



Bases d'informació de la Central de Resultats de la XSUP

Central de Resultats de la XSUP

ÍNDEX

1. Introducció	3
2. Bases del sistema d'informació de la Central de Resultats de la XSUP	7
3. Model de fitxa de definició de l'indicador	29
4. Relació d'indicadors	33
5. Quatre fitxes pilot de definició i de resultats	39

retornar

1. Introducció

Introducció

El present document és el fruit del treball de la Comissió Tècnica de la Central de Resultats. A partir del document proposat a la reunió de l'esmentada comissió de 26 de juny de 2008, les entitats representades han realitzat una tasca de revisió en col·laboració amb els tècnics de les associacions i dels centres sanitaris i han consensuat les seves propostes de modificació i aportacions al document. Posteriorment, s'han produït diverses reunions entre els tècnics del Servei Català de la Salut i cada una de les entitats representades a la Comissió Tècnica per parlar de les modificacions proposades i anar configurant un nou document. Un cop finalitzat aquest procés, la Comissió Tècnica va acordar en la seva reunió de 26 de novembre de 2008 elevar el present document al Consell de Direcció de la Central de Resultats.

Un dels comentaris generalitzats ha fet palesa la necessitat d'anar avançant progressivament cap a una major proporció d'indicadors pròpiament de resultats en relació al total d'indicadors. El fet d'iniciar aquest projecte partint majoritàriament de la informació ja disponible i el fet de voler emmarcar la informació de resultats en el context més ampli del coneixement general del sistema sanitari d'utilització pública de Catalunya, han fet que el percentatge d'indicadors de resultats no fos tan gran com seria desitjable. Entenem que aquest objectiu s'assolirà progressivament.

Pel que fa als indicadors, s'han introduït modificacions d'acord amb les propostes rebudes i discutides en les reunions realitzades, tot i que una part de les modificacions s'inclouran definitivament en la redacció definitiva de les fitxes de cada indicador, que es va realitzant de forma coordinada amb el procés de normalització d'indicadors endegat en el Departament de Salut. Així, l'actual document recull les modificacions d'indicadors que afecten els apartats de les fitxes actualment integrades en el mateix, tot i que properament aquestes seran substituïdes per les fitxes resultants de la normalització esmentada. S'adjunta en

annex, pàgina 29, al present document el model de fitxa dels indicadors que s'està acabant de normalitzar, per tal que es pugui veure el nivell d'informació sobre cada indicador que integrarem finalment a la Central de Resultats un cop tancat l'esmentat procés.

En qualsevol cas, cal deixar ben present que la base d'indicadors de la Central de Resultats es configura com un element dinàmic que pot anar introduint progressivament canvis acordats en el marc de consens que regeix el projecte. És per això que cal considerar el present document com un punt de partida que anirem millorant amb el temps.

Les bases d'informació que aquest document recull van ser aprovades pel Consell de Direcció de la Central de Resultats el dia 1 de desembre de 2008.

2. Bases del sistema d'informació de la Central de Resultats de la XSUP

retornar

BASES DEL SISTEMA D'INFORMACIÓ DE LA CENTRAL DE RESULTATS DE LA XSUP

0. Entorn general

En les economies avançades de l'OCDE, el sector sanitari ha passat per diferents etapes en el seu desenvolupament fins arribar a l'etapa actual on, cada cop més, s'imposa la necessitat d'avaluar la qualitat i els resultats del sistema sanitari. Aquest procés ha anat molt en paral·lel amb l'evolució, clarament liderada pels països anglosaxons i nòrdics, de la cultura de l'avaluació en els diferents àmbits de les polítiques públiques. Vivim en un món amb recursos limitats i ja no es tracta tant sols d'augmentar l'activitat i controlar els costos, sinó que també cal prioritzar serveis i garantir la millor eficàcia, efectivitat, eficiència i qualitat.

La construcció d'una bateria d'indicadors és, probablement, la millor manera de conciliar el rigor tècnic que requereix l'avaluació amb la necessitat d'una eina fàcil d'utilitzar pels diferents destinataris. No obstant, l'elecció dels indicadors no pot ser arbitrària sinó que cal que estigui justificada d'acord amb els objectius i marc de referència de les polítiques. Els països pioners en desenvolupar unilateralment uns marcs conceptuals en aquest àmbit són: Austràlia, Canadà, Dinamarca, Països Baixos, Gran Bretanya i Estats Units.

Des de l'any 2000, l'OCDE va fer un enorme esforç amb l'ajut tècnic de 23 països -entre els quals va comptar amb Espanya- per a unificar els diferents marcs conceptuals existents dels països de referència. El resultat més destacat d'aquesta tasca meticulosa de comparació d'indicadors i de marcs de referència és el que s'anomena el *Health Care Quality Indicators project* (HCQI) i que la Comunitat Europea, amb la col·laboració activa dels estats membres, ha adoptat per al sistema d'indicadors en salut europeu anomenat *European Community Health Inticators* (ECHI). Malgrat que la bateria d'indicadors de l'ECHI és un procés viu de revisió continuada i, per tant, alguns indicadors canvien d'un any per l'altre, l'eix principal i l'estructura del mateix respon al model conceptual dissenyat i consensuat en el projecte HCQI a nivell d'OCDE.

El marc conceptual HCQI de l'OCDE representa una revisió exhaustiva i sintètica dels principals sistemes d'informació sanitària utilitzats en els països de l'OCDE i en organitzacions internacionals com la OMS. Els requeriments *ex-ante* per a la seva definició eren: que fos un model multidimensional, basat en experiències ja implementades en l'avaluació de sistemes sanitaris i de la qualitat assistencial. Aquest model posa en context intern i extern els resultats del sistema sanitari.

El projecte europeu ECHI ha realitzat un procés continu i encara viu d'adaptació i validació dels indicadors amb els estats membres. És a través d'aquest procés que s'introdueixen noves dimensions en els àmbits d'avaluació de la qualitat del sistema sanitari, incorporant modificacions i ampliant àmbits. S'incorporen mesures d'estructura, de processos, de resultats (*outcomes*), mesures de les necessitats assistencials i mesures d'eficiència.

L'Estat espanyol ha participat tant en la creació del model de l'OCDE com en la discussió i el consens dels indicadors del ECHI. Seguint un procediment *top-down*, de la participació en aquest marc internacional n'ha resultat la creació del sistema anomenat *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*.

Aquests indicadors del *Sistema Nacional de Salud (SNS)* constitueixen un conjunt prioritzat d'informació que inclou els aspectes de salut i de sanitat a l'Estat espanyol. El marc conceptual i metodològic de referència utilitzat ha estat el projecte ECHI. El *Consejo Interterritorial del SNS* va aprovar, en la seva sessió plenària del març de 2007, un primer llistat de 110 indicadors. Els indicadors escollits es relacionen amb els àmbits i dimensions formulats en el marc internacional/europeu: població, estat de salut i els seus determinants, oferta de recursos, activitat, qualitat, despesa i satisfacció dels ciutadans.

Aquestes referències constitueixen un marc general a nivell de l'Estat i internacional que no es pot obviar en un projecte com el de la Central de Resultats.

La Central de Resultats de la XSUP neix d'un procés *de baix a dalt*, és a dir, l'invers al descrit en els apartats anteriors, perquè parteix del principi de participació que implica consensuar amb els diferents actors de la XSUP i

destinatari de la informació uns indicadors per mesurar i avaluar els resultats i promoure la transparència i la millora de la qualitat del sistema.

En qualsevol cas, però, la classificació dels indicadors adoptada és molt semblant a la resultant del marc conceptual internacional. Hi ha diferències que òbviament variaran amb el temps. A grans trets, les classificacions dels indicadors a nivell extern coincideixen quasi plenament, tot i que la selecció dels indicadors és lleugerament diferent.

Un altre dels principis que han inspirat la metodologia de treball de la Central de Resultats, és el de consolidació de la informació ja existent en el sistema, aprofitant així els processos d'anàlisi, definició d'indicadors i prioritització realitzats en diversos projectes o actuacions que s'han produït en el sistema sanitari a Catalunya.

Així, podem citar el projecte *Acompliment*, realitzat pel Consorci Sanitari de Barcelona per encàrrec del Departament de Salut, els indicadors del Pla de Salut de Catalunya i del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública redactats pel Departament de Salut, la informació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades, els indicadors de la Central de Balanços, construïts pel sector i el Servei Català de la Salut, la tesi doctoral *Bases per la Central de resultats i garanties del sector hospitalari de Catalunya* del Dr. Boi Ruiz, la plataforma *Barcelona Observatori de Tendències en Serveis Sanitaris* del Consorci Sanitari de Barcelona, els registres oficials del Departament de Salut, el Pla de Sistemes d'Informació del Servei Català de la Salut i altres fonts d'informació. Entenem que el principi de consolidació que s'ha imposat la Central de Resultats ens obliga a posar en valor tot el treball ja realitzat en l'àmbit dels instruments per a la informació sanitària perquè així aprofitem el valor afegit que tants professionals han generat en els processos de construcció dels esmentats instruments. D'aquesta manera construïm amb eficiència i sobre unes bases segures.

1. Missió de la Central de Resultats

La Central de Resultats de la XSUP fou definida mitjançant l'Ordre SSS/496/2003, de 14 de novembre, de creació de la central de resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya. Va ser creada amb la missió de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits, en l'àmbit de l'assistència sanitària, pels diferents agents integrants del sistema sanitari d'utilització pública, per tal de facilitar una presa de decisions corresponsable al servei de la qualitat de l'atenció sanitària prestada als ciutadans de Catalunya.

2. Objectius

Derivats d'aquesta missió es defineixen els següents objectius de la Central de Resultats:

2.1. Mesurar i avaluar els resultats de la xarxa sanitària d'utilització pública en els àmbits de:

- 2.1.1. Resultats de salut
- 2.1.2. Qualitat assistencial
- 2.1.3. Eficiència
- 2.1.4. Sostenibilitat econòmica
- 2.1.5. Accés als serveis i atenció al ciutadà

2.2. Posar a l'abast dels agents del sistema informació útil per a la millora dels resultats i de la qualitat assistencial de les diverses entitats que el conformen.

2.3. Proposar i promoure avenços en els sistemes d'informació de la xarxa sanitària d'utilització pública per millorar l'avaluació de resultats.

2.4. Difondre les conclusions derivades de la valoració de resultats.

La Central de Resultats ha de ser l'instrument bàsic per establir, de manera integrada i global, un sistema transparent de mesura i avaluació dels resultats assolits pel diferents agents que integren el sistema sanitari per tal que, mitjançant la *competència per comparació* i la *cooperació*, actuï com un mecanisme

autoregulador que incentivi la introducció de millores, en els seus àmbits claus de responsabilitat, per part de tots els agents implicats, des dels ciutadans fins a l'Administració, passant pels professionals sanitaris i les entitats proveïdores.

Per als ciutadans, haurà de promoure un millor coneixement del sistema que els permeti incrementar la seva capacitat d'elecció i una informació més àmplia que generi una millor utilització dels recursos i una cultura d'hàbits saludables que eviti factors de risc.

Per als professionals sanitaris, ha de ser una font d'informació agregada per a treballs de recerca epidemiològica, d'utilització de serveis i d'anàlisi econòmica, que els permeti millorar la gestió del coneixement.

Per a les entitats proveïdores de serveis sanitaris, ha de permetre comparar entre elles els resultats que assoleixen, identificar i compartir les millors pràctiques *-benchmarking-* i buscar oportunitats de millora i de cooperació entre institucions, evitant les situacions o resultats que no es considerin acceptables.

Per a l'Administració sanitària, ha de permetre rendir comptes a la societat dels resultats de les polítiques de salut i de serveis, mitjançant la divulgació de la informació sobre el funcionament, l'organització i els resultats dels sistema sanitari i millorar l'assignació dels recursos en base a la informació recollida.

3. Principis

Els principis en els quals la Central de Resultats ha de basar la seva actuació són els següents:

- **CONSOLIDACIÓ:** Compartir i coordinar la informació ja existent com a mitjà comú i consensuat per sistematitzar i avaluar els resultats del sistema. Aquest principi pretén evitar la duplicació d'esforços de recollida d'informació, capturant les dades una única vegada, per minimitzar la interferència en els sistemes de gestió dels centres i unitats. Alhora, implica el manteniment de les diverses responsabilitats dels agents del sistema en el seu lloc: compartir informació no ha de significar suplir funcions pròpies dels centres i unitats.

- **PARTICIPACIÓ:** Estimular la participació i la corresponsabilitat dels agents implicats en el sistema sanitari públic en el coneixement dels resultats del sistema. El coneixement dels processos que generen els resultats està en mans dels diversos agents que conformen el sistema, i són ells els que poden contribuir a la millor definició i construcció de la informació necessària per al funcionament de la Central de Resultats.
- **MILLORA CONTINUADA:** Identificar les mancances d'informació del sistema sanitari públic, per tal de proposar millores i canalitzar les propostes d'homogeneïtzació de la informació en col·laboració amb els diversos agents protagonistes de cada àmbit del sistema.
- **ÈTICA:** Mitjançant la Central de Resultats cal respectar i promoure les bones pràctiques i formes de fer en l'àmbit de la informació de resultats. Es preveu estudiar la creació d'un instrument –consell, comitè- independent, format per experts, que promogui el codi ètic de la Central de Resultats i vetlli pel seu acompliment.
- **RESPONSABILITAT:** Anàlisi rigorosa de la informació, amb una clara definició del seu abast, objectiu i limitacions i amb una seriosa política de difusió dels resultats que permeti assegurar l'impacte de millora desitjat.
- **INSTRUMENTACIÓ EFICIENT:** Aprofitant les tecnologies de la informació i de les comunicacions com instrument eficient i segur per a l'acompliment dels objectius.
- **CAPACITAT ANALÍTICA:** per tal d'analitzar les dades i convertir-les en informació. La correcta interpretació de les dades ha d'aconseguir respondre les preguntes rellevants que plantegi el sistema sanitari.

4. Model del sistema d'informació de la Central de Resultats de la XSUP

Un sistema d'informació sanitària ha de permetre relacionar l'estat de salut de la població amb la utilització de recursos sanitaris, els costos que aquesta utilització genera i els resultats en la millora de la salut que s'obtenen, per poder avaluar la

consecució dels objectius del sistema sanitari en termes d'efectivitat, eficiència i seguretat.

La Central de Resultats ha de contribuir a respondre a les preguntes claus per fer palès si els agents del sistema aconsegueixen els seus compromisos bàsics i els seus objectius prioritaris:

- Es fa el que 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 la manera més adequada, amb la qualitat possible?

La tendència a voler saber-ho tot, sobretot quan es treballa en un entorn d'informació limitada, dificulta la formulació de necessitats, que ha de ser selectiva per poder ser efectiva. És per això que és especialment important focalitzar els esforços en aquells àmbits de seguiment prioritari, ja sigui per la seva importància per assolir una imatge sintètica i globalitzada de l'evolució del sistema, per monitorar l'estat de situació de problemes molt concrets o bé per seguir l'impacte de polítiques determinades. Cal cercar aquella informació útil per a la presa de decisions en cada àmbit derivant-la de les qüestions prioritàries que en cada àmbit es plantegen. És per això que la Central de Resultats no es pot constituir en la base de dades exhaustiva del sistema sanitari sinó en l'aparador on es reflecteixi la informació rellevant en cada moment per al desenvolupament i millora de les funcions de cada agent del sistema. La Central de Resultats no pretén substituir els quadres de comandament que els agents tenen per al seguiment de les actuacions que els són pròpies, sinó que vol ser l'espai compartit d'interpretació i avaluació de les dades més rellevants que aquests sistemes d'informació aporten.

La fase d'anàlisi de les funcions i dels processos del sistema és imprescindible per identificar les qüestions rellevants en cada funció i per a cada agent, per tal de concretar els requeriments d'informació que són necessaris per a la millora dels serveis i les prestacions. És en aquest marc de les funcions de cada agent, que generen els requeriments clau d'informació, on cal inserir el procés de selecció i definició de variables i d'indicadors útils per al desenvolupament d'aquestes funcions. No s'ha d'oblidar que la informació no té sentit únicament per ella

mateixa sinó en funció de que sigui capaç de respondre a les preguntes que els agents es fan en l'exercici de les seves funcions.

La identificació de les funcions pròpies dels diferents agents del sistema sanitari (planificadors, compradors, proveïdors, usuaris) permet definir els requeriments d'informació i formular les necessitats d'informació en forma de preguntes que, en general, poden ser contestades mitjançant indicadors.

4.1. El sistema de salut a Catalunya

En conseqüència, per emmarcar correctament la Central de Resultats és útil fer referència al model de funcionament del sistema en el seu conjunt, als seus agents i a les funcions que aquests assumeixen.

Així, les funcions fonamentals que es realitzen en el sistema sanitari es poden agrupar en grans categories que normalment estan assignades a diferents agents. Com a grans funcions, identifiquem les següents:

- a. Planificació estratègica: aquesta funció, assignada en el nivell global del sistema a l'Administració sanitària -en el nostre cas al Departament de Salut-, dibuixa, a partir de l'anàlisi de les necessitats de salut i del coneixement global del sistema, les previsions d'evolució dels objectius de salut i de serveis en el territori per a cada període determinat.

La seva activitat es focalitza fonamentalment en dos grans àmbits d'objectius:

- De salut: analitzant les necessitats de salut, caracteritzant la demanda de serveis que se'n deriva i tenint present les expectatives de la població. La planificació de les necessitats de salut ha d'orientar la planificació de serveis.
- De serveis: a partir del coneixement de la capacitat instal·lada, de l'oferta de serveis que se'n deriva, dels recursos econòmics disponibles, de la cartera de serveis del sistema i del catàleg de serveis dels centres proveïdors, la planificació de serveis ha

d'orientar l'activitat sanitària cap a l'assoliment dels objectius de salut establerts per la planificació estratègica. Per fer-ho, disposa d'instruments de relació amb els proveïdors de serveis sanitaris.

- b. **Compra de serveis:** és l'instrument fonamental amb que compta l'Administració sanitària -el Servei Català de la Salut- per relacionar-se amb els centres o conjunts de centres que proveeixen serveis a una determinada població amb la finalitat d'assolir els nivells i la qualitat dels serveis sanitaris, que facin possible l'acompliment dels objectius de salut fixats per la planificació estratègica. Aquesta funció, des de l'òptica econòmica, configura una assignació de recursos per territoris i centres, per la qual cosa també es considera des de la visió dels centres com una funció de finançament. Els aspectes que són claus en aquesta funció poden ser els següents:
- Objectius de salut que configuren un nivell determinat de serveis.
 - Capacitat de producció i oferta de serveis configurada per la xarxa de centres i serveis sanitaris, d'acord amb les dotacions de professionals i tecnologia disponibles.
 - Recursos econòmics configurats pel pressupost disponible i que permeten un nivell de despesa determinat. Instruments d'incentivació econòmica, com els sistemes de pagament i la corresponsabilització en l'assumpció de risc. Instruments per al finançament de les inversions.
 - Volum de serveis prestats, activitat realitzada, qualitat de l'activitat sanitària, nivell d'utilització de serveis i accessibilitat als mateixos.
- c. **Provisió de serveis:** és la funció pròpia dels centres sanitaris, que mitjançant la gestió dels seus recursos, fonamentalment els professionals i la tecnologia, responen a la compra de serveis amb la provisió d'assistència i prestacions sanitàries. És una funció que assumeixen els centres i serveis de la xarxa sanitària d'utilització pública i reben en contraprestació el finançament derivat dels contractes

de gestió de serveis sanitaris i dels concerts. En el nostre cas, la característica més destacada d'aquesta xarxa és la diversitat de titularitats i de models de gestió. Les funcions fonamentals dels proveïdors de serveis sanitaris es centren en la gestió:

- Gestió assistencial.
- Gestió de recursos (humans, materials i econòmics).

Hem caracteritzat, doncs, tres grans funcions en el sistema sanitari que es poden considerar assignades a tres grans agents del sistema:

FUNCIONS	AGENTS
PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA	ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA (Departament de Salut)
COMPRA DE SERVEIS	ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA (Servei Català de la Salut)
PROVISIÓ DE SERVEIS	CENTRES SANITARIS

Aquesta distribució de funcions entre els diferents agents del sistema ens ha de permetre focalitzar la informació a recollir segons respongui als requeriments de cada funció i de cada agent. El fet que tots els agents comparteixin la informació, amplia el coneixement en cada nivell i això ha de permetre que cada un millori l'acompliment d'aquelles funcions que li són pròpies.

4.2. Model d'informació

Tanmateix, l'actuació de la Central de Resultats haurà d'estar orientada a donar suport, pel que fa al coneixement de la informació, a cada una de les grans funcions del sistema.

4.2.1 Informació bàsica per funcions

En aquest sentit, caldrà bastir unes bases d'informació característiques dels objectius de les funcions de cada agent del sistema sanitari. Només a títol d'exemple podem caracteritzar les funcions del sistema segons els requeriments d'informació que li són propis:

a. Informació per a la planificació.

La informació més pròpia de la funció de planificació anirà dirigida més directament a l'Administració sanitària en els seus diversos nivells, ja que és aquesta qui sustenta fonamentalment aquesta funció en el sistema. Òbviament, la resta d'agents del sistema també han de tenir accés a aquesta informació per tal d'enfortir el coneixement de l'entorn en el que estaran desenvolupant les seves funcions. Els eixos de la informació necessària per a la planificació sanitària seran, entre d'altres, els següents:

- Població
- Estat de salut: condicionants, necessitats i demanda.
- Distribució territorial dels recursos sanitaris: mapa sanitari
- Utilització de serveis: morbiditat atesa, oferta, etc.
- Recursos econòmics: escenaris pressupostaris, evolució dels costos, etc.

Els indicadors en aquest cas hauran de permetre retre comptes de l'adequació dels resultats dels processos de planificació a les necessitats de la població.

b. Informació per a la compra de serveis.

La informació per a la compra de serveis en el nostre cas estarà dirigida, d'acord amb el que disposa la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, al Servei Català de la Salut en tots els nivells territorials

de gestió que disposi en cada moment. El seguiment dels resultats de la contractació de serveis sanitaris que aquest realitza amb els proveïdors del sistema serà un dels principals àmbits d'anàlisi en el marc d'aquesta funció de compra de serveis. També serà necessari per desenvolupar aquest nivell de funcions, disposar de les línies de planificació, tant pel que fa al Mapa Sanitari com pel que fa als objectius de salut i de serveis. En conseqüència, entre d'altres, caldrà que gaudeixi d'informació en els àmbits següents:

- Oferta de serveis: capacitat productiva de la xarxa de centres i serveis.
- Activitat realitzada: provisió efectiva de cada línia de serveis.
- Qualitat/Efectivitat: adequació de l'activitat, efectivitat dels processos assistencials, supervivència, infeccions nosocomials, derivacions, estada mitjana, proves complementàries, utilització de quiròfans, etc.
- Eficiència: relació entre els recursos i l'activitat realitzada en cada línia de serveis, realització de l'activitat en el nivell més adequat, productivitat, etc.
- Sostenibilitat econòmica: pressupost, costos, sistemes de pagament, etc.
- Accessibilitat als serveis

En aquest àmbit els indicadors hauran de fer possible retre comptes dels resultats del procés de compra de serveis sanitaris i socio-sanitaris i de la seva adequació a la planificació sanitària.

c. Informació per a la provisió de serveis

La informació per a la provisió de serveis es caracteritza per la seva proximitat a la gestió dels centres sanitaris en totes els seus vessants:

- Gestió de recursos humans: rotació, substitucions, plantilles, absentisme, productivitat, etc

- Gestió clínica: rendiment dels recursos, adequació i eficàcia de l'activitat, variabilitat de la pràctica clínica, queixes i suggeriments, etc.
- Gestió econòmica: resultats econòmics, anàlisi econòmicofinancera, etc.

Els indicadors dels resultats seran fonamentals en aquest àmbit de la provisió de serveis, per tal que els proveïdors retin comptes dels resultats del procés assistencial.

Tot i que l'objectiu de la Central de Resultats és el de treballar amb indicadors de resultats, tant per la pròpia lògica de la concatenació de funcions dins el procés global d'atenció sanitària com pel nivell actual de desenvolupament dels sistemes d'informació, en alguns casos caldrà aproximar l'acompliment a partir d'indicadors de procés.

També és creu convenient complementar aquests indicadors amb alguna informació bàsica del sistema sanitari que ajudi a contextualitzar-los.

4.2.2 Àmbits d'anàlisi

Els àmbits d'anàlisi de la Central de Resultats han de respondre als interessos de tots els agents del sistema sanitari però mantenint sempre l'esquema global de les qüestions fonamentals que orienten la recerca. D'una banda, tenim una població que gaudeix d'un estat de salut determinat, amb uns estils de vida concrets i altres factors exògens al sistema sanitari que influeixen en el seu nivell de salut; d'altra banda, tenim un sistema sanitari que actua sobre aquesta població mitjançant una xarxa de centres i recursos assistencials amb l'objectiu de millorar el seu nivell de salut amb actuacions de prevenció, assistència i rehabilitació i amb un consum de recursos determinat, i el que volem és conèixer els resultats que aquestes actuacions concretes tenen sobre el nivell de salut d'aquesta població. Aquest és l'eix fonamental que ha d'inspirar el

desenvolupament de la Central de Resultats perquè aquesta pugui respondre a les preguntes clau que cal respondre:

Població	Quina població tenim? Com és? On és?		
	Estat de salut	Quin és l'estat de salut de la població?	
	Estructura sistema	De quins recursos es disposa?	
		Accés	Existeix un accés prou equitatiu als serveis?
Es garanteix una atenció sanitària efectiva, apropiada i oportuna?		Provisió efectiva	
Es presta l'atenció sanitària de forma eficient?		Eficiència	
Els usuaris estan satisfets de l'atenció que reben?		Satisfacció usuari	
Quins resultats en millora de la salut s'obtenen?			Resultats en salut

Per fer-ho és necessari prioritzar l'objecte de l'anàlisi que es realitza. Cal centrar els esforços d'anàlisi en aquells àmbits d'activitat sanitària que per la seva importància són subjectes de polítiques i actuacions específiques per a la resolució de problemes de salut.

I cal saber enfocar la informació per a cada àmbit de funcions dels agents del sistema sanitari. Com és lògic, cada agent podrà prioritzar millor aquells elements del sistema d'informació que siguin més útils per al seu àmbit funcional, per la qual cosa és molt important la participació activa de tots els agents del sistema sanitari en la Central de Resultats. Inicialment s'aborden dos grans blocs d'informació:

- Un primer bloc és l'àmbit de població i territori, que inclou informació de població, estat de salut, estils de vida, recursos i resultats. L'objectiu de la informació d'aquest bloc es centra en possibilitar el coneixement de l'efectivitat del sistema de salut mitjançant un conjunt d'indicadors de base territorial que integrin proveïdors i processos. L'anàlisi d'aquesta informació haurà de ser útil per orientar la prioritització dels objectius de salut i de serveis d'acord amb la realitat observada, configurant així les intervencions prioritàries de les polítiques de salut. Aquesta informació està orientada a comprendre l'impacte dels determinants de salut en els resultats i afecta fonamentalment a la funció de planificació.
- El segon bloc es centra en la informació de la prestació de serveis. Estaríem parlant de l'estructura de l'oferta de serveis, és a dir, dels recursos -professionals, materials i econòmics- disponibles en el sistema, de la utilització dels serveis i la seva accessibilitat, de l'activitat realitzada –ja sigui finançada públicament o privada- pels centres sanitaris de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública, de la seva qualitat i dels seus resultats. Aquesta informació està més orientada a la compra i a la provisió de serveis.

En qualsevol cas, la manera d'ordenar la informació pot respondre en cada moment a la necessitat funcional de cada agent del sistema.

També caldrà tenir present la necessitat de monitorar els processos de reordenació de serveis i de l'organització dels mateixos en el territori. Tanmateix, el reconeixement de les polítiques de cooperació/integració de serveis en el territori, fomentades pels processos d'assignació de recursos econòmics en base territorial, haurà de recollir aquells indicadors que en cada moment s'estimin oportuns per a la mesura dels fenòmens d'integració, de foment del *continuum assistencial* i d'aliances estratègiques en el territori. Aquest àmbit d'anàlisi haurà de superar progressivament la separació dels resultats per línies de serveis, apropant-se al resultat

com un concepte més global, fruit de l'impacte combinat de totes les línies de serveis. Per això serà necessari fer avançar els sistemes d'informació en aquest sentit.

4.3 Tipologia d'anàlisi de la Central de Resultats

La tipologia de les anàlisis que realitzi la Central de Resultats estaran al servei de l'elaboració i disseminació de la informació que es consideri rellevant en cada moment pels agents del sistema. Per assolir aquest objectiu, la Central de Resultats explotará la informació disponible en diverses dimensions d'anàlisi:

- Seguiment dinàmic (evolució temporal)
- Comparació (benchmarking)
- Simulació i projeccions
- Establiment de valors de control (estàndards o ràtios)
- Detecció de desviacions

La implantació de les diverses funcionalitats del sistema d'informació serà progressiva i dependrà en cada cas de la disponibilitat de les dades necessàries per a la seva elaboració. L'establiment d'estàndards restará subjecte a la possibilitat d'elaborar-los en base a l'evidència a l'abast.

En cada cas pot ser útil un determinat enfocament. Escollir un tipus o un altre d'anàlisi serà resultat dels objectius que es plantegin per a cada aproximació a un fenomen objecte d'anàlisi.

5. Indicadors

Tot i que la informació que recollirà la Central de Resultats serà diversa, ja que hi figuraran taxes, índexs, valors, etc., anomenarem genèricament tots aquests registres amb el nom d'indicadors per tal de simplificar-ne les referències.

Els indicadors que s'inclouran a la Central de Resultats no constitueixen una proposta tancada en si mateixa sinó que la bateria d'indicadors respondrà a l'objectiu de monitorar aquells requeriments d'informació que en cada moment els agents del sistema prioritzin, d'acord amb la seva disponibilitat i rellevància per a l'anàlisi dels fenòmens que siguin objecte d'interès.

La bondat d'un indicador, des del punt de vista teòric, depèn de la seva capacitat de mesurar exactament el fenomen que realment es vol mesurar. La combinació de dades que s'utilitzi per a la confecció de l'indicador haurà de ser òptima per a aproximar-se al concepte que es vol mesurar. Com que a la realitat, però, no hi ha tota la informació, els indicadors aproximen, mitjançant la seva construcció a partir de variables, la mesura del fet objecte d'observació. En conseqüència, és important que els usuaris de la informació en coneguin l'origen de les dades, la metodologia i les limitacions.

La definició dels indicadors a utilitzar ha de respondre a determinats criteris per tal de garantir la seva solidesa. Els indicadors han de ser:

- a. Factibles, utilitzant la informació que ja existeix en el sistema, si més no en un primer moment. Sempre s'haurà de ser conscient que la informació té cost i que aquest ha de ser proporcionat als resultats que se'n pugui treure.
- b. Han d'ésser apropiats per mesurar el fenomen que pretenen seguir i rellevants per a la presa de decisions.
- c. Sòlids tècnicament, basats en variables que permetin un mesurament correcte.
- d. Dinàmics per permetre analitzar-ne l'evolució i respondre als canvis dins del sistema. Les variacions de l'indicador en el temps, han de respondre a les variacions en el fenomen objecte d'anàlisi.
- e. Definits d'una manera estandarditzada i homogènia, que reculli tots els paràmetres necessaris perquè la informació s'utilitzi amb rigor i permeti la comparació entre territoris, centres, etc. Així, la seva definició ha de recollir-ne la descripció, l'objectiu, la metodologia de càlcul, les variables que els

configuren, les unitats de mesura, la periodicitat de recollida, l'origen de la informació, la responsabilitat del seu manteniment, les dimensions d'anàlisi en que es disposa, l'orientació per a la seva interpretació, les seves limitacions, els possibles valors de referència i les possibilitats de comparació.

En un primer moment, però, el criteri de disponibilitat és primordial per poder posar en funcionament la Central de Resultats. La pròpia manifestació de les mancances d'informació que es derivin de l'anàlisi de la primera bateria d'indicadors servirà per completar aquest criteri amb aquella informació que per la seva rellevància i utilitat es faci palès que cal afegir als indicadors inicials. La utilització d'indicadors ja disponibles al sistema aprofita tots els processos d'anàlisi i prioritització que ja s'han realitzat en l'entorn.

D'acord amb aquesta filosofia s'ha realitzat una selecció prèvia d'indicadors perquè constitueixin la primera bateria d'indicadors de la Central de Resultats de la XSUP. Alguns d'aquests indicadors són genèrics i poden desdoblar-se per determinats criteris (causes, patologies, edats i gènere, etc.). Aquesta relació pretén donar resposta a una primera visió àmplia i global de la situació del sistema, no pretén constituir una base de dades exhaustiva de la informació existent sinó un primer referent d'aquesta visió general.

Això no ha de ser obstacle per anar adaptant en la mida de les necessitats observades i de les possibilitats de cada moment, la informació que reculli la Central de Resultats. D'altra banda, en el futur caldrà també -en algun àmbit d'actuació, intervenció o situació concreta- focalitzar anàlisis concretes per determinats aspectes que es consideri prioritari abordar. El desenvolupament d'aquestes anàlisis monogràfiques requerirà ampliar els indicadors a recollir, encara que pugui ser amb una perspectiva temporal limitada. Abans, però, d'encetar aquestes anàlisis monogràfiques, caldrà consolidar una primera bateria d'indicadors general.

La present proposta classifica els indicadors d'acord amb els vessants d'anàlisi amb que estan relacionats, seguint l'esquema que s'ha recollit en el quadre anterior per no perdre de vista el fil argumental de la informació. Òbviament, hi ha casos en que un indicador ens pot estar donant informació que afecti dos vessants a l'hora. En aquest cas, s'ha classificat al lloc que ha semblat principal.

Tanmateix, aquesta classificació només pretén ordenar la informació d'acord amb el fil argumental esmentat. També podria ordenar-se, d'acord amb les grans funcions del sistema sanitari que s'han comentat anteriorment. En qualsevol cas, podem optar finalment per mantenir actives tantes formes d'ordenació de la informació com creiem que aportin valor a la Central de Resultats.

Els indicadors es presenten, doncs, classificats en els següents grups:

- Sociodemogràfics
- Estils de vida
- Estat de salut
- Recursos
- Utilització de serveis
- Qualitat
- Sostenibilitat econòmica
- Responsabilitat social corporativa

S'adjunta tot seguit el model de fitxa que, un cop s'hagi acabat de consensuar en el procés d'homogeneïtzació endegat al Departament de Salut, servirà per recollir tota la informació explicativa de cada indicador.

3. Model de fitxa de definició dels indicadors

Codi:

Identificador únic d'indicador. És el que consta al la llista d'indicadors seleccionats. Es compon de dues lletres que corresponen a l'àmbit de l'indicador i d'un número correlatiu dins de l'àmbit. Pe. SD 04 Índex d'envelliment (indicador sociodemogràfic)

Nom:

El nom ha de ser curt i comprensible i s'ha d'entendre encara que estigui fora de context.

Altres noms:

Sinònims, nom en anglès,... Altres maneres de referir-se al mateix indicador o al mateix concepte..

Descripció:

Descripció detallada de l'indicador. També ha de contenir, quan s'escau, la unitat de mesura entesa com a resultat del càlcul: anys, mesos, dies, persones/any de seguiment, etc. Si s'ha estandarditzat s'ha de dir per quina variable i per quin mètode.

Objectiu:

Finalitats i usos de l'indicador. Hauria d'explicar, en forma d'objectiu, el fenomen que es mesura i perquè es vol mesurar. Ha de quedar clar quina mena de decisions contribueix a informar.

Mapa d'us:

Indica els grans àmbits d'utilització de l'indicador. Pe Central de Resultats, Avaluació dels contractes, Quadre de comandament, ...

Classificació:

Grups de classificació d'indicadors en els que es pot incloure en funció d'un determinat criteri. Es defineix una llista de valors possibles:

- Planificació: estructura, procés, resultats
- Aconteixements vitals: mortalitat, morbiditat, incapacitat, percepció
- Línies de serveis: primària, especialitzada, salut mental, sociosanitari
- Acompliment: Població, Serveis Sanitaris/Recursos, Cost, Estat de Salut, Accessibilitat, Provisió de serveis sanitaris adequats, Eficiència, Experiència de l'usuari, Resultats de salut,
- Avaluació de l'activitat assistencial: Adequació, qualitat, eficiència

Variables i origen:

Descripció de les variables necessàries per calcular l'indicador amb totes les seves especificacions. Per a cada variable, cal identificar l'origen de la variable i el sistema d'informació on es gestiona

Fórmula de càlcul:

Fórmula o metodologia de càlcul

Especificacions tècniques:

Qualsevol consideració o explicació que es vulgui incloure perquè es considera rellevant per a la descripció de l'indicador

Dimensions d'anàlisi:

Nivells de desagregació disponibles. S'entén que el criteri d'anàlisi espai (territori) i temps són dimensions d'anàlisi de "tots" els indicadors. La dimensió temps ve determinada per la periodicitat de l'indicador. La dimensió espai disposa d'una llista de valors possibles: Catalunya, territori sanitari (RS, SS, ABS, GTS) i territori administratiu (comarca, província, municipi,...)

Interpretació i limitacions:

Interpretació detallada del resultat del càlcul. Hauria incloure també la lògica o "rationale" de l'indicador com a preàmbul de la interpretació. També ha d'explicar quines limitacions cal tenir en compte en l'ús i la interpretació de l'indicador.

Organització:

Organització responsable de l'elaboració/manteniment de l'indicador: Es defineix una llista de valors possibles: Departament de Salut, CatSalut, ICAM, IES, ICS...

Unitat responsable:

Unitat i Direcció general responsable del manteniment. Inclou la informació corresponent a Direcció i Responsable.

Periodicitat:

Període de temps en que es calcula l'indicador. Cal tenir en compte que aquesta periodicitat és de l'indicador, no de les variables que el componen ni de les actualitzacions de les bases de dades origen de la informació. Es defineix una llista de valors possible: mensual, trimestral, semestral, anual, ...

Primer període disponible:

Període des del qual es disposa informació de l'indicador en el Programa, és a dir, des de quan es recullen les dades seguint la especificació de l'indicador.

Última data disponible:

Temps necessari per obtenir les dades després de la finalització del període.

Divulgació:

Unitat responsable habitual de la divulgació d'informes que contenen l'indicador.

Estat:

Situació de l'indicador en relació a la seva vigència: Vigent / Pendent / En revisió.

Data inici vigència:

Data des de la qual l'indicador és vigent

Data final vigència:

Idem

4. Relació d'indicadors

retornar

Indicadors Central de Resultats

SD Sociodemogràfics

SD 01	Població assegurada Catsalut
SD 02	Estructura de la població assegurada
SD 03	Població de referència amb nacionalitat estrangera
SD 04	Índex d'envelliment
SD 05	Índex de sobreenvelliment
SD 06	Índex de dependència global
SD 07	Taxa de natalitat
SD 08	Taxa de fecunditat
SD 09	Població amb doble cobertura sanitària
SD 10	Percentatge de població amb farmàcia gratuïta

EV Estils de vida

EV 01	Prevalença de consum de tabac en adults
EV 02	Taxa d'embarassos en adolescents
EV 03	Prevalença de població adulta que es declara sedentària
EV 04	Prevalença del consum de risc d'alcohol

ES Estat de salut

ES 01	Esperança de vida
ES 02	Percentatge de població que declara bona salut
ES 03	Percentatge de població adulta que declara patir trastorns crònics
ES 04	Percentatge de població de 65 anys i més que declara limitacions per realitzar alguna activitat de la vida diària (AVD)
ES 05	Prevalença de població que declara patir algun tipus de discapacitat greu
ES 06	Percentatge de població adulta amb risc de patir malaltia mental
ES 07	Prevalença d'hipertensió
ES 08	Prevalença de diabetis mellitus en adults
ES 09	Prevalença de sobrepès i obesitat
ES 10	Taxa d'incidència de la malaltia tuberculosa
ES 11	Taxa d'incidència d'infecció pel VIH
ES 12	Percentatge de nadons amb baix pes al néixer
ES 13	Taxa de mortalitat
ES 14	Taxa estandarditzada de mortalitat
ES 15	Taxa de mortalitat infantil
ES 16	Mortalitat evitable i/o prematura
ES 17	Índex de Mortalitat Estàndard (IME)
ES 18	Anys potencials de vida perduts
ES 19	Taxa d'anys potencials de vida perduts
ES 20	Taxa de mortalitat perinatal

RE Recursos

RE 01	Oferta de centres, dispositius o unitats proveïdores contractades pel CatSalut
RE 02	Població assignada a equips d'atenció primària
RE 03	Professionals d'atenció primària per 10.000 habitants
RE 04	Oferta de recursos hospitalaris
RE 05	Places de salut mental per tipus
RE 06	Nombre d'equipaments de tecnologia mèdica per 100.000 habitants
RE 07	Cobertura de serveis de mediació en el territori
RE 08	Ràtio de personal assistencial
RE 09	Estructura de personal

US Utilització de serveis

Primària

US 01	Població atesa a l'atenció primària
US 02	Visites d'atenció primària per habitant
US 03	Població atesa en el programa d'atenció domiciliària

Especialitzada

US 04	Taxa d'hospitalització
US 05	Taxa estandarditzada d'hospitalització
US 06	Taxa d'hospitalització pediàtrica
US 07	Altes per pacient
US 08	Taxa de dies d'hospitalització
US 09	Percentatge de resolució de l'atenció hospitalària
US 10	Percentatge de procedència de la demanda hospitalària
US 11	Taxa d'hospitalització domiciliària
US 12	Percentatge d'ingressos urgents
US 13	Taxa d'urgències hospitalàries
US 14	Taxa de trasplantaments d'òrgans per tipus
US 15	Percentatge participació en programes de cribatge de càncer de mama

Sociosanitària

US 16	Taxa d'hospitalització sociosanitària
US 17	Percentatge de resolució de l'atenció sociosanitària
US 18	Percentatge de procedència de la demanda sociosanitària
US 19	Taxa d'utilització de recursos ambulatoris sociosanitaris

Salut mental

US 20	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica
US 21	Taxa d'utilització de recursos ambulatoris de salut mental
US 22	Taxa de pacients atesos en serveis ambulatoris de salut mental
US 23	Pacients adults atesos amb algun dels diagnòstics de trastorn mental sever (TMS)

Transport

US 24	Taxa d'activació de serveis de transport sanitari urgent
-------	--

Farmàcia

- US 25 Percentatge d'assegurats consumidors de receptes
 US 26 Receptes per habitant
 US 27 Ràtio de receptes dispensades per assegurat consumidor

QU

Qualitat**Adequació / Qualitat Tècnica**

- QU 01 Pacients amb accident vascular cerebral derivats per a rehabilitació a centre sociosanitari
 QU 02 Pacients amb cirurgia de maluc derivats per a rehabilitació a centre sociosanitari
 QU 03 Altes de convalsència per accident vascular cerebral en majors de 64 anys amb destinació a domicili
 QU 04 Altes de convalsència per fractura de maluc en majors de 64 anys amb destinació a domicili
 QU 05 Cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys i més
 QU 06 Cobertura vacunal població infantil
 QU 07 Percentatge de contactes d'hospitalització evitables
 QU 08 Casos d'IAM tributaris de fibrinòlisi amb interval de temps entre l'arribada del pacient al centre i l'inici del tractament inferior a 30 minuts
 QU 09 Percentatge de cesàries
 QU 10 Percentatge de reingressos als 30 dies
 QU 11 Gestió de massa crítica
 QU 12 Rati de complicacions ajustades
 QU 13 Mortalitat hospitalària ajustada per complexitat
 QU 14 Percentatge de cirurgia conservadora en càncer de mama
 QU 15 Mediana del temps de permanença en llista de trasplantaments
 QU 16 Efectivitat de la donació d'òrgans
 QU 17 Percentatge de pacients amb tractament substitutiu renal (TSR) amb trasplantament renal funcionant
 QU 18 Temps de resposta assistencial del servei de transport sanitari urgent
 QU 19 Percentatge de pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament antiagregant adequat
 QU 20 Percentatge de pacients amb diabetis tipus II amb control metabòlic acceptable

Eficiència

- QU 21 Índex de substitució de cirurgia major ambulatoria
 QU 22 Estada mitjana d'atenció hospitalària
 QU 23 Estada mitjana ajustada
 QU 24 Índex de rotació
 QU 25 Índex d'ocupació
 QU 26 Ràtio de primeres visites i successives
 QU 27 Pacients amb accident vascular cerebral amb més de 20 dies d'estada
 QU 28 Pacients amb cirurgia de maluc amb més de 20 dies d'estada
 QU 29 Mediana d'estades d'hospitalització sociosanitària
 QU 30 Percentatge de nous medicaments amb valor afegit limitat

Accés

- QU 31 Circuit de diagnòstic ràpid de càncer
 QU 32 Casos en llista d'espera de trasplantament
 QU 33 Temps de resolució de llista d'espera quirúrgica pels grups de monitoratge
 QU 34 Temps mig d'espera dels procediments quirúrgics pels grups de monitoratge
 QU 35 Casos en llista d'espera de procediments quirúrgics fora de temps de garantia

	Satisfacció
QU 36	Índex de reclamacions
QU 37	Índex de fidelitat
QU 38	Índex de satisfacció
QU 39	Percentatge d'ítems <75% de valoració a l'enquesta de satisfacció d'assegurats
	Seguretat Clínica
QU 40	Infecció nosocomial
QU 41	Nafres per pressió
QU 42	Tromboembolisme postquirúrgic
SE	Sostenibilitat Econòmica
	Farmàcia
SE 01	Despesa farmacèutica pública per habitant
SE 02	Despesa farmacèutica pública per assegurat consumidor
SE 03	Despesa pública per recepta
SE 04	Cost mig per dosi diària definida (DDD) en grups terapèutics en Sistema de Preus de Referència
SE 05	Consum de medicaments genèrics
	Sostenibilitat sistema
SE 06	Despesa en salut de la Generalitat de Catalunya per càpita
SE 07	Despesa en salut de la Generalitat de Catalunya respecte al PIB
SE 08	Valor afegit brut de la sanitat (VAB)
SE 09	Ocupació de la sanitat
SE 10	Capacitat d'arrossegament de la sanitat
	Sostenibilitat xarxa
SE 11	Rendibilitat dels ingressos
SE 12	Cash flow generat
SE 13	Rendibilitat econòmica
SE 14	Solvència
SE 15	Liquiditat
SE 16	Endeutament
SE 17	Ingrés per unitat de producció
SE 18	Marge per unitat produïda
SE 19	Marge per personal equivalent
RSC	Responsabilitat Social Corporativa
RSC01	Modalitat de contractació del personal
RSC02	Hores de formació
RSC03	Programes de sostenibilitat energètica

5. Quatre fitxes pilot de definició i de resultats

retornar

Codi:

QU 09

Nom:

Percentatge de cesàries

Altres noms:

Índex de cesàries

Descripció:

Proporció de parts per cesària sobre el total de parts

Objectiu:

Mesurar la utilització de la cesària com a indicador indirecte de la qualitat de l'atenció maternoinfantil, per millorar el procés d'atenció i l'eficiència

Variables i origen:

- Parts mitjançant cesària: Contactes d'hospitalització convencional amb un procediment de cesària:
 - Origen: Informe d'alta – CMBD-HA
- Total de parts: Contactes d'hospitalització convencional per part.
 - Origen: Informe d'alta – CMBD-HA

Fórmula de càlcul:

$$\frac{\text{Parts mitjançant cesària}}{\text{Total de parts}} * 100$$

Especificacions tècniques

Cesàries: qualsevol procediment amb els següents codis de la CIM9-MC 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99)

Dimensions d'anàlisi:

- Edat: grups de 5 anys
- Temps de gestació
- Pes del nadó
- Paritat
- Territori de residència: GTS, Regió Sanitària
- Unitat productiva
- Centre públic o privat
- Dies d'estada

Interpretació i limitacions:

El part per cesària és el procediment més freqüent entre els procediments realitzats amb hospitalització a Catalunya. Passa el mateix a la majoria de països desenvolupats. Des de fa anys hi ha una creixent preocupació per l'increment injustificat de cesàries. Valors superiors als recomanats pe organismes de salut internacionals com la OMS i per les organitzacions de professionals posen de manifest un important problema de qualitat de l'atenció sanitària.

La cesària es un procediment adequat en determinades circumstancies clíniques, i pot ser programada de forma electiva quan es coneixen els riscos que justifiquen aquesta elecció, o be ser realitzada amb caràcter urgent front la detecció d'un problema.

Estudis realitzats a tot el mon posen de manifest que hi ha factors que poden influir en la decisió dels professionals a l'hora de realitzar una cesària, com els estils de pràctica clínica, les característiques del finançament, les característiques de l'hospital així com les preferències de les pacients. La OMS recomana no superar el 15%

Dels 21 països que van notificar cesàries a l'OCDE l'any 1999, Itàlia tenia el percentatge més alt (32,4%) i els Holanda el més baix (11,3%). La mediana corresponia a Islàndia amb el 17,3 %. Sis països estaven per sota de 15 (OCDE 2002).

A l'hora d'analitzar les dades s'ha de tenir en comte també que, el diagnòstic, l'edat de la mare, l'antecedent d'anteriors cesàries condicionen la indicació d'aquest procediment.

És difícil assolir canvis remarcables en períodes anuals.

Organització:

Servei Català de la Salut

Unitat responsable:

Divisió de gestió de registres d'activitat. Àrea Sanitària

Periodicitat:

Anual

Primer període disponible:

2003

Última data disponible:

6 mesos després de la finalització del període. 2007

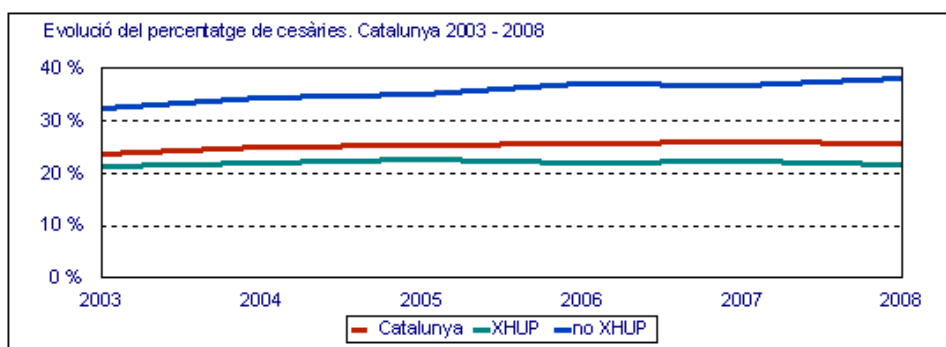
Divulgació:

Informe del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)
Datamart CMBD

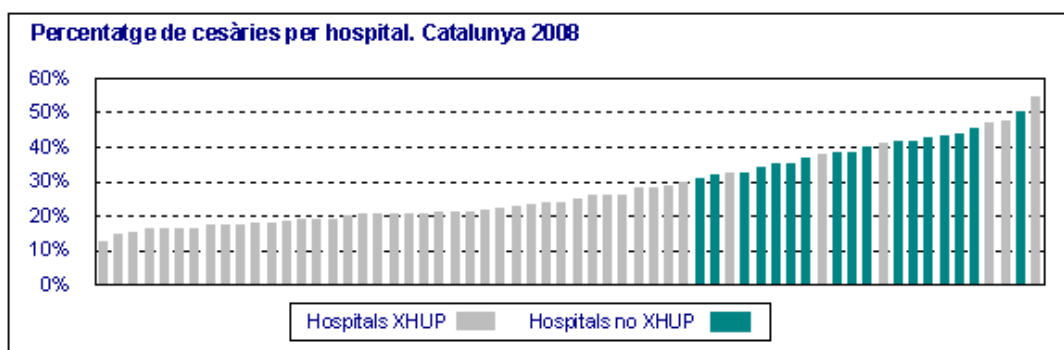
Indicador: Percentatge de cesàries

Resultats:

- Durant el 2007, darrer any amb dades disponibles, es van notificar 84.466 parts al registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades dels Hospitals d'Aguts (CMBD-HA) D'aquests, 21.770 van ser parts amb cesària, un **25,8 %** del total. Aquest percentatge, que ha baixat un 0,1% se situa molt per sobre del 15% que recomana L'OMS.
- L'evolució temporal mostra un **lleuger canvi de tendència**, per al conjunt dels centres .



- La majoria de parts (72%) correspon a dones entre 20 i 34 anys. El percentatge de cesàries augmenta a mesura que augmenta l'edat de les mares. En el grup d'edat de dones de 20 a 24 és de 16,9 i en el de 35 a 39 és de 30,7. Tanmateix, atès que la mitjana d'edat de les mares no ha augmentat del 2003 ençà, aquest fet no justifica l'evolució recent del percentatge de cesàries. El patró de pes i setmanes de gestació és el mateix en cesàries i en parts vaginals.
- La probabilitat de tenir un part amb cesària varia segons el territori. Segons el govern territorial de salut (GTS) de residència de les mares, **el percentatge de cesàries oscil·la des de 18,2 fins a 45,2%**. No obstant, el 95% dels parts corresponen a dones residents en GTS amb un percentatge de parts amb cesària entre el 20% i el 30%.
- El percentatge de cesàries de les dones residents en un GTS està molt relacionat amb el comportament dels hospitals del territori. El percentatge de cesàries per centre presenta una variabilitat important: **Tres centres tenen un percentatge inferior al 15%, 19 estan entre 15% i 20%, 19 estan entre 21% i 30% i 23 tenen valors per sobre de 31%**. Paradoxalment, els centres d'alta tecnologia, que atenen més proporció d'embarços d'alt risc es troben gairebé tots entre els centres amb percentatges més baixos.
- L'any 2008, el percentatge de cesàries en els hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) **va ser de 21,7 % i en els hospitals que no ho són va ser de 38,0%**. En conjunt, els centres de la XHUP han reduït 0,6 punts percentuals mentre que els privats han augmentat 1,3 punts.



Codi:

SE 12

Nom

Cash flow generat d'exploració

Altres noms

Recursos generats

Descripció

Recursos generats en relació als ingressos per la prestació de serveis assistencials.

Objectiu

Mesurar els recursos o excedents econòmics que s'obtenen durant l'exercici en relació als ingressos per la prestació de serveis assistencials per tal d'avaluar la capacitat de finançament de les inversions i de retorn dels préstecs.

Variables i origen

Resultat d'exploració: Resultat de l'exploració d'un exercici, expressats en euros, considerat com la diferència entre els ingressos que es generen i les despeses que es concorren per portar a terme l'activitat principal.

- Origen: Centres sanitaris. Central de Balanços

Dotació a l'amortització: Valoració econòmica de la depreciació de l'immobilitzat en funció de la vida útil dels diferents béns.

- Origen: Centres sanitaris. Central de Balanços

Import net de la xifra de facturació: Facturació produïda com a contraprestació pels serveis assistencials realitzats durant un exercici.

- Origen: Centres sanitaris. Central de Balanços

Fórmula de càlcul

$$\frac{\text{Resultat d'exploració} + \text{Dotació a l'amortització}}{\text{Import net de la xifra de facturació}} * 100$$

Especificacions tècniques

Amb l'aplicació del nou Pla General de Comptabilitat, a partir de l'any 2008, caldrà fer ajustaments a la sèrie històrica per tal de no perdre la comparació al llarg del temps.

Dimensions d'anàlisi

- Entitat proveïdora
- Línia de serveis: atenció especialitzada (per grups estructurals) – salut mental – atenció sociosanitària.

Interpretació i limitacions

Mesura la capacitat de generar recursos amb l'activitat, en relació al volum de facturació que es realitza. És necessari que els recursos generats permetin la renovació del actiu i el retorn dels préstecs per tal de garantir la continuïtat de les operacions.

Amb l'objectiu de mantenir les infraestructures dels centres sanitaris en correcte estat de funcionament per continuar l'activitat, és necessari que el cash flow generat sigui, com a mínim, igual a la dotació per amortització.

Quan el cash flow no és suficient per compensar la depreciació dels immobilitzats i reservar uns recursos per renovar i mantenir les inversions, cal altres vies de finançament de les inversions. Les principals fórmules utilitzades han estat les aportacions de capital a empreses públiques i consorcis, les subvencions de capital a centres concertats, les transferències de capital a l'ICS, les aportacions de socis fundadors o patrons, les concessions administratives, l'endeutament amb entitats financeres, els convenis de col·laboració amb entitats financeres públiques (ICF) i, en menor grau, l'endeutament amb empreses del mateix grup.

Una via utilitzada pels centres per a l'adquisició d'immobilitzats - generalment aparells mèdics, equipaments informàtics, vehicles o instal·lacions - i diferir el pagament en el temps, ha estat constituïda pels contractes financers (leasing i renting) que en els últims anys han mantingut una tendència creixent.

La composició de les instal·lacions i/o els equipaments sanitaris segons es tingui la propietat o s'utilitzin en règim de lloguer o d'arrendament financer afecta a la comparabilitat entre les entitats.

A l'hora d'analitzar els resultats d'aquest indicador per centres caldrà tenir en compte aquells que es troben en procés de reordenació i adaptació de les seves estructures a la demanda de serveis de la població.

Organització

CatSalut

Unitat responsable

Central de Resultats i Anàlisi econòmica

Periodicitat

Anual

Primer període disponible

XHUP: Des de 1996
Hospitals monogràfics psiquiàtrics i de salut mental: Des de 1996
Entitats sociosanitàries: Des de 2005 (no es disposa de totes les entitats)

Última dada disponible

Exercici 2007. Es disposa en el primer trimestre de l'any següent al tancament de comptes (primer trimestre n+2)

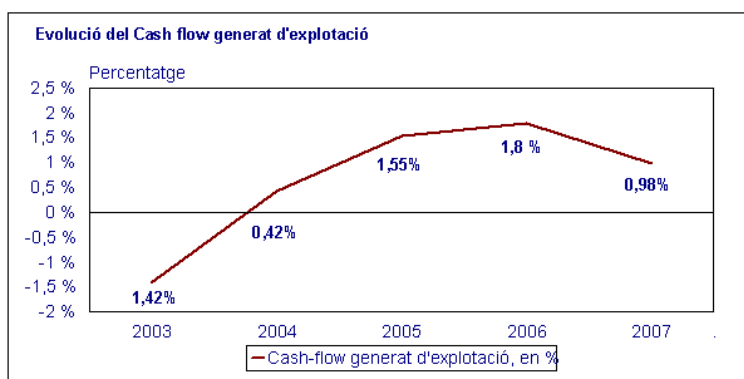
Divulgació

Les dades agregades del total de la XHUP es fan públiques mitjançant els informes anuals de la Central de Balanços publicats al web del CatSalut.

Indicador: Indicador: Cash-flow generat d'exploració

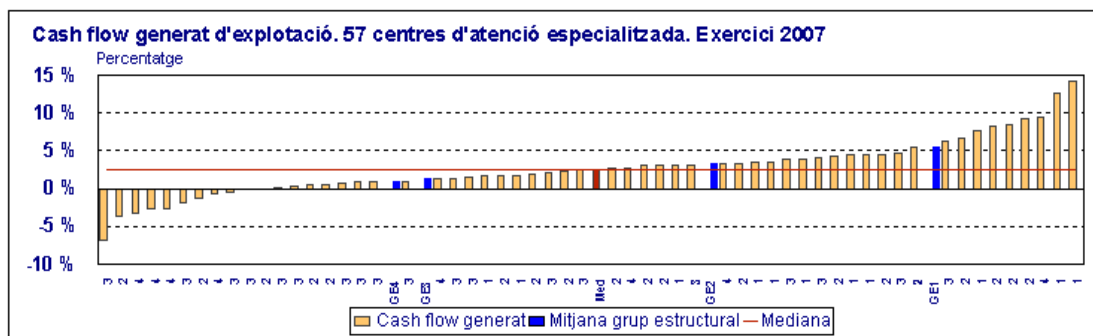
Resultats:

- L'any 2007 els hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) van generar recursos per valor de 44 milions d'euros amb una facturació per prestació de serveis assistencials de 4.477 milions d'euros. El percentatge de recursos generats en relació als ingressos per la prestació de serveis assistencials realitzada ha estat de **0,98**, és a dir, per cada 100 euros ingressats s'han generat 0,98 euros de recursos que es podran destinar a finançar inversions i retornar els préstecs.



- Després de l'evolució favorable d'aquest indicador durant el període 2003-2006, a l'any 2007 es produeix un canvi i disminueix en 0,81 punts percentuals, situant-se en 0,98.

- El canvi de l'any 2007, a conseqüència de la disminució dels recursos generats en -27'4 milions d'euros, un 38,4% respecte de l'any anterior, és degut a un increment de les despeses d'exploració del 13,16%, superior al dels ingressos per prestació de serveis assistencials, que ha estat del 12,67%. Aquest mig punt de diferència ha estat inferior al diferencial d'un punt entre l'increment de les tarifes per la prestació de serveis assistencials a compte del CatSalut, del 3,19%, i l'increment de l'IPC del 4,2%. Aquest diferencial canvia de sentit en el 2008, la qual cosa fa pensar en una probable recuperació de la tendència de millora de l'indicador.
- El comportament d'aquest indicador per centres mostra una important variabilitat. El valor més baix dels centres és -6,92 i el més alt de 14,27. El cash flow generat d'un centre pot superar 2,5 vegades el d'un altre. Hi ha 10 centres que presenten valors negatius i 46 centres amb valors positius.
- El valor promig d'aquest indicador pels hospitals aïllats i complementaris és de 5,55, pels hospitals bàsics de 3,21, pels hospitals de referència d'1,28 i pels hospitals d'alta tecnologia de 0,94. Es podria deduir que quan més complexitat tingui un centre menor és el percentatge de recursos generats respecte dels ingressos per prestació de serveis assistencials. Però si s'analitza la distribució individual de valors s'observa una gran diversitat dins de cada grup estructural.



Codi:

EV 01

Nom:

Prevalença de consum de tabac en adults

Altres noms:

Percentatge de fumadors
Població fumadora
Prevalença declarada de l'hàbit tabàquic

Descripció:

Percentatge de població de 15 o més anys consumidors habituals de tabac

Objectiu de l'indicador:

Mesurar la prevalença de fumadors i la seva evolució per avaluar les polítiques de prevenció del tabaquisme, per reduir l'impacte del factor de risc en la població

Variables i origen:

- Fumadors: estimació del nombre de fumadors calculat a partir dels individus que han contestat que fumen ocasionalment o que fumen cada dia (Categories 2 i 3 de la pregunta 170 de l'ESCA
 - Origen: ESCA
- Població oficial de referència del territori: nombre d'habitants residents en el territori en la data establerta com a tall oficial de l'any d'estudi, per edat i sexe
 - Origen: Registre central d'assegurats (RCA)

Pregunta 170 de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA):

De les següents situacions, quina descriu millor el seu comportament respecte el tabac (inclou cigarretes, cigars i pipes)?

Metodologia / fórmula de càlcul:

$$\frac{\text{N fumadors estimats}}{\text{Població oficial de referència del territori}} * 100$$

Dimensions d'anàlisi:

- Sexe
- Edat: grans grups d'edat i grups de 5 anys
- Classe social

Interpretació i limitacions:

El consum de tabac és el principal factor de risc per la salut lligat al comportament individual. Des de punt de vista sanitari és important conèixer el temps d'exposició al factor de risc, la intensitat de l'exposició en termes de consum diari, la incidència de nous fumadors, el nombre d'exfumadors, ...

La prevalença de consum de tabac, que és un indicador global del fenomen, ha demostrat ser una de les millors mesures per quantificar el problema del tabaquisme a nivell poblacional. És un indicador que es correlaciona molt bé amb la morbiditat lligada a aquest factor de risc i que és molt sensible als canvis.

La reducció de la prevalença, encara que sigui amb magnituds petites, s'ha de valorar positivament. Les reduccions tenen sempre una traducció rellevant en l'estat de salut de la població.

La prevalença no informa directament sobre la incidència de nous fumadors ni sobre el nombre de fumadors que deixen de fumar, tot i que, en el primer cas, permet fer-ne una aproximació mitjançant el grup etari més jove, i junt amb la prevalença d'exfumadors es pot calcular la proporció d'abandonament.

La prevalença es pot completar amb altres variables com la intensitat d'exposició al factor de risc si es vol conèixer més acuradament la situació.

Organització:

Departament de Salut

Unitat responsable:

DGPA i DGSP

Periodicitat:

Cada 4 o més anys

Primer període disponible:

1994

Últim període disponible:

2006

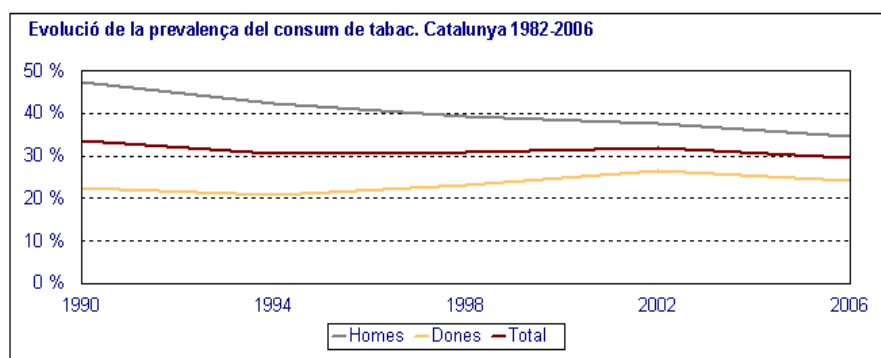
Divulgació:

Informe de l'ESCA
Salut en Xifres
Quadre de comandament de la DGPA
Quadre de comandament de la DGSP

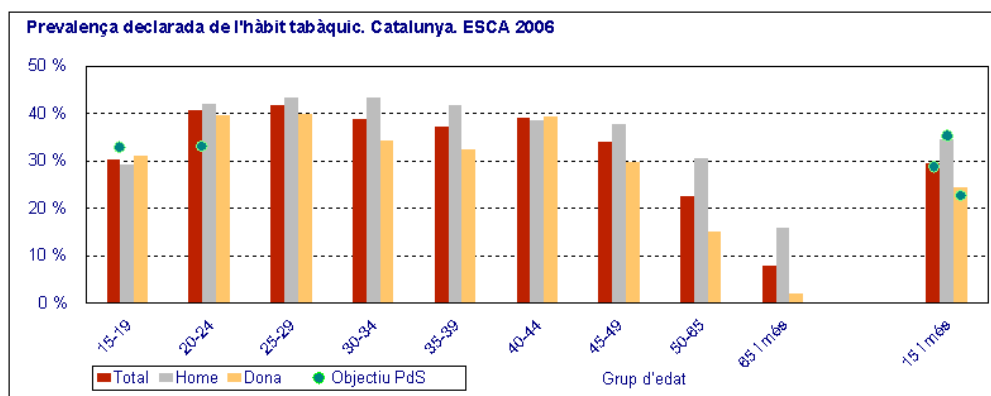
Indicador: Prevalença de consum de tabac

Resultats:

- La prevalença de consum de tabac entre la població de 15 anys i més és de **29,38%** a l'any **2006** segons dades de l'enquesta de salut de Catalunya (**ESCA**).
- L'evolució de l'hàbit tabàquic mostra una **tendència decreixent**, que per primera vegada a partir de 2002, és també decreixent entre les dones. Malgrat que la prevalença està disminuint, tant per homes com per dones, la fita del Pla de Salut de Catalunya per a l'any 2010 encara no s'ha assolit.



- A gairebé totes les edats, la prevalença de tabaquisme es **superior en homes que en dones**. En el grup d'edat de 15 a 19 anys la prevalença és més alta en les noies que en els nois. Passa el mateix en les dones d'entre 40 i 45 anys.



- La variabilitat territorial de la prevalença de consum de tabac entre regions sanitàries (RS) i entre governs territorials de salut (GTS) és moderada. S'observa una major variabilitat per sexes que en el total. Són els RS de Girona i de la Catalunya Central els que presenten valors més baixos, mentre que les RS de Tarragona i de Terres de l'Ebre presenten els més elevats encara que de manera molt significativa.
- Respecte a classe social l'enquesta de salut de Catalunya posa de manifest com la prevalença en homes s'incrementa a mesura que la classe social és més desfavorida. Aquesta relació no s'observa entre les dones.

Codi:

SE 01

Nom:

Despesa farmacèutica pública per habitant

Altres noms:

Descripció:

Despesa farmacèutica amb recepta mèdica respecte la població assegurada segons tall oficial

Objectiu:

Mesurar la despesa en medicaments i productes sanitaris dispensats per les oficines de farmàcia a través de receptes mèdiques per analitzar la variabilitat entre territoris i aconseguir optimitzar l'ús racional dels medicaments

Variables i origen:

- Despesa farmacèutica: import a càrrec del CatSalut sense incloure els descomptes a nivell de farmàcia segons legislació vigent i l'actual Concert, ni l'aportació dels assegurats
 - Origen: Receptes mèdiques facturades al CatSalut pels Col·legis de Farmacèutics
- Nombre d'habitants: nombre d'assegurats del CatSalut
 - Origen: Registre Central d'Assegurats (RCA) segons tall oficial.

Fórmula de càlcul:

$$\frac{\text{Despesa farmacèutica}}{\text{Nombre d'habitants}}$$

Especificacions tècniques:

Per tal de poder fer un anàlisi de territorial d'aquest indicador, es considera la despesa generada pels assegurats del CatSalut que han estat identificats a través del CIP de la recepta. En aquest sentit per tant queden exclosos per exemple els pacients d'altres comunitats autònomes, estrangers, receptes amb codi d'urgència o receptes amb codi no identificat.

L'anàlisi es realitza en base la despesa que ha generat l'assegurat arreu de Catalunya i en funció del seu territori de residència.

Dimensions d'anàlisi:

- Territori de residència: GTS, Regió Sanitària
- Edat
- Sexe
- Nivell de cobertura

Interpretació i limitacions:

L'edat, el gènere i el nivell de cobertura són variables identificades que afecten als resultats de la despesa per habitant. Per tal de comparar territoris s'ha d'estandarditzar per aquestes tres variables.

També cal tenir present que no tota la població assegurada té un nivell de cobertura que li garanteix el dret a la prestació farmacèutica i que aquesta població no es distribueix uniformement en el territori.

El grau d'utilització dels serveis sanitaris públics també s'haurà de tenir present en fer la comparativa. En aquest sentit, caldrà combinar aquest indicador amb la despesa per usuari consumidor (també estandarditzada per edat, gènere i nivell de cobertura).

Valors observats a Catalunya (sense descomptes i amb codi CIP que identifica a un assegurat):
2008: 247,7 €

Organització:

CatSalut

Unitat responsable:

Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries

Periodicitat:

Mensual i anual

Primer període disponible:

2005

Última data disponible:

3 mesos després de la finalització del període.

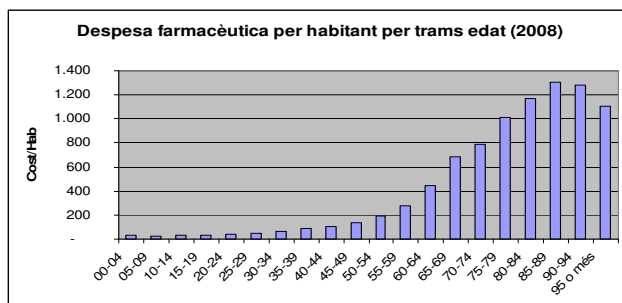
Divulgació:

Quadres de comandament de Farmàcia

Indicador: Despesa farmacèutica pública per habitant

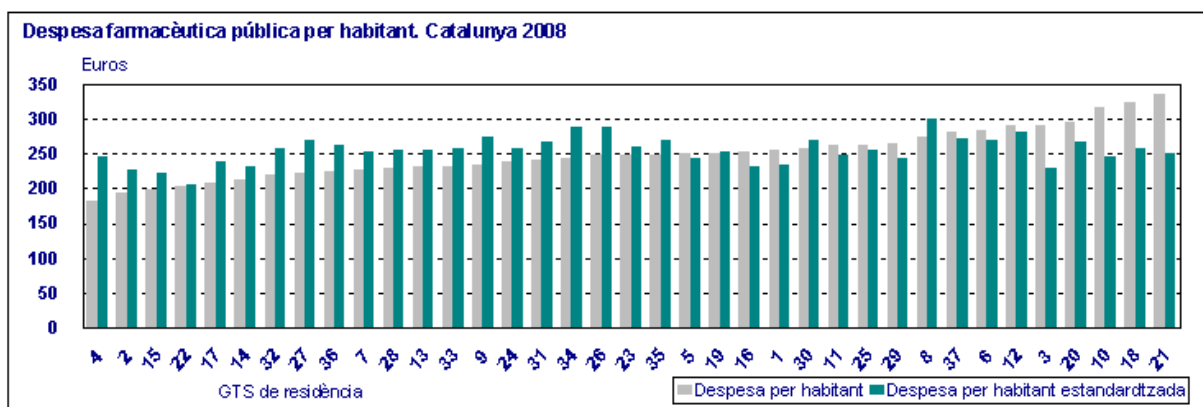
Resultats:

- La despesa farmacèutica amb recepta mèdica a càrrec del CatSalut i facturada pels Col·legis Oficials de Farmacèutics el 2008 ha estat de **1.821** milions d'euros. Tenint en compte que pel 2008 la població de referència assegurada és de 7.503.118 habitants, la despesa pagada per habitant és de **242,7 €**, un **3,45% més que el 2007**.
- La facturació presentada pels COF gaudeix d'uns descomptes que no es poden atribuir a cada recepta. Hi ha un altre volum de receptes que no es poden assignar a pacients assegurats. Per facilitar anàlisi d'aquest indicador a nivell desagregat, la despesa pel 2008 a considerar a nivell de Catalunya és de **1.858 milions d'euros**, resultant per tant una **despesa per habitant de 247,7 €**.
- Per gènere, **les dones generen una despesa aproximadament un 29% superior als homes** (278,4€ en dones i 216,3 € en homes)



- El consum de medicaments augmenta a mesura que ho fa l'edat. Un persona d'entre 85 i 89 anys gasta 58 vegades més que un nen entre 5 i 9 anys i 19 vegades més que un adult entre 30 i 34 anys.
- El 38% de la despesa es troba concentrada en els habitants majors de 75 anys, que representen el 8% de la població total.

- El nivell de cobertura és una variable que afecta la despesa mitjana per habitant. Cal tenir present a més, que no tots els assegurats tenen dret a la prestació farmacèutica. **La població amb farmàcia gratuïta (un 22%) genera el 79% de la despesa farmacèutica.**
- De la població menor de 60 anys, **el 5% té un nivell de cobertura de farmàcia gratuïta** (exempta de copagament) i **genera el 37% de la despesa d'aquest grup de població.**
- Segons la regió sanitària de residència (RS) dels assegurats, les que tenen una despesa per habitant més baixa són Girona (213,6 €) i Camp de Tarragona (242,9 €). Els valors més alts són els de Terres de l'Ebre (281,9 €) i la Catalunya Central (261,0 €).
- Segons el GTS de residència s'observa una variabilitat amb un coeficient de variació (CV) del 14%, oscil·lant entre els 335,7 € i els 182,1 €. L'estandardització per edat, gènere i nivell de cobertura canvia de forma significativa la posició dels GTS respecte el conjunt i redueix la variabilitat (CV. 8%).



crae@catsalut.cat