibilitat

- Rendibilitat (eficiència) financera

Mesura l'excedent generat en relació a les inversions dels propietaris.

$$\frac{\text{Excedent de l'exercici}}{\text{Fons propis}}$$

Valor ideal : com més gran més rendibilitat

- Rendibilitat (eficiència) productiva

És l'habilitat per a produir un producte a un cost mínim, utilitzant la menor quantitat d'inputs (eficiència tècnica) i escollint una combinació de factors adequada (eficiència d'assignació).

$$\frac{\text{Ingressos d'explotació}}{\text{Despeses d'explotació}}$$

Valor ideal : >1

- **Sostenibilitat**

Hi ha quatre nivells d'anàlisi:

- Fons de maniobra

Indica que hi ha recursos de sobra per fer front als pagaments a curt termini i que, en cas de haver retràs en els cobraments, es podran pagar els deutes.

$$\text{Actiu circulant - creditors a curt}$$

Valor ideal: segons el cas, però en general, ha de ser positiu i ampli, tot i que si és molt gran pot ser ineficient

- D'endeutament

Percentatge de deutes (passiu exigible) que té l'entitat respecte al seu passiu no exigible (Fons propis i ingressos a distribuir).

$$\frac{\text{Creditors curt + creditors llarg}}{\text{Fons propis + ingressos a distribuir}}$$

Valor ideal: que tendeixi cap a 0

- Tresoreria (liquiditat)

Indica fins a quin punt és fàcil convertir en diner l'actiu de l'empresa i per tant, en quina mesura serà capaç de fer front a les seves obligacions.

$$\frac{\text{Tresoreria + deutors}}{\text{Creditors a curt}}$$

Valor ideal: >1

- “Cash Flow”

Ofereix informació sobre possibles problemes de liquiditat i avalua les taxes de retorn d'un projecte ja que informa sobre l'excedent net generat.

$$\text{Excedent net} + \text{Amortitzacions} + \text{Provisions}$$

Valor ideal: positiu i com més gran millor

- **Productivitat**

Hi ha dos nivells d'anàlisi:

- Bruta

Informa sobre la capacitat d'un centre de generar ingressos en relació a les seves UMEs.

$$\frac{\text{Facturació}}{\text{UMEs}}$$

Valor ideal: A comparar amb els centres de característiques similars com ara els del mateix grup estructural.

- Neta

Informa sobre el número de UMEs que es produeixen per persona.

$$\frac{\text{UMEs}}{\text{PPE}}$$

Valor ideal: a construir per comparació amb els centres de característiques similars com ara els del mateix grup estructural.

- **Finançament**

Hi ha dos nivells d'anàlisi:

– Finançament segons producció

Informa sobre el que el centre factura i el que gasta per unitat produïda i per tant es poden comparar graus de finançament entre centres similars.

Facturació	—	Despesa
UME		UME

Valor ideal: a comparar amb els centres de característiques similars com ara els del mateix grup estructural i amb IRR i IRE similars.

– Finançament segons treballadors

Informa sobre el que el centre factura i el que gasta per PPE i per tant es poden comparar graus de finançament entre centres similars.

Facturació	—	Despesa
PPE		PPE

Valor ideal: a comparar amb els centres de característiques similars com ara els del mateix grup estructural i amb IRR i IRE similars.

IV.4. Indicadors bàsics de la satisfacció dels usuaris¹⁶

- **Atenció del metge i l'infermera**

$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$
--

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (preguntes 22, 23, 19, 12, 14, 18, 9, 10).

Període: malalts atesos en un mateix any

- ***Tracte i relació amb els professionals***

$$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$$

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (preguntes 7, 6, 8, 10).

Període: malalts atesos en un mateix any

- ***Organització del centre i confort***

$$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$$

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (preguntes 2, 3, 4, 5, 1).

Període: malalts atesos en un mateix any

- ***Informació rebuda***

$$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$$

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (preguntes 13, 15, 11, 21).

Període: malalts atesos en un mateix any

- **Confiança**

$$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$$

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (preguntes 16 i 17).

Període: malalts atesos en un mateix any

- **Satisfacció general**

$$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$$

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (preguntes 101 i 102).

Període: malalts atesos en un mateix any

- **Temps en llistes d'espera**

$$\frac{\text{Total de respostes positives}}{\text{Total de respostes}} \times 100$$

Font d'informació: enquesta de satisfacció atenció hospitalària (pregunta 24).

Període: malalts atesos en un mateix any

IV.5. Indicadors bàsics d'activitat assistencial²³⁻²⁵

- **Estada mitjana**

Ha estat un indicador utilitzat abastament per tots els sistemes d'informació i de contraprestació com a limitador en sistemes de pagament d'estades.

– Estada mitjana

$\frac{\text{Nombre d'estades}}{\text{Nombre d'altres}}$
--

Objectiu: conèixer i comparar.

Font d'informació: Central de balanços.

Desagregació: per patologies

Període de les dades: anyal

- **Rati primeres visites / succesives**

Com l'estada mitjana, ha estat utilitzat com a sistema d'avaluació i contraprestació de l'activitat ambulatoria .

– Determinació de l'indicador

$\frac{\text{Nombre de visites total}}{\text{Nombre de primeres visites}}$
--

Objectiu: conèixer i comparar, per avaluar la capacitat resolutiva en l'atenció especialitzada ambulatoria.

Font d'informació: Central de balanços.

Desagregació: per especialitat, servei o programa

Període de les dades: anyal

- **Índex de rotació**

És un dels indicadors clàssics de la gestió hospitalària.

– Determinació de l'indicador

$$\frac{\text{Nombre d'ingressos}}{\text{Nombre de llits}}$$

Objectiu: conèixer la utilització dels llits de forma quantitativa. Pot ser també indicador d'accessibilitat.

Font d'informació: CMBD, ESSRI i Central de Balanços.

Període de les dades: anyal

Algunes interpretacions:

Relacionats estada mitjana, rati primeres/successives i índex de rotació, es poden establir avaluacions qualitatives en relació als temps de llista d'espera, la capacitat productiva, etc.

- **Pressió d'urgències**

– Taxa d'ingressos urgents

$$\frac{\text{Ingressos d'urgències}}{\text{Ingressos totals}} \times 100$$

Calculat sobre el total d'hospitalitzacions i cirurgia major ambulatoria (inclou activitat de les sales d'observació d'urgències pels casos de més de 12 hores o que acaben en trasllat o defunció). No inclou cirurgia menor, urgències amb alta domiciliària de menys de 12 hores, ni episodis d'hospital de dia.

– Taxa d'urgències ingressades

$$\frac{\text{Ingressos urgències}}{\text{Urgències totals}} \times 100$$

Objectiu: conèixer el condicionament de l'assistència hospitalària vinculada a la gestió dels casos no programats, per tal de vetllar perquè l'excés d'urgències no alteri el correcte funcionament del centre.

Font d'informació: CMBD-HA (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies

Període de les dades: últim any tancat (preferiblement ampliable a períodes plurianuals).

Algunes interpretacions: pressió d'urgències

La pressió d'urgències està al voltant del 47%.

Si descartem la CMA, la pressió puja al 58%.

Si també descartem les sales d'observació d'urgències, la pressió es situa al 55%. Aquest indicador s'ha de complementar, quan es

desenvolupi el CMBD d'urgències, amb la proporció d'urgències ateses que causen ingrés.

Cal anar amb compte amb la manera de comptar les estades 0 i 1: el CMBD integra totes les urgències que acaben amb èxitus o trasllat a un altre centre d'aguts o que acumulen un mínim de 12 hores (tant si encavalca pernocta com si no).

Alguns dels episodis comptats són de sala d'observació i la seva declaració per part dels centres pot haver estat condicionada pels seus efectes sobre el sistema de pagament.

Un excés d'urgències condiona el correcte funcionament dels centres. Ens trobem amb un entorn social que genera un excés d'ús dels serveis d'urgències hospitalaris, que en ocasions poden acabar suposant un entrebanc.

- **Activitat mèdica ingressada**

– Indicador brut

$$\frac{\text{Episodis mèdics que generen més de dues pernoctes}}{\text{Total d'episodis}}$$

– Indicador ajustat:

Calcular el rati entre l'estada mitjana depurada del centre* i l'estada mitjana ajustada** del centre

* excloent els casos d'estada extrema

** l'estada mitjana depurada que tindria el centre si cada grup de pacients (GRD-AP) el tractés amb les condicions de l'estàndard de

comparació (format amb el conjunt d'activitat dels centres de les mateixes característiques)

Objectiu: conèixer l'eficiència en la gestió dels casos mèdics ingressats. Convé vetllar per tal que els pacients no acumulin dies d'ingrés innecessaris.

Font d'informació: CMBD-HA (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts).

Desagregació: per patologies.

Període de les dades: últim any tancat (amb comparatius amb el immediatament anterior).

Algunes interpretacions:

Aquest indicador es centra en l'activitat mèdica, perquè la substitució per CMA representa (gairebé) el mateix que aquest indicador en relació a l'activitat quirúrgica.

S'aplica a estades de 2 o més dies, perquè sovint els casos mèdics d'estada 0 ó 1 dia responen a episodis en sala d'observació d'urgències i, per tant, no estan necessàriament associats a eficiència en la gestió dels casos, sinó desbordaments dels serveis d'urgències.

Per fer aquest exercici d'estades mitjanes, cal depurar els casos d'estades extremes, que poden alterar els resultats (fem servir 2 distàncies interquartil aplicades al tercer quartil, sempre que això estigui per sobre del percentil 95 i tingui un mínim de 30 casos).

Per agrupar els pacients, optem per la versió AP dels GRD, per ser la que millor segmenta les complexitats a efectes del càlcul d'aquest indicador (la versió APR és massa sensible a estils de codificació diferent per part dels centres i la versió CMS no identifica complicacions o comorbiditats majors i les tracta com a ineficients).

Estalviar dies d'ingrés no beneficia només la rotació centre, sinó també pot beneficiar al malalt si no es tracta d'un alta prematura, amb risc de generar un reingrés.

- **Rendiments dels quiròfans**

– Indicador brut de productivitat dels quiròfans freds

$\frac{\text{Nombre d'intervencions totals programades}}{\text{Nombre de quiròfans programats x dies hàbils a l'any}}$
--

Objectiu: permet una primera aproximació a la utilització de la capacitat de les instal·lacions i la seva productivitat.

Font d'informació: ESSRI (estadística d'establiments sanitaris amb règim d'internat), CMBD-HA (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts) .

Període de les dades: anual.

- **Temps mèdic en assistència directa**

– Indicador brut basat en els estàndards acceptats pels actes mèdics directes

$\frac{\text{Temps estimat en atenció directa (*)}}{\text{Total temps contractat}} \times 100$
--

Objectiu: determinar el temps mèdic dedicat a l'assistència en base al personal mèdic equivalent a jornada completa.

Font d'informació: ESSRI i Central de Balanços.

(*) Estadets + visites ambulatòries + intervencions + hospital de dia + hospitalitzacions domiciliàries + sessions diàlisi + programes especials

- **Actes mèdics per metge**

– Indicador brut de productivitat per metge

$$\frac{\text{Nombre d'actes mèdics principals}}{\text{Total metges clínics equivalents a jornada completa}}$$

Objectiu: concretar la mitjana d'actes mèdics amb la intervenció de la plantilla total mèdica.

Font d'informació: ESSRI (conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts) i Central de Balanços.

Període de les dades: anual.

- **Despesa farmàcia hospitalària**

– Indicador brut

$$\frac{\text{Despesa Farmàcia total (Hospitalització MHDA)}}{\text{UME}}$$

Objectiu: conèixer la despesa de farmàcia per la UME.

Font d'informació: Central de Balanços.

– Indicador net

$$\frac{\text{Despesa Farmàcia hospitalària}}{\text{Alta hospitalària}}$$

Objectiu: conèixer la despesa de farmàcia de l'ingrés hospitalari.

Font d'informació: Central de Balanços.

Període de les dades: anual.

- **Recursos d'infermeria**

– Indicador brut d'utilització dels recursos

$$\frac{\text{Total personal diplomad d'infermeria a jornada completa}}{\text{Total UMES}}$$

Font d'informació: Central de Balanços.

Període de les dades: anual.

– Productivitat d'infermeria

$$\frac{\text{Total UMES}}{\text{Total de personal diplomad d'Infermeria a jornada completa}}$$

Objectiu: establir la mesura de productivitat dels recursos d'infermeria diplomada.

Font d'informació: Central de Balanços.

Període de les dades: anual.

V. CONCLUSIONS

V. CONCLUSIONS

1. Catalunya pateix el mateix que la majoria de sistemes de salut altament desenvolupats: una saturació de registres, una utilització divisional dels mateixos i una visió altament complexa des de compartiments estancs.
2. Catalunya disposa d'uns registres d'informació que permeten l'avaluació dels seus hospitals abastament.
3. Els indicadors aquí exposats són un exemple possibilista per crear un registre d'indicadors homologats per la literatura, definir estàndards i publicar informes assequibles a polítics, gestors, professionals i sobre tot a ciutadans, sense crear nous sistemes d'informació.
4. El potencial dels seus registres permet una trajectòria evolutiva ambiciosa per crear desagregacions i nous indicadors, si es validen periòdicament les fonts d'informació i es fa aquesta altament fiable.
5. Aquest treball fa especial èmfasi en la descripció d'uns indicadors molt bàsics, però no cal perdre de vista que aquests són instruments amb la finalitat de donar garanties als agents i exercir l'autoritat, per a tots aquells que els hi correspongui, en analogia amb el món financer.
6. Posar en marxa un sistema com una Central de Resultats ha de portar associada l'assumpció per tothom de les conseqüències que se'n deriven. Aquesta aportació simplista no pretén res més que superar amb un modest instrument la victòria intel·lectual del

concepte “orientació als resultats” i servir de base a la posada en marxa del instrument primitiu.

7. La voluntat política ha estat traslladada a la realització de l'instrument: normativa i organitzativa. És possible el salt a l'aplicació

8. Per tal de fer factible la Central de Resultats de la XHUP han cregut necessari fer una proposta minimalista i bàsica sobre indicadors que ja tenen un consens “cultural” en el sector.

Els indicadors proposats en el quadre següent han de servir de estarter per la posada en marxa de la Central de Resultats del Sistema Sanitari de Catalunya:

ÀMBIT	INDICADORS
Accessibilitat a l'hospital	+Taxa d'hospitalització + Capacitat de resolució i atracció + Temps de resolució llista d'espera + Capacitat de resolució de la llista d'espera + Priorització de la llista d'espera + Resolució dels processos en garantia + Adequació de la compra selectiva
Solvència econòmicofinancera	+ Rendibilitat + Sostenibilitat + Productivitat + Finançament
Qualitat assistencial	+ Taxa de Reingressos + Taxa de Complicacions + Taxa de Mortalitat intrahospitalària + Taxa de Cirurgia major ambulatoria + Taxa de cesàries

	<ul style="list-style-type: none"> + Massa crítica quirúrgica + Hospitalització evitable + Taxa de necròpsies
Satisfacció de l'usuari	<ul style="list-style-type: none"> +Atenció del metge i d'infermeria + Tracte i relació amb els professionals + Organització del centre i confort + Informació rebuda + Confiança + Satisfacció general + Temps en llista d'espera
Activitat assistencial	<ul style="list-style-type: none"> + Estada mitjana + Rati primeres visites / successives + Índex de rotació + Pressió d'urgències + Activitat mèdica ingressada + Rendiment quiròfans + Temps mèdic per acte mèdic directe + Actes mèdic per metge + Despesa farmàcia hospitalària + Recursos d'Infermeria

9. Les possibilitats d'explotació i difusió de les dades¹⁵ que aglutinarà la Central de Resultats són múltiples. Caldria definir en detall quines dades, amb quin format i per quin mitjà es donarà difusió a aquesta informació als diferents agents del sistema (ciudadà, professionals i proveïdors, i Administració), adaptant-la a les demandes de cada un d'ells. Així mateix, és necessari acordar amb els diferents agents, els principis (codi ètic) que presidiran la utilització i difusió de la informació.

A continuació es presenta, de manera esquemàtica, un resum de les principals tipus d'exploracions que podrien realitzar-se amb les dades de la Central de Resultats:

- Elaboració d'informes:
 - Mostrant la situació individual de cada centre proveïdor respecte el conjunt i el seu grup de referència, per línia de producte, servei o especialitat.
 - Agregats: Catalunya, Regió Sanitària i Govern Territorial de Salut.
 - Adaptats a les demandes de cada un dels agents del sistema.
 - Presentant l'evolució en el temps dels resultats dels diferents centres, així com les diferències de resultats dins d'un mateix grup.
- Publicació de "rankings" i "benchmarks":
 - Ordenar els diferents proveïdors (codificats o amb total transparència), segons el valor dels indicadors de resultats, identificant el valor mig, el valor del "benchmark" i les diferències respecte aquests valors.
 - Definir indicadors compostos, calculats aplicant coeficients de ponderació a indicadors individuals (veure exemples francès i americà de la pàgina 115), i ordenar els proveïdors segons la puntuació obtinguda.

- Realització d'estudis:
 - Agrupació dels proveïdors aplicant tècniques estadístiques (*clusters*), i avaluació de la posició relativa dels diferents grups en base als resultats del conjunt d'indicadors (assistencials, econòmics, de recursos, de qualitat..) que es seleccionin.
 - Impacte assistencial i econòmic de reduir les diferències en el valor dels diferents indicadors respecte el valor mig o el valor del "benchmark" (és a dir, impacte de que el conjunt de proveïdors es comportés com el millor).
 - Interrelació entre els valors dels diferents indicadors.
 - Avaluació del comportament poblacional a partir dels fluxos per DRG (% altes hospitalàries d'un DRG fora de l'àmbit de referència).
 - Anàlisi de la variabilitat de la pràctica professional.

10. Malgrat la important limitació que suposa que indicadors que mesuren el mateix, siguin quantitativament diferents, és possible decidir, per fiabilitat, la font a utilitzar. Per tant, la Central de resultats en la seva dimensió instrumental d'avaluació pot ser construïda amb rapidesa i fiabilitat.

11. Exemplificació dels “rapports” de resultats dirigits als ciutadans³¹⁻³⁹

Article: **“Le palmarès des hôpitaux”**
 Houdart P., Malye F., Vincent J., Tourbe C.
 Sciences et Avenir – Setembre 1998 pp. 32-71

- **Activitat:** nº d'intervencions quirúrgiques/any (importància de l'entrenament dels equips quirúrgics)
- **Mortalitat estandarditzada** (ajustada per edat). suma dels èxits observats per tram d'edat respecte a la suma d'èxits per trams d'edat de la mateixa intervenció quirúrgica de tots els centres). si <1, mortalitat menor a la mitjana nacional
- **Notorietat** (% de pacients que provenen d'un altra àrea de referència)
- **Puntuació global:** indicador global calculat aplicant un coeficient de ponderació als 3 criteris considerats rellevants (activitat amb un coeficient de 3, mortalitat amb un coeficient de 3 i notorietat d'1). la millor puntuació calculada és de 20 i cada un dels hospitals es posiciona en el rànquing respecte aquest màxim.

Referència

Article: **“America’s best hospitals”**
 Kulman L., Fischman J., Comarow A.
 U.S. News & World Report – July 19, 1999 pp. 58-104

- **U.S. news índex:** puntuació de qualitat que té en compte reputació, índex de mortalitat dotació d'infermeria i tecnologia.
- **Reputació:** % de metges de l'especialitat que citen l'hospital en l'enquesta anyal de us news als anys 1997, 1998 i 1999.
- **Mortalitat:** morts reals/esperades (segons casuística). si > 1 pitjor que l'esperat; <1 millor que l'esperat
- **Altes hospitalàries:** volum de l'activitat
- **Volum quirúrgic:** nº intervencions quirúrgiques
- **Índex tecnològic:** tecnologies clau disponibles (1 punt si es tenen, ½ si es disposa a prop del centre). punt. màxima: 9
- **Planificació de l'alta:** oferta d'educació del pacient, gestió del cas i explicació a les famílies/curadors a l'alta del pacient)
- **Infermeria per llit:** dotació infermeres a temps complet/llit

criteris de puntuació (rànquing)

PROCEDIMENT: CIRURGIA ORTOPÈDICA (pròtesi de maluc)
 Rànquing dels N millors centres a França

Centres	Activitat	Mortalitat	Notorietat	Nota/20
Hospital 1	411	0,35	47%	19,39
Hospital 2	450	0,20	28%	19,34
Hospital 3	341	0,00	32%	19,27
Hospital 4	446	0,45	39%	19,21
Hospital 5	467	0,09	19%	18,95
..
Hospital n	114	0,00	10%	16,12

Exemples Publicats (França 98, EUA 99 i anys anteriors)

SERVEI: CARDIOLOGIA I CIRURGIA CARDIACA
 Rànquing dels N millors centres¹ als Estats Units

Centres	USN Ind.	Reputac.	Mortalit	TecnI	Volum	Inf/llit
Hosp 1	100,0	59,6%	0,67	9,0	5.780	1,69
Hosp 2	89,5	52,1%	0,74	9,0	4.923	1,10
Hosp 3	55,3	27,6%	0,84	9,0	3.283	,,35
Hosp 4	47,1	21,8%	0,91	8,5	2.599	1,30
Hosp 5	46,9	19,1%	0,84	9,0	3.771	1,63
...
Hosp n	20,4	0,0%	0,72	8,0	3.588	1,16

¹ Moltes de les dades que utilitza el US News per publicar el rànquing, les obté de l'enquesta anual que elabora l'American Hospital Association (AHA).

12. Vinculació i dependència de la Central de Resultats. A Catalunya, i mitjançant ordre del 17-12-2003 (DOG4032), es crea, adscrita al Departament de Salut, la Central de Resultats de la Xarxa d'Utilització Pública, amb l'objectiu general de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària per els diferents agents que hi actuen.

Aquest òrgan, en fase de desenvolupament, es regirà per un consell de direcció integrat per representants de l'Administració pública sanitària i de les organitzacions associatives de proveïdors del sistema sanitari de provisió pública, tenint com a president la persona titular del Departament de Salut.

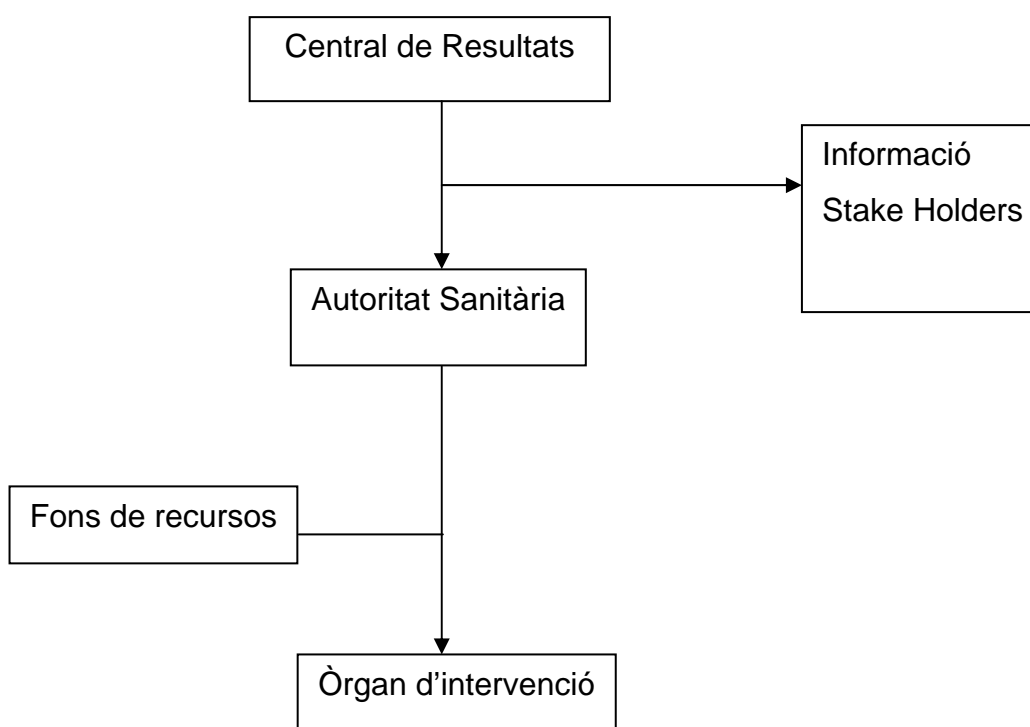
Es dotarà d'una comissió tècnica estable amb la finalitat d'estudiar, preparar i avaluar els instruments i informes necessaris per a l'assoliment dels encàrrecs del seu Comitè de Direcció.

Es donen moltes opinions i també exemples de models, que malgrat vinculació governamental, adopten la forma d'agència independent amb Presidències de prestigi sectorial o social.

13. Finançament dels recursos necessaris. Cal no perdre la idea que la Central de Resultats és un instrument per garantir la bona utilització dels recursos públics, i la continuïtat dels seus dispositius.

Caldria estudiar un sistema mixt "ex-ante" de contribució periòdica i sistemàtica i "ex-post" a cada tractament preventiu o crisi, sota la tutela del Departament d'Economia i Finances i el Departament de Salut, amb la responsabilitat executiva del CatSalut, en el cas que per exercir la garantia fos necessari destinar recursos econòmics extraordinaris, en el marc d'una intervenció.

14. Mecanisme d'intervenció. Caldrà estudiar i diferenciar els criteris convinguts per la intervenció, dels instruments tècnics de la mateixa i l'estructura de recursos necessària. També és necessari contextualitzar en el món sanitari si cal separar institucionalment i funcionalment la Central de Resultats, el fons de recursos i l'òrgan d'intervenció, si és, doncs, aquest desenvolupament futur. El sentit comú aconsellaria diferents instàncies.



VI. BIBLIOGRAFIA

VI. BIBLIOGRAFIA

1. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. DEPARTAMENT D'ECONOMIA I FINANCES. *Grup de Treball per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària.*
2. LÓPEZ CASASNOVAS, G. *Los sistemas de financiación de los hospitales: análisis de tendencias y estudio de consistencia de las propuestas de reforma para su implantación en los sistemas sanitarios públicos.* Gaceta sanitaria, 1993. Vol.7, pág.131-146.
3. BARBA, R., HERAS, D., RIERA, A., RUIZ, B. *Disseny de la Central de Resultats.* Fundació Unió, 2000.
4. MARTÍ, E., BALLESTER, J., BARBA, R., DE LA PUENTE, M.L, FERNÁNDEZ, R., GAVILÁN, P., MORERA, O., AGUSTÍ, E., NAVAS, J.J., ROMAN, A., SAMPIETRO, L., VARGAS, I. *Interpretació qualitativa i avanç simulació indicadors.* Grup de treball C.R. Consell Assessor del Director del CatSalut, 2003.
5. GARCÍA MACARRÓN, L. J.. *Los sistemas de garantía de depósitos como promotores de la estabilidad financiera, Estabilidad Financiera.* Banco de España , nº 3. Noviembre 2002.
6. BANCO DE ESPAÑA. *Informes de la Central de Balances.* Monografía anual, 2005.
7. DÍAZ RUIZ, E. *La Central de información de riesgos. Comentarios a la ley 44/2002 de medidas de reforma del sistema financiero.* Coordinado por Francisco Javier Sánchez Calero y Juan S. Calero Guillarte. Universidad de la Rioja, 2003.
8. BANCO DE ESPAÑA. *Memoria de la Central de información de riesgos.* 2006.

9. CANTALAPIEDRA ARENAS, M. *Estrategia Financiera*. Universidad de la Rioja, 2006.
10. FONDO DE GARANTÍA DE DEPÓSITOS. *Informe anual de estados financieros*, 2006.
11. DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA. Informe agregat de la Central de Balanços. Servei Català de la Salut. 2004.
12. MANTÉ, C. i altres. *Notes per una proposta per la creació d'una Central de Resultats del Sistema Sanitari Públic Català*. Consorci Hospitalari de Catalunya, 2000.
13. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. *Memòria d'activitats*. 2005.
14. OMS. *Mejorar el desempeño*. Informe sobre la salud en el mundo., 2000.
15. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *C.M.B.D.H. Servei Català de la Salut*, 2005.
16. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Enquesta de Satisfacció* . Servei Català de la Salut, 2004.
17. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *EESRI. Informació estadística de l'assistència hospitalària a Catalunya*. Direcció General de Recursos Sanitaris, 2005.
18. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Registre llistes d'espera*, 2006
19. CASAS, M. *Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*. Editorial Masson, 1991.

20. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Classificació Internacional de Malalties* 9a revisió, modificació clínica (CIM 9.CM) 5a edició, 2005.
21. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya*. Manual , 2006.
22. DEL LLAN, J. o SEÑARIS y otros. *Sistema de Información Sanitaria en España*. Fundación Lilly, Fundación Sanitas, Fundación Gaspar Casal. Edittec, 2004.
23. JOINT COMISSION. *Estándares internacionales de acreditación de hospitales*. Fundación Avedis Donabedian, 2000.
24. ASENJO, M.A. y PRAT, A. Protocolo de Adecuación de Ingresos y Estancias (AEP). *Gestión Diaria del Hospital*. Editorial Mason, 2006.
25. GUTIERREZ MARTÍ, R. *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
26. CAMINAL, J. y otros. *Avance en España en la Investigacions con el indicador "Hospitalitzacions por enfredades sensibles a cuidadors en la atencions primària"*. Revista Espanyola de Salud Pública, Mayo-Junio,. Vol 76, nº 3, pág. 189-196. Ministerio de Salud Pública, 2002
27. CAMINAL, J. y otros. *Las hospitalizaciones por A.C.S.C.: selección del listado de códigos del diagnóstico válidos para España*. Gaceta Sanitaria, 2001; 15 (2): pág.128-141
28. AMAT, O. *Análisis de estados financieros. Fundamentos y aplicaciones*. Gestión 2000. Barcelona, 1996.
29. RUIZ, B., FERRER, J. M. *Introducción a la Gestión Empresarial de los centros de Asistencia sanitaria*. Vol.1. *Elementos básicos de la gestión*.

- Unidad 5. *La gestión de los recursos económicos*. HERAS, D. y SOTORRES, LI. Centro de Estudios del Colegio Oficial de Médicos, 2000.
30. FERNANDEZ ELÉJABA, J. A. NAVARRO VIOJA, I. *Cómo interpretar un balance*. Ediciones Deusto, 1992.
31. HOUDART, P., MAYLE, F., VINCENT, J., TOURBE, C. *Le palmarès des hospitaux*. Sciences et Avenir, setembre 1998, pág 32-71.
32. KULMAN, L., FISCHMAN, J., COMAROW, A. *America's best hospitals*. U.S. News & World Report. July, 1999. pág 58-104.
33. CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, CIHI. *Health Information Road Map. Responding to Needs*. 1999, pág. 110.
34. KULMAN, L., FISCHMAN, J., COMAROW, A. *America's best hospitals*. U.S. News & World Report. July, 1999.
35. NHS, UK DEPARTMENT OF HEALTH. *The new NHS Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance*. 1998.
36. ESMAIL, N., WALKER, M. *How Good is Canadian Health Care. Critical Issues Bulletin*. The Fraser Institute, 2005.
37. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Sistema de información de asistencia especializada: manual de explotación 2001*. Instituto Nacional de Salud, 2001.
38. IASIST, S.A.. Grupo HCIA Internacional. *Descubra el perfil de los mejores centros hospitalarios del país*, 2000.
39. GOUVERNEMENT DE QUÉBEC. Santé et Services Sociaux du Québec. *La budgétisation et la Performance financière de Centres Hospitaliers*, 2002.

