

**INFORME**

Novembre - 2020

# **Avaluació comparativa de la qualitat hospitalària a Catalunya: Marca Q Exercici metodològic**

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS ha estat reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Robles N, Muñoz L, Espallargues M, Mercader M, Oliva G, Davins J †, Sardà M. Avaluació comparativa de la qualitat hospitalària a Catalunya: Marca Q. Exercici metodològic. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:  
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.  
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona  
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <http://aquas.gencat.cat>

© 2020, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Primera edició: Barcelona, novembre 2020  
Correcció: Àrea de comunicació AQuAS.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

# Avaluació comparativa de la qualitat hospitalària a Catalunya: Marca Q

## Exercici metodològic

### Autoria

Laura Muñoz, Noemí Robles, Mireia Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Mercè Mercader, Glòria Oliva, Josep Davins †, Maria Cerdà

Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària (DGORS), Departament de Salut

### Revisors externs

Rafael Caballero

Departamento de Economía Aplicada (Matemáticas). Universidad de Málaga

### Agraïments

Amb aquesta publicació, les autores volen expressar el seu agraïment i el seu record a la figura i la memòria del **Dr. Josep Davins Miralles**, qui fou subdirector general d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques del Departament de Salut, impulsà el projecte de la marca Q i participà en l'autoria d'aquest treball, tot aportant la seva expertesa en el desenvolupament de l'estratègia de qualitat als centres sanitaris de Catalunya.

| Els autors declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

# Índex

<u>Resum</u>	6
<u>Resum en castellà</u>	13
<u>English abstract</u>	20
<u>Introducció</u>	27
<u>Objectius</u>	30
<u>Metodologia</u>	31
<u>Resultats</u>	42
<u>Discussió</u>	60
<u>Conclusions</u>	66
<u>Annexos</u>	67
<u>Abreviacions</u>	114
<u>Bibliografia</u>	115

## Índex de taules

**Taula 1.** Dimensions i indicadors individuals seleccionats per al càlcul de l'indicador sintètic i el seu pes obtingut a la fase de consens extens amb el *Health Consensus*.

**Taula 2.** Avantatges i limitacions dels indicadors sintètics de qualitat assistencial.

**Taula 3.** Dimensions per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària recollides a la revisió bibliogràfica.

**Taula 4.** Perfil dels participants en el *Health Consensus*.

**Taula 5.** Percentatge d'acord en les valoracions de les dimensions (professionals que valoren la importància de la dimensió amb puntuacions de 8 o 9).

**Taula 6.** Indicadors que obtingueren el consens (75% o més dels professionals de cada categoria el valoren entre 8 i 9).

**Taula 7.** Indicadors individuals disponibles a les fonts d'informació sanitàries.

**Taula 8.** Indicadors individuals segons si són positius o negatius.

**Taula 9.** Pes dels indicadors individuals i de les dimensions.

## Índex de gràfics

**Figura 1.** Fases del procés per a la selecció de les dimensions i dels indicadors individuals per formar part de l'indicador sintètic.

**Figura 2.** Pantalla per definició del perfil del participant a la plataforma *Health Consensus*.

**Figura 3.** Esquema de les pantalles de la plataforma *Health Consensus*.

**Figura 4.** Valoració de les dimensions i indicadors mitjançant *Health Consensus*.

**Figura 5.** Desviació positiva i desviació negativa.

**Figura 6.** Model dimensional proposat per a la marca Q de qualitat.

**Figura 7.** Representativitat dels indicadors segons les dimensions.

**Figura 8.** Model dimensional definitiu per a la marca Q de qualitat.

# Resum

## Introducció

La qualitat i la seguretat assistencials són elements clau del Sistema Sanitari que cal garantir i maximitzar, tal com estableix el Pla de salut de Catalunya 2016-2020. En aquest sentit, una estratègia del Departament de salut és la promoció de les millors pràctiques en relació amb la qualitat i la seguretat assistencials mitjançant diverses iniciatives, com ara és el Projecte Marca Q de qualitat hospitalària, que té com a finalitat dissenyar una eina que permeti identificar la qualitat assistencial —en un sentit ampli—, i que sigui útil per poder avaluar comparativament els nivells de qualitat assolits pels hospitals d'aguts del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). El propòsit d'aquesta eina serà identificar aquells aspectes del procés i dels resultats assistencials que són excel·lents, però també aquells que caldria millorar o corregir progressivament. Una condició essencial en el seu desenvolupament també ha de ser que incorpori l'opinió dels professionals de la salut i dels ciutadans en relació amb aquells aspectes i indicadors de qualitat assistencial més rellevants per a l'avaluació. En definitiva, es pretén comptar amb una nova eina que aporti valor afegit per a l'avaluació i la millora continuada de la qualitat assistencial.

## Objectius

L'objectiu general d'aquest exercici metodològic ha estat desenvolupar una metodologia per construir un indicador combinat o sintètic de diversos indicadors de qualitat assistencial que permeti objectivar i valorar la qualitat de l'atenció hospitalària d'aguts a Catalunya.

De forma específica ha estat necessari:

Definir el model dimensional i seleccionar els indicadors que millor expressin la qualitat assistencial dels hospitals.

Desenvolupar l'estratègia més adequada per a la confecció de l'indicador sintètic.

## Metodologia

Aquest exercici metodològic s'ha portat a terme per als hospitals d'aguts del Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) sense ànim de lucre.

Per a la construcció de l'indicador sintètic de qualitat hospitalària s'han seguit les fases següents:

### *A. Definició del model dimensional de qualitat assistencial dels hospitals*

Per a la selecció de les dimensions i dels indicadors individuals s'ha portat a terme una revisió exhaustiva de la literatura, grups focals amb experts i un procés de consens extens mitjançant una enquesta en línia amb la plataforma *Health Consensus* (HC, basada en la tècnica del Delphi

modificat) a professionals de la salut, i de la qual s'ha obtingut la importància relativa (pesos) de les dimensions i dels indicadors. Finalment s'han realitzat dos grups focals amb pacients/cuidadors, per tal de contrastar els resultats obtinguts en el procés de consens extens d'indicadors amb l'opinió dels usuaris del sistema.

S'han considerat aquells centres del SISCAT que realitzen atenció hospitalària d'aguts i s'han classificat els hospitals en 5 nivells diferents, en funció de la complexitat del centre: 5 hospitals generals d'alta tecnologia, 6 hospitals de referència d'alta resolució, 11 hospitals de referència, 21 hospitals comarcals i 6 hospitals aïllats geogràficament. S'han exclòs els hospitals monogràfics, aquells amb poca activitat i majoritàriament quirúrgica, aquells amb un percentatge baix o inexistent d'activitat de finançament públic i els d'ànim de lucre.

### ***B. Selecció de les mesures individuals a incloure a l'indicador sintètic***

Mitjançant la revisió dels sistemes d'informació sanitaris disponibles del SISCAT s'han identificat els indicadors individuals disponibles per als hospitals d'aguts l'any 2015.

S'han descartat aquells indicadors individuals amb un 20 % o més dels hospitals amb el valor més alt (efecte sostre) o més baix (efecte terra) possible per a aquell indicador. Els indicadors individuals finals s'han agrupat en 4 dimensions.

### ***C. Combinació de les mesures individuals i benchmarking***

L'indicador sintètic s'obté d'una combinació matemàtica (o agregació) dels indicadors individuals que representen els diferents components de la qualitat assistencial hospitalària.

Es construeixen primer els indicadors sintètics dimensionals (un per a cada dimensió), mitjançant la metodologia *Goal Programming Synthetic Indicators* (GPSI), i després es combinen per obtenir un indicador sintètic global que defineixi la posició de cada hospital en qualitat assistencial dins del nivell hospitalari al qual pertanyen.

#### PREPARACIÓ DE LES DADES PER A LA CONSTRUCCIÓ DE L'INDICADOR SINTÈTIC

Abans de calcular l'indicador sintètic es classifiquen els indicadors individuals en positius (valors alts representen una millora en la qualitat assistencial hospitalària) o negatius (valors alts representen un empitjorament/deteriorament en la qualitat assistencial hospitalària), es calculen els valors de referència de cada indicador individual com la seva mitjana per nivell hospitalari i es calcula la desviació positiva i la desviació negativa com la distància entre el valor real de l'indicador individual per un hospital i el seu valor de referència.

Per a cada indicador individual i per a cada dimensió també es calcula la mitjana de la puntuació que els professionals de la salut van donar durant el procés de consens extens mitjançant l'enquesta en línia amb *Health Consensus*. Aquests valors s'han fet servir per ponderar els indicadors individuals i les dimensions a l'hora de construir l'indicador sintètic.

#### CÀLCUL DELS INDICADORS SINTÈTICS DIMENSIONALS

Per a cada hospital, se'n calculen els punts forts (fortaleses) i els punts dèbils (debilitats) en qualitat assistencial. Les fortaleses es defineixen com la suma de les desviacions positives pels indicadors positius i la suma de les desviacions negatives pels indicadors negatius, ponderant cada indicador pel seu pes. Pel que fa a les debilitats, es defineixen com la suma de les desviacions negatives pels indicadors positius i la suma de les desviacions positives pels indicadors negatius, també ponderant cada indicador.

En tots dos casos, tant en les fortaleeses com en les debilitats, es divideix aquesta suma de desviacions positives o negatives pel valor de referència corresponent. D'aquesta manera es normalitzen aquestes desviacions mitjançant l'eliminació de les unitats de mesura i l'obtenció de mesures no-dimensionals comparables.

Això es fa per a cadascuna de les dimensions, obtenint les fortaleeses i les debilitats de cada hospital en cada dimensió. Aquestes fortaleeses i debilitats dimensionals s'agreguen en 4 indicadors sintètics dimensionals, un per a cada dimensió, mitjançant la diferència fortaleeses-debilitats, de manera que valors alts de l'indicador sintètic dimensional indiquen que aquell hospital presenta més fortaleeses que debilitats en aquella dimensió.

#### CÀLCUL DE L'INDICADOR SINTÈTIC

Un cop calculats tots els indicadors sintètics dimensionals, els resultats s'agreguen en un únic indicador sintètic global de qualitat assistencial i es pondera cada dimensió pel seu pes, i el resultat final definirà la posició global de cada hospital en qualitat assistencial.

## Resultats

S'ha definit el model dimensional a partir de la revisió de la literatura i experiències similars nacionals i internacionals. S'ha adaptat el model de la *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)* de l'OMS, incloent les dimensions següents: Efectivitat clínica i adequació, Eficiència i sostenibilitat, Orientació cap als professionals, Seguretat dels pacients i Atenció centrada en el ciutadà.

De la revisió bibliogràfica es van triar un total de 94 indicadors que després es van presentar i discutir juntament amb el model dimensional en el marc de 2 grups focals o de la discussió amb experts de diferents perfils professionals (Figura 1). A continuació, aquests experts es van sotmetre al consens extens mitjançant l'enquesta en línia amb *Health Consensus*, en el qual van participar un 43 % (n=308) dels més de 700 professionals convidats. Del conjunt d'indicadors, els professionals van seleccionar-ne els 27 que van considerar més rellevants per avaluar la qualitat assistencial hospitalària i també van proposar-ne alguns de diferents. Posteriorment aquests indicadors es van presentar i discutir en 2 grups focals amb pacients i cuidadors. Fruit d'aquest procés i de la discussió de l'equip de treball es varen identificar nous indicadors rellevants per a l'avaluació de la qualitat que no s'havien especificat en etapes prèvies, amb un total de 57 indicadors. Més tard, aquests indicadors es van revisar i se'n va comprovar la disponibilitat als sistemes d'informació del SISCAT.





**Figura 1: Fases del procés per a la selecció de les dimensions i dels indicadors individuals per formar part de l'indicador sintètic.**

Després de descartar aquells indicadors amb un efecte sostre o terra, es van incloure a l'avaluació 47 indicadors individuals agrupats en 4 dimensions: Efectivitat clínica i adequació (12 indicadors), Eficiència i sostenibilitat (8), Seguretat del pacient (9) i Atenció centrada en la ciutadania (18), i en va quedar exclosa la dimensió d'Orientació cap als professionals degut a la falta de disponibilitat de fonts d'informació específica. El pes de cada dimensió obtingut a partir de l'opinió dels professionals participants en el procés de consens extens mitjançant la plataforma *Health Consensus* va ser de 8,48 punts, 7,91 punts, 8,78 punts i 7,96 punts, respectivament. A la taula 1 es mostren les dimensions i els indicadors individuals seleccionats amb el pes obtingut a *Health Consensus* per a la realització d'aquest exercici.

**Taula 1: Dimensions i indicadors individuals seleccionats per al càlcul de l'indicador sintètic i el seu pes obtingut a la fase de consens extens amb el *Health Consensus*.**

Dimensió	Indicadors individuals	Pes indicador
Efectivitat clínica i Adequació	Mortalitat hospitalària per patologies seleccionades (a l'alta i a 30 dies)	7,46
	Reingressos per patologies seleccionades	6,79
<b>Pes dimensió = 8,48</b>	Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions	7,98
	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	8,43
	Pacients amb codi infart atesos en menys de 120 minuts (ECG-baló)	7,73
	Temps entrada sala-baló de pacients amb codi infart	7,73
	Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa per ictus isquèmic	7,73
	IQF: Indicador "Selecció"	8,01

Dimensió	Indicadors individuals	Pes indicador
	IQF: Indicador "Ús racional de nous medicaments"	7,30
	Hemorràgia o hematoma postoperatoris	7,86
	Insuficiència respiratòria postoperatoria	7,86
	Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris	7,86
Eficiència i Sostenibilitat	Rendibilitat dels ingressos d'explotació	6,90
	<i>Cash-flow</i> generat	7,02
<b>Pes dimensió = 7,91</b>	Solvència	6,98
	Cost estimat per UME assistencial	6,98
	Cost anual per pacient en MHDA: Antiretrovirals per VIH	6,85
	Cost anual per pacient en MHDA: Immunosupressors biològics	6,85
	Raó de funcionament estàndard	7,24
	Cirurgia Major Ambulatoria	7,48
Seguretat del pacient	Úlceres per pressió	8,19
	Bacterièmia de catèter vascular venós	8,47
<b>Pes dimensió = 8,78</b>	Bacterièmia de catèter venós central associada a la nutrició parenteral	8,47
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de còlon	8,41
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de recte	8,41
	Pneumònia associada a ventilació mecànica	8,37
	Punció o laceració accidental	8,35
	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	8,37

Dimensió	Indicadors individuals	Pes indicador
	Caigudes en pacients hospitalitzats	8,09
Atenció centrada en la ciutadania	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits intervinguts	7,13
	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits pendents d'intervenció	7,13
<b>Pes dimensió = 7,96</b>	Índex de reclamacions en l'hospitalització d'aguts per contacte	7,92
	Tracte i relació personal del metge i les infermeres	8,24
	Competència professional	8,50
	Continuïtat assistencial	8,30
	Organització/coordinació	8,16
	Satisfacció global dels usuaris	7,84
	Informació rebuda durant l'estada a l'hospital	8,16
	Consentiment informat	8,48
	Ajuda a controlar o millorar el dolor	7,92
	Accessibilitat percebuda / Temps d'espera a urgències	7,64
	Accessibilitat percebuda / Temps a la llista d'espera	7,64
	Informació rebuda durant l'estada a urgències	8,16
	Intimitat del pacient	7,92
	Confidencialitat	7,92
	Suport i atenció psicosocial	7,60
	Poder donar la seva opinió	7,92

ECG: electrocardiograma; IQF: Índex de Qualitat de la prescripció Farmacèutica; MHDA: Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatòria; UME: Unitat de Mesura Estandaritzada; VIH: Virus de la Immunodeficiència Humana

Aquest exercici metodològic permet calcular l'indicador sintètic amb la definició del model dimensional (o marc conceptual de l'indicador sintètic) i la selecció de les mesures individuals a incloure en l'indicador sintètic definits l'any 2015.

Si es volgués reproduir aquest indicador sintètic en l'actualitat caldria valorar si el model dimensional i els indicadors seleccionats així com els pesos encara són vigents. En cas contrari, s'hauria de determinar l'esforç de revisió o de nova realització d'alguna de les fases prèvies a la construcció de l'indicador sintètic pròpiament dit, així com de la recollida de dades i del càlcul dels indicadors individuals, i establir la periodicitat més òptima d'aquest exercici.

## Conclusions

Es presenta una nova metodologia en l'àmbit de la salut per elaborar indicadors sintètics que permet avaluar la qualitat assistencial dels hospitals i que ofereix diversos avantatges respecte als existents fins ara. La facilitat inherent de la seva aplicació i la interpretació dels resultats compensa la dificultat que pot comportar haver de recollir informació addicional (ponderació dels indicadors individuals) i prendre decisions (triar els valors de referència).

A banda d'obtenir la posició dels hospitals en qualitat assistencial, aquesta metodologia també permet analitzar la situació d'aquells hospitals que estan en posicions millors i pitjors, caracteritzant així aquelles situacions que s'associen a millors o pitjors mesures de la qualitat assistencial hospitalària. Així, un cop identificats els punts forts (fortaleses) dels hospitals, podem formular les accions necessàries per mantenir la posició assolida i, un cop identificats els punts dèbils (debilitats), podem elaborar una estratègia per millorar la situació.

Per tant, identificar els hospitals que actuen com a punt de referència de cada nivell i la dimensió amb una millor avaluació podria servir com a pauta per formular les polítiques necessàries per millorar la situació dels altres hospitals. El fet de permetre combinar múltiples dimensions ponderades pel criteri dels principals actors implicats en la qualitat assistencial hospitalària (professionals, pacients/cuidadors), i el fet que estigui basat en el consens de més de 300 participants, la converteix en una estratègia potent i adequada per construir indicadors sintètics en l'àmbit de la salut.

# Resum en castellà

## Introducción

La calidad y la seguridad asistenciales son elementos clave del Sistema Sanitario que hay que garantizar y maximizar, tal y como establece el Pla de salut de Catalunya 2016-2020. En este sentido, una estrategia del Departament de Salut es la promoción de las mejores prácticas en relación con la calidad y la seguridad asistenciales mediante diferentes iniciativas, como es el *Projecte Marca Q de qualitat hospitalària*, que tiene como finalidad diseñar una herramienta que permita identificar la calidad asistencial —en un sentido amplio—, y que sea útil para poder evaluar comparativamente los niveles de calidad alcanzados por los hospitales de agudos del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT). El propósito de esta herramienta será identificar aquellos aspectos del proceso y de los resultados asistenciales que son excelentes, pero también aquellos que habría que mejorar o corregir progresivamente. Una condición esencial en su desarrollo también debe ser la incorporación de la opinión de los profesionales de la salud y de los ciudadanos en relación con aquellos aspectos e indicadores de calidad asistencial más relevantes para la evaluación. En definitiva, se pretende contar con una nueva herramienta que aporte valor añadido para la evaluación y la mejora continuada de la calidad asistencial.

## Objetivos

El objetivo general de este ejercicio metodológico ha sido desarrollar una metodología para construir un indicador combinado o sintético de diversos indicadores de calidad asistencial que permita objetivar y valorar la calidad de la atención hospitalaria de agudos en Cataluña.

De forma específica ha sido necesario:

1. Definir el modelo dimensional y seleccionar los indicadores que mejor expresen la calidad asistencial de los hospitales.
2. Desarrollar la estrategia más adecuada para la confección del indicador sintético.

## Metodología

Este ejercicio metodológico se ha llevado a cabo para los hospitales de agudos del Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) sin ánimo de lucro.

Para la construcción del indicador sintético de calidad hospitalaria se han seguido las siguientes fases:

### *A. Definición del modelo dimensional de calidad asistencial de los hospitales*

Para la selección de las dimensiones y de los indicadores individuales se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura, grupos de discusión con expertos y un proceso de consenso extenso, mediante una encuesta en línea con la plataforma *Health Consensus* (HC, basada en

la técnica del Delphi modificado), con profesionales de la salud y de la cual se ha obtenido la importancia relativa (pesos) de las dimensiones y los indicadores. Finalmente se han realizado dos grupos focales con pacientes/cuidadores, con tal de contrastar los resultados obtenidos en el proceso de consenso extenso de indicadores con la opinión de los usuarios del sistema.

Se han considerado aquellos centros del SISCAT que realizan atención hospitalaria de agudos y se han clasificado los hospitales en 5 niveles diferentes, en función de la complejidad del centro: 5 hospitales generales de alta tecnología, 6 hospitales de referencia de alta resolución, 11 hospitales de referencia, 21 hospitales comarcales y 6 hospitales aislados geográficamente. Se han excluido los hospitales monográficos, aquellos con poca actividad y mayoritariamente quirúrgica, aquellos con un porcentaje bajo o inexistente de actividad de financiamiento público y los de ánimo de lucro.

### ***B. Selección de las medidas individuales a incluir en el indicador sintético***

Mediante la revisión de los sistemas de información sanitarios disponibles en el SISCAT se han identificado los indicadores individuales disponibles para los hospitales de agudos para el año 2015.

Se han descartado aquellos indicadores individuales con un 20 % o más de los hospitales con el valor más alto (efecto techo) o más bajo (efecto suelo) posible para aquel indicador. Los indicadores individuales finales se han agrupado en 4 dimensiones.

### ***C. Combinación de las medidas individuales y benchmarking***

El indicador sintético se obtiene de una combinación matemática (o agregación) de los indicadores individuales que representan los diferentes componentes de la calidad asistencial hospitalaria.

Se construyen primero los indicadores sintéticos dimensionales (uno para cada dimensión), mediante la metodología *Goal Programming Synthetic Indicators* (GPSI), y después se combinan para obtener un indicador sintético global que defina la posición de cada hospital en calidad asistencial dentro de su nivel hospitalario.

#### PREPARACIÓN DE LOS DATOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR SINTÉTICO

Antes de calcular el indicador sintético se clasifican los indicadores individuales en positivos (valores altos representan una mejora en la calidad asistencial hospitalaria) o negativos (valores altos representan un empeoramiento/deterioro en la calidad asistencial hospitalaria), se calculan los valores de referencia de cada indicador individual como su media por nivel hospitalario, y se calculan la desviación positiva y la desviación negativa como la distancia entre el valor real del indicador individual para un hospital y su valor de referencia.

Para cada indicador individual y para cada dimensión también se calcula la media de la puntuación que los profesionales de la salud dieron durante el proceso de consenso extenso mediante la encuesta en línea con el *Health Consensus*. Estos valores se han utilizado para ponderar los indicadores individuales y las dimensiones a la hora de construir el indicador sintético.

#### CÁLCULO DE LOS INDICADORES SINTÉTICOS DIMENSIONALES

Para cada hospital se calculan sus puntos fuertes (fortalezas) y sus puntos débiles (debilidades) en calidad asistencial. Las fortalezas se definen como la suma de las desviaciones positivas

para los indicadores positivos y la suma de las desviaciones negativas para los indicadores negativos, ponderando cada indicador por su peso. En cuanto a las debilidades, se definen como la suma de las desviaciones negativas para los indicadores positivos y la suma de las desviaciones positivas para los indicadores negativos, también ponderando cada indicador.

En los dos casos, tanto en las fortalezas como en las debilidades, se divide esta suma de las desviaciones positivas o negativas por el correspondiente valor de referencia, normalizando así estas desviaciones, es decir, eliminando las unidades de medida y obteniendo medidas no-dimensionales comparables.

Esto se hace para cada una de las dimensiones, obteniendo las fortalezas y las debilidades de cada hospital en cada dimensión. Estas fortalezas y debilidades dimensionales se agregan en 4 indicadores sintéticos dimensionales, uno para cada dimensión, mediante la diferencia fortalezas – debilidades, de manera que valores altos del indicador sintético dimensional indican que aquel hospital presenta más fortalezas que debilidades en aquella dimensión.

#### CÁLCULO DEL INDICADOR SINTÉTICO

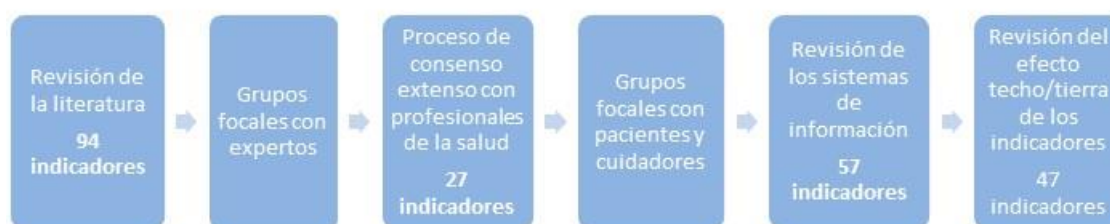
Una vez calculados todos los indicadores sintéticos dimensionales, estos se agregan en un único indicador sintético global de calidad asistencial, ponderando cada dimensión por su peso, lo que definirá la posición global de cada hospital en calidad asistencial.

## Resultados

Se ha definido el modelo dimensional a partir de la revisión de la literatura y experiencias similares nacionales y internacionales. Se ha adaptado el modelo de la *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)* de la OMS, incluyendo las siguientes dimensiones: Efectividad clínica y adecuación, Eficiencia y sostenibilidad, Orientación hacia los profesionales, Seguridad de los pacientes y Atención centrada en el ciudadano.

De la revisión bibliográfica resultaron un total de 94 indicadores que se presentaron y discutieron junto con el modelo dimensional en el marco de 2 grupos focales o discusión con expertos de diferentes perfiles profesionales (Figura 1). Posteriormente estos profesionales se sometieron a un consenso extenso mediante la encuesta en línea con el *Health Consensus*, en el que participaron un 43 % (n=308) de los más de 700 profesionales invitados. Del conjunto de indicadores, los profesionales seleccionaron los 27 que consideraron más relevantes para evaluar la calidad asistencial hospitalaria y también propusieron algunos de diferentes. Posteriormente se presentaron y discutieron estos indicadores en 2 grupos focales con pacientes y cuidadores. Fruto de este proceso y de la discusión del equipo de trabajo se identificaron nuevos indicadores relevantes para la evaluación de la calidad que no se habían especificado en etapas previas, con un total de 57 indicadores. Más tarde, estos indicadores se revisaron y se comprobó su disponibilidad en los sistemas de información del SISCAT.





**Figura 1: Fases del proceso para la selección de las dimensiones y de los indicadores individuales para formar parte del indicador sintético.**

Después de descartar aquellos con un efecto techo o suelo, se han incluido 47 indicadores individuales agrupados en 4 dimensiones: Efectividad clínica y adecuación (12 indicadores), Eficiencia y sostenibilidad (8), Seguridad del paciente (9) y Atención centrada en la ciudadanía (18); quedando excluida la dimensión de Orientación hacia los profesionales debido a la falta de fuentes de información específica. El peso de cada dimensión obtenido a partir de la opinión de los profesionales participantes en el proceso de consenso extenso mediante la plataforma *Health Consensus* ha sido de 8,48 puntos, 9,71 puntos, 8,78 puntos y 7,96 puntos, respectivamente. En la tabla 1 se muestran las dimensiones y los indicadores individuales seleccionados con el peso obtenido en el *Health Consensus* para la realización de este ejercicio.

**Tabla 1: Dimensiones e indicadores individuales seleccionados para el cálculo del indicador sintético y su peso obtenido en la fase de consenso extenso con el *Health Consensus*.**

Dimensión	Indicadores individuales	Peso indicador
Efectividad clínica y Adecuación	Mortalidad hospitalaria por patologías seleccionadas (al alta y a los 30 días)	7,46
	Reingresos por patologías seleccionadas	6,79
<b>Peso dimensión = 8,48</b>	Mortalidad en pacientes que han desarrollado complicaciones	7,98
	Mortalidad hospitalaria en condiciones de bajo riesgo	8,43
	Paciente con código infarto atendidos en menos de 120 minutos (ECG-balón)	7,73
	Tiempo entrada sala-balón de pacientes con código infarto	7,73
	Tiempo puerta-aguja en trombólisis intravenosa por ictus isquémico	7,73
	ICF: Indicador "Selección"	8,01



Dimensión	Indicadores individuales	Peso indicador	
Eficiencia y Sostenibilidad	ICF: Indicador "Uso racional de nuevos medicamentos"	7,30	
	Hemorragia o hematoma postoperatorios	7,86	
	Insuficiencia respiratoria postoperatoria	7,86	
	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios	7,86	
	Rentabilidad de los ingresos de explotación	6,90	
	<i>Cash-flow</i> generado	7,02	
	<b>Peso dimensión = 7,91</b>	Solvencia	6,98
	Coste estimado por UME asistencial	6,98	
	Coste anual por paciente en MHDA: Antirretrovirales para VIH	6,85	
	Coste anual por paciente en MHDA: Inmunosupresores biológicos	6,85	
Seguridad del paciente	Razón de funcionamiento estándar	7,24	
	Cirugía Mayor Ambulatoria	7,48	
	Úlceras por presión	8,19	
	Bacteriemia de catéter vascular venoso	8,47	
	<b>Peso dimensión = 8,78</b>	Bacteriemia de catéter venoso central asociada a la nutrición parenteral	8,47
	Infección de localización quirúrgica de órgano-espacio en la cirugía electiva de colon	8,41	
	Infección de localización quirúrgica de órgano-espacio en la cirugía electiva de recto	8,41	
	Neumonía asociada a ventilación mecánica	8,37	
Punción o laceración accidental	8,35		

Dimensión	Indicadores individuales	Peso indicador
Atención centrada en la ciudadanía	Grado de implantación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica	8,37
	Caídas en pacientes hospitalizados	8,09
	Tiempo de espera para procedimientos quirúrgicos garantizados y no garantizados intervenidos	7,13
	Tiempo de espera para procedimientos quirúrgicos garantizados y no garantizados pendientes de intervención	7,13
<b>Peso dimensión = 7,96</b>	Índice de reclamaciones en la hospitalización de agudos por contacto	7,92
	Trato y relación personal del médico y las enfermeras	8,24
	Competencia profesional	8,50
	Continuidad asistencial	8,30
	Organización/coordinación	8,16
	Satisfacción global de los usuarios	7,84
	Información recibida durante la estancia en el hospital	8,16
	Consentimiento informado	8,48
	Ayuda a controlar o mejorar el dolor	7,92
	Accesibilidad percibida / Tiempo de espera en urgencias	7,64
	Accesibilidad percibida / Tiempo en la lista de espera	7,64
	Información recibida durante la estancia en urgencias	8,16
	Intimidad del paciente	7,92
	Confidencialidad	7,92
	Soporte y atención psicosocial	7,60

Dimensión	Indicadores individuales	Peso indicador
	Poder dar su opinión	7,92

ECG: electrocardiograma; ICF: Índice de Calidad Farmacéutica; MHDA: Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria; UME: Unidad de Medida Estandarizada; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Este ejercicio metodológico permite calcular el indicador sintético con la definición del modelo dimensional (o marco conceptual del indicador sintético) y la selección de las medidas individuales a incluir en el indicador sintético definidos en el año 2015.

Si se quisiera reproducir este indicador sintético en la actualidad habría que valorar si el modelo dimensional y los indicadores seleccionados, así como los pesos siguen siendo vigentes. En caso contrario, se debería determinar el esfuerzo de revisión o de nueva realización de alguna de las fases previas a la construcción del indicador sintético propiamente dicho, así como de la recogida de datos y del cálculo de los indicadores individuales, y establecer la periodicidad más óptima de este ejercicio.

## Conclusiones

Se presenta una nueva metodología en el ámbito de la salud para elaborar indicadores sintéticos que permite evaluar la calidad asistencial hospitalaria y que ofrece diversas ventajas sobre las existentes hasta ahora. La facilidad inherente de su aplicación y la interpretación de los resultados compensa la dificultad que puede comportar tener que recoger información adicional (pesos) y tomar decisiones (valores de referencia).

Aparte de obtener la posición de los hospitales en calidad asistencial, también permite analizar la situación de aquellos hospitales que están en posiciones mejores y peores, caracterizando así aquellas situaciones que se asocien a mejores o peores medidas de la calidad asistencial hospitalaria. Así, una vez identificados los puntos fuertes (fortalezas) de los hospitales, podremos formular acciones necesarias para mantener la posición alcanzada. Y una vez identificados los puntos débiles (debilidades) de los hospitales, podremos formular una estrategia para mejorar la situación.

Por lo tanto, si se identifican los hospitales de cada nivel que actúan como punto de referencia y la dimensión con una mejor evaluación, podría servir como pauta para formular las políticas necesarias para mejorar la situación de los otros hospitales. El hecho de permitir combinar múltiples dimensiones ponderadas por el criterio de los principales actores implicados en la calidad asistencial hospitalaria (profesionales, pacientes/cuidadores), y que estén basados en el consenso de más de 300 participantes, la convierte en una estrategia potente y adecuada para construir indicadores sintéticos en el ámbito de la salud.

# English abstract

## Introduction

The quality and safety of healthcare are key elements of the Health System that must be guaranteed and maximised, as established in the Pla de salut de Catalunya 2016-2020 (Catalan Health Plan of Catalonia 2016-2020). In this sense, one of the strategies of the Departament de Salut (the Ministry of Health) is the promotion of the best practices in regards to the quality and safety of healthcare by means of several initiatives, such as *Projecte Marca Q de qualitat hospitalària* (Q-Mark in hospital care quality project), which aims to create a tool that is able to assess the quality of healthcare—in a broad sense—and that is also useful to comparatively evaluate the quality levels reached by acute care hospitals belonging to the Integrated Public Use Healthcare System of Catalonia (SISCAT). The purpose of this tool will be to identify those aspects of the process and the healthcare results that are excellent, but also the ones that could be progressively improved or corrected. The incorporation of the opinion given by healthcare professionals and citizens in regards to those healthcare quality aspects and indicators that are more relevant for evaluation is a basic condition for the development of this tool. In other words, it is expected that this new tool will bring added value to the evaluation and continuous improvement of healthcare quality.

## Objective

The main objective of this methodological exercise has been the development of a methodology to elaborate a combined or synthetic indicator of several healthcare quality indicators that enables the objectification and valuation of the acute hospital care in Catalonia.

Specifically it has been necessary:

1. To define the dimensional model and select the indicators that best express the quality of healthcare in hospitals.
2. To develop the most appropriate strategy for the elaboration of the synthetic indicator.

## Methodology

This methodological exercise has been carried out for the acute care hospitals belonging to the Integrated Public Use Healthcare System of Catalonia (SISCAT) in a non-profit manner.

The following steps have been followed to elaborate the hospital care quality synthetic indicator:

### *A. Definition of the quality of hospital care dimensional model*

To select the dimensions and the individual indicators, a thorough review of the literature, focus groups with experts and an extensive consensus process were carried out with health professionals using the online Health Consensus platform survey (HC, based on the modified Delphi technique) and from which the relative importance (weight) of the dimensions and

indicators was obtained. Finally, two focus groups with patients/carers were performed in order to compare the results obtained in the extensive consensus process of indicators with the system users' opinion.

The SISCAT centres that perform acute hospital care have been chosen for this study. These hospitals have been classified into 5 different levels depending on the complexity of each centre: 5 general high-technology hospitals, 6 high-resolution referral hospitals, 11 referral hospitals, 21 regional hospitals and 6 geographically isolated hospitals. Monographic, low-activity and mainly-surgical hospitals have not been included in this study.

### ***B. Selection of the individual measures to be included in the synthetic indicator***

By revising the SISCAT available healthcare information systems the available individual indicators for acute care hospitals in 2015 have been identified.

Those individual indicators with a 20 % or more of the hospitals with the highest (ceiling effect) or lowest (floor effect) possible value for that indicator have been discarded. The resulting individual indicators have been grouped into 4 dimensions.

### ***C. Combination of individual measures and benchmarking***

The synthetic indicator is obtained from a mathematical combination (or aggregation) of the individual indicators that represent the different components of the quality of hospital care.

First the dimensional synthetic indicators are elaborated (one for each dimension) with the Goal Programming Synthetic Indicators (GPSI) methodology, and then these indicators are combined to obtain a global synthetic indicator that defines the position of each hospital regarding the quality of care within the hospital level they belong to.

#### **DATA PREPARATION FOR THE ELABORATION OF THE SYNTHETIC INDICATOR**

Before calculating the synthetic indicator, the individual indicators are classified into positive (high values represent an improvement in the quality of hospital care) and negative (high values represent a deterioration in the quality of hospital care), the reference values for each individual indicator as well as the average for each hospital level, and the positive and negative deviations as well as the distance between the real value of the individual indicator for a certain hospital and its reference value.

For each individual indicator and dimension the average of the punctuation given by the health professionals during the extensive consensus process is also calculated using the Health Consensus platform online survey. These values have been used to weight the individual indicators and dimensions when elaborating the synthetic indicator.

#### **CALCULATION OF THE DIMENSIONAL SYNTHETIC INDICATORS**

The strengths and weaknesses of the quality of care are calculated for each hospital. On the one hand, strengths are defined as the total of the positive deviations for positive indicators and the total of negative deviations for negative indicators, weighting each indicator for its weight. On the other hand, weaknesses are defined as the total of negative deviations for positive indicators, and the total of positive deviations for negative indicators, also weighting each indicator.

Both in strengths and weaknesses, the total of positive or negative deviations is divided by the corresponding reference value. In this way, these deviations are normalized by eliminating the measurement units and obtaining comparable non-dimensional measures.

This is done for each of the dimensions, from which the strengths and weaknesses of each hospital in each dimension are obtained. These dimensional strengths and weaknesses are added in 4 dimensional synthetic indicators, one for each dimension, by means of subtracting weaknesses from strengths, in such a way that higher values of the dimensional synthetic indicator indicate that the hospital shows more strengths than weaknesses.

#### CALCULATION OF THE SYNTHETIC INDICATOR

Once the dimensional synthetic indicators are calculated, the results are added in a single global synthetic indicator of healthcare quality and each dimension is weighted by its weight, which will establish the global position of each hospital regarding healthcare quality.

## Results

The dimensional model has been defined from the literature review and from similar national and international experiences. The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital (PATH) from the World Health Organization (WHO) has been adapted, including the following dimensions: Clinical effectiveness and adequacy, Efficiency and sustainability, Staff orientation, Patient safety and Citizen-centred care.

A total of 94 indicators resulted from the literature review and were presented and discussed together with the dimensional model in 2 focus groups or with experts from different professional profiles (Figure 1). Subsequently, these experts were submitted to the extensive consensus using the Health Consensus online survey, in which a 43 % (n=308) of the 700 or more of the invited professionals participated. From the total of indicators, the professionals selected the 27 more relevant ones to evaluate the quality of health care and also proposed some new ones. Afterwards, these indicators were presented and discussed in 2 focus groups with patients and carers. From this process and the discussion of the work group, a total of 57 new relevant indicators that had not been specified in previous stages were selected for quality evaluation. Subsequently, these indicators were revised and their availability in the SISCAT information systems was checked.



**Figure 1: Stages of the selection process of dimensions and individual indicators that will be part of the synthetic indicator**

Once the ceiling or floor effect indicators were ruled out, 47 individual indicators grouped into 4 dimensions were included in the evaluation: Clinical effectiveness and adequacy (12 indicators), Efficiency and sustainability (8), Patient safety (9) and Citizen-centred care (18), and the Staff

orientation dimension was excluded due to lack of specific information sources. The weight of each dimension obtained from the professionals participating in the Health Consensus platform extensive consensus process was of 8.48, 7.91, 8.78 and 7.96 points, respectively. The dimensions and individual indicators that were chosen for this study, as well as the weights obtained in Health Consensus, are shown in *Table 1*.

**Table 1: Dimensions and individual indicators selected for the calculation of the synthetic indicator and its weight obtained in the Health Consensus extensive consensus stage.**

Dimension	Individual indicators	Indicator weight
Clinical effectiveness and adequacy	In-hospital mortality from selected pathologies (at discharge and at 30 days)	7.46
	Readmissions for selected pathologies	6.79
<b>Weight of the dimension = 8.48</b>	Mortality in patients that have developed complications	7.98
	In-hospital mortality from low-risk conditions	8.43
	Patients with infarction code treated in less than 120 minutes (ECG balloon)	7.73
	Door-to-balloon entry time for patients with a heart attack code	7.73
	Door-to-needle time in intravenous thrombolysis for ischemic stroke	7.73
	PQI: "Selection" indicator	8.01
	PQI: "Rational use of new medicines" indicator	7.30
	Postoperative haemorrhage or haematoma	7.86
	Postoperative respiratory insufficiency	7.86
	Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis	7.86
Efficiency and sustainability	Operating income profit	6.90
	Generated cash-flow	7.02
<b>Weight of the dimension = 7.91</b>	Solvency	6.98

Dimension	Individual indicators	Indicator weight
	Estimated cost per healthcare UCUM	6.98
	Annual cost per patient in Outpatient Hospital Dispensation Drugs: HIV antiretrovirals	6.85
	Annual cost per patient in Outpatient Hospital Dispensation Drugs: biological immunosuppressants	6.85
	Standardized hospital length of stay	7.24
	Outpatient Major Surgery	7.48
Patient safety	Pressure ulcers	8.19
	Vascular venous-catheter-related bacteraemia	8.47
<b>Weight of the dimension = 8.78</b>	Central venous-catheter-related bacteraemia on parenteral nutrition	8.47
	Organ-space surgical site infection after elective colon surgery	8.41
	Organ-space surgical site infection after elective rectal surgery	8.41
	Ventilator-Associated Pneumonia	8.37
	Accidental puncture or laceration	8.35
	Degree of implementation of the surgical safety checklist	8.37
	Falls in hospitalized patients	8.09
Citizen-centred care	Waiting time for intervened guaranteed and non-guaranteed surgical procedures	7.13
	Waiting time for guaranteed and non-guaranteed surgical procedures waiting to be performed	7.13
<b>Weight of the dimension = 7.96</b>	Rate of complaints in acute-patient hospitalizations per admission	7.92
	Nurse/physician treatment and personal relationship	8.24



Dimension	Individual indicators	Indicator weight
	Professional competence	8.50
	Continuity of care	8.30
	Organisation/coordination	8.16
	Overall user satisfaction	7.84
	Information received during the hospital stay	8.16
	Informed consent	8.48
	Help in pain management	7.92
	Perceived accessibility / Waiting time in the ER	7.64
	Perceived accessibility / Waiting list times	7.64
	Information received in the ER	8.16
	Patient's privacy	7.92
	Confidentiality	7.92
	Psychosocial support and care	7.60
	To be able to give their opinion	7.92

ECG: Electrocardiogram; PQI: Prescription Quality Index; UCUM: Unified Code for Units of Measure; HIV: Human Immunodeficiency Viruses; ER: Emergency Room

This methodological exercise enables to calculate the synthetic indicator with the definition of the dimensional method (or the synthetic indicator conceptual framework) and to select the individual measures to be included in the synthetic indicator defined in 2015.

In the event that we wanted to reproduce this synthetic indicator at present., it would be necessary to assess if the dimensional model, the selected indicators and the weights are still valid. If they were not, it would be necessary to determine the effort to review or repeat one or several of the stages prior to the elaboration of the synthetic indicator as well as the data collection and the calculation of individual indicators, and to determine the most optimal periodicity for this exercise.

## Conclusions

A new methodology is presented in the field of health to elaborate synthetic indicators that allow the evaluation of hospital care quality and which offers several advantages in regards to the ones that already existed. The inherent ease of its application and result interpretation compensates

for the possible difficulty in gathering additional information (weighting of the individual indicators) and making decisions (choosing reference values).

Apart from obtaining the position of each hospital regarding the quality of health care, it also allows to analyse the hospitals that are in better and worse positions and to define what situations are associated to better or worse measures concerning hospital care quality. In this way, once the hospital strengths are identified, we will be able to elaborate the necessary actions to maintain the achieved position, and once the hospital weaknesses are detected, we will be able to elaborate a strategy to improve the situation.

Therefore, a better identification of the hospitals that are the reference point for each level and of their dimension could serve as a guideline to formulate the policies needed to improve the situation of other hospitals. The fact that this strategy combines multiple dimensions weighted by the criterion of the principal actors implicated in the quality of hospital care (professionals, patients/carers) and the fact that it is based in the consensus of more than 300 participants makes it a powerful and suitable strategy to elaborate synthetic indicators in the field of health.

# Introducció

La mesura de la qualitat de l'atenció sanitària i el seu ús per promoure millores en la provisió de l'atenció sanitària, per determinar o influenciar sobre el pagament de serveis i per incrementar la transparència i el retiment de comptes és de màxima actualitat. Aquestes activitats, iniciades originalment en l'àmbit hospitalari, estan migrant en aquests moments cap a l'àmbit ambulatori i altres àmbits d'atenció i estenent-se cada vegada més en els sistemes sanitaris de tot el món. Molts grups i organitzacions estan pressionant per continuar aquesta expansió dels programes que se sustenten en la mesura de la qualitat assistencial i la seva presentació pública.

## Marca Q de Qualitat en la Salut

El Model de Qualitat i Seguretat que promou el Departament de Salut incorpora, mitjançant la definició de la **Marca Q de Qualitat en Salut**, un element de *benchmarking* i reconeixement als centres sanitaris<sup>a</sup>.

L'entrada en vigor de la directiva 2011/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 9 de març de 2011, relativa a l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera, obliga els estats membres a posar en coneixement dels ciutadans europeus els nivells de qualitat dels centres sanitaris.

Disposar de models de referència pot ser un estímul per millorar el nivell de qualitat i els resultats en salut, afavorir l'excel·lència i fomentar la identificació i la revisió d'àrees de millora prioritàries amb àmplia participació de tots els agents implicats. Aquesta marca Q s'obtidria a partir d'un indicador sintètic o mesura composta per diferents indicadors individuals o parcials en aquelles dimensions considerades rellevants per a l'avaluació de la qualitat de l'assistència sanitària hospitalària.

Perquè aquest reconeixement a la qualitat assistencial sigui vàlid i fiable, cal que els sistemes d'informació disponibles permetin comparar els resultats obtinguts pels centres sanitaris amb indicadors vàlids i fiables. En aquest sentit, actualment existeixen en el sistema sanitari diverses iniciatives que ja inclouen indicadors sobre la qualitat de l'atenció sanitària:

- L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), mitjançant la Central de Resultats, mesura, avalua i difon els resultats en salut i qualitat assolits pels diferents agents que integren el sistema sanitari (àmbit hospitalari, atenció primària, atenció sociosanitària i salut mental, i addiccions, entre d'altres); es tracta d'un producte quantitatiu orientat a la presa de decisions i amb capacitat de comparació, de manera que esdevé un "mapa de resultats" del sistema sanitari; a més, ha anat publicant de forma oberta en aquest darrer any diversos indicadors amb els resultats de forma nominal dels centres sanitaris.
- D'altra banda, els Mòduls per al Seguiment d'Indicadors de Qualitat (MSIQ) elaborats pel CatSalut inclouen diversos indicadors de qualitat i eficiència de l'assistència hospitalària

---

<sup>a</sup> Informació facilitada per la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària del Departament de Salut (comunicació personal).

finançada públicament (a partir de les dades del CMBD, la recepta electrònica, el Registre de llista d'espera i el Registre Central d'Assegurats, entre d'altres).

L'avaluació que es presenta en aquest exercici metodològic es dirigeix als centres que pertanyen al Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) que realitzen atenció hospitalària d'aguts, però amb la possibilitat que es pugui estendre a la resta de dispositius assistencials del SISCAT.

## Què s'entén per indicador sintètic (de la qualitat de l'atenció)?

S'entén per indicador sintètic (de la qualitat de l'atenció) una mesura composta que és resultat de la combinació de 2 o més indicadors individuals o parcials per tal de resumir múltiples dimensions de l'acompliment d'un proveïdor i facilitar les comparacions (*benchmarking*) entre ells.

Aquesta proposta es focalitza en la construcció d'un indicador sintètic per a l'avaluació de l'acompliment assistencial (*performance*) dels hospitals des d'una perspectiva àmplia (qualitat de l'atenció sanitària de forma global).

La validesa i la utilitat d'una mesura composta depenen de la qualitat de les mesures d'acompliment individuals en què es basen, així com de la robustesa de la metodologia emprada per a la combinació d'aquests elements.

L'indicador sintètic no quantifica la qualitat de l'atenció sanitària de forma directa, però permet establir una classificació a nivell d'hospital, en funció de la complexitat del centre.

Finalment, a banda d'obtenir aquesta classificació, la metodologia utilitzada per calcular aquest indicador sintètic permetrà analitzar en profunditat cada hospital, avaluant els seus punts forts (fortaleses) i els seus punts dèbils (debilitats).

La taula següent descriu alguns dels avantatges i limitacions dels indicadors sintètics, i més concretament dels indicadors sintètics de la qualitat assistencial:

**Taula 2: Avantatges i limitacions dels indicadors sintètics de qualitat assistencial.**

Avantatges	Limitacions (reptes)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Síntesi de la informació: reducció de la càrrega d'informació a base de condensar els indicadors disponibles en un resum simplificat.</li><li>- Expansió de l'abast: permeten un monitoratge més ampli de mesures i, per tant, un seguiment més complet dels proveïdors.</li><li>- Valoració de l'acompliment: es poden utilitzar per prendre decisions sobre els proveïdors que</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pèrdua d'informació i distorsió dels resultats en combinar en un únic indicador diferents dimensions de la qualitat, així com l'atenció a diversos processos assistencials i per diferents "serveis" hospitalaris ("un bon servei pot quedar emmascarat dins d'un mal hospital"); una única mesura pot perdre el detall d'informació que poden tenir les mesures d'acompliment individuals (indicadors) sobre aspectes específics de la qualitat de l'atenció</li></ul>

Avantatges	Limitacions (reptes)
<p>necessitin basar-se en múltiples indicadors en lloc d'un únic indicador; per exemple, mitjançant l'ordenació o ubicació dels centres proveïdors en una escala en funció del grau d'acompliment.</p>	<p>sanitària dels proveïdors; caldria, de forma concomitant, tenir coneixement de l'acompliment dels proveïdors en cada una de les mesures que componen l'indicador sintètic.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poden no proporcionar informació clara als clínics i decisors sobre les accions a emprendre per la millora de la qualitat; en aquest cas, també només seria possible mitjançant l'examen de les mesures individuals d'acompliment.</li> <li>- Poden ser "caixes negres" si les mesures i mètodes utilitzats per a la seva construcció no són transparents i fàcilment comprensibles; per tant, els inputs i les regles utilitzades s'haurien d'especificar clarament.</li> <li>- És difícil d'anticipar el comportament d'un indicador sintètic que pot estar altament determinat per les variàncies dels indicadors individuals.</li> <li>- Pot ser que la ponderació dels ítems (indicadors individuals) no reflecteixi els interessos, valors i preferències particulars de cada un dels usuaris potencials.</li> </ul>

# Objectius

Desenvolupar una metodologia per construir un indicador sintètic (mesura composta de diversos indicadors individuals o parcials) de qualitat assistencial hospitalària que permeti objectivar i valorar la qualitat de l'atenció hospitalària d'aguts a Catalunya.

Aquesta mesura composta hauria d'estar formada per un conjunt d'indicadors agrupats en diverses dimensions relacionades amb la qualitat assistencial que es considerin rellevants i permetin mesurar de forma objectiva el nivell de qualitat dels centres hospitalaris, de forma que pugui donar resposta als objectius específics següents:

1. Donar de forma pública i transparent informació sobre els resultats aconseguits pels hospitals del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) a partir de l'indicador sintètic global i dels indicadors sintètics dimensionals, que proporcionen informació detallada de les dimensions i indicadors que el conformen.
2. Avaluar i monitorar els aspectes principals de la qualitat i l'eficiència de l'assistència sanitària finançada pel CatSalut de forma estructurada, comparable, agregada i periòdica.
3. Donar patrons de referència que serveixin de comparació (*benchmarking*) en relació amb els altres centres similars i identificar possibles àrees de millora.
4. Posar de manifest diferències en la pràctica clínica.

# Metodologia

La construcció de l'indicador sintètic de qualitat assistencial hospitalària s'ha realitzat en tres fases consecutives:

1. Definició del model dimensional o marc conceptual de l'indicador sintètic.
2. Selecció de les mesures individuals a incloure en l'indicador sintètic.
3. Combinació de les mesures individuals i *benchmarking*.

## 1. Definició del model dimensional o marc conceptual de l'indicador sintètic

### 1.1. Revisió exhaustiva de la literatura

Amb l'objectiu d'identificar marcs d'avaluació per a la qualitat assistencial hospitalària i identificar els indicadors utilitzats, es va realitzar una revisió exhaustiva de la literatura, consultant informes de diverses institucions encarregades de l'avaluació de la qualitat assistencial del sistema sanitari català, espanyol i internacional. De forma addicional, la revisió es va completar amb una cerca avançada a Google. Es va portar a terme una síntesi qualitativa dels informes inclosos, per mitjà d'una descripció dels estudis i de les dimensions i els indicadors utilitzats.

Del resultat de la revisió es va a) definir l'abast i el model conceptual per a l'avaluació de la qualitat assistencial en l'àmbit dels hospitals d'aguts; b) confeccionar un llistat de dimensions i indicadors que es consideraven adequats per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària.

Aquest model avaluador es va anar refinant posteriorment a partir d'un grup de discussió amb experts i pacients/cuidadors, les reunions de l'equip de recerca amb els col·laboradors del projecte i les valoracions del *Health Consensus* (vegeu més endavant).

### 1.2. Grups focals amb experts

L'objectiu dels grups de discussió amb experts pretenia:

- Analitzar i ponderar les dimensions del model d'avaluació proposat.
- Obtenir una proposta d'indicadors per a cada dimensió.
- Identificar qüestions que caldrà aprofundir o plantejar al llarg del procés de definició del model d'avaluació.

#### PARTICIPANTS

Es va convidar a participar a l'avaluació a professionals i experts adscrits a les organitzacions sanitàries i a les societats científiques implicades en l'àmbit hospitalari de manera més directa, tècnics del Departament de Salut, tècnics del CatSalut i l'AQuAS.

## TÈCNiques I RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

Prèviament a la reunió es va fer circular entre els participants un document que recollia les dimensions i indicadors identificats durant la revisió exhaustiva de la literatura per tal d'incloure la reflexió prèvia a la sessió. El llistat s'acompanyava d'un qüestionari en el qual es demanava que s'especificuessin, per a cada dimensió, entre 6 i 10 indicadors que consideressin rellevants per ser inclosos en un indicador sintètic per mesurar la qualitat assistencial hospitalària, considerant els criteris de rellevància, atribució a l'hospital, factibilitat i acceptabilitat o utilitat.

En quant als grups de discussió, es va articular la sessió en dues parts. Durant la primera, d'una duració aproximada d'una hora, es va dividir el grup en subgrups de 4-5 persones per tal de realitzar una anàlisi participativa del model proposat i ponderar les dimensions, en funció del perfil professional, aplicant la tècnica del vernissatge. A la segona part, d'aproximadament una hora i mitja, es va realitzar un grup focal dinamitzat amb tècniques de moderació visualitzada i metaplan amb l'objectiu de proposar i discutir els indicadors a seleccionar per a cada dimensió (veure a l'Annex A l'agenda de la sessió). Es va demanar als participants la signatura d'un consentiment informat previ a l'inici de la sessió.

Un membre de l'equip de recerca va introduir la sessió i posteriorment es va procedir amb el grup focal, que va ser dirigit per una moderadora experta en conducció de grups seguint un guió semiestructurat desenvolupat per l'equip de recerca. Dues persones de l'equip de recerca van assistir-hi com a observadores i per donar suport durant la dinàmica. Es va enregistrar la sessió i es van interpretar els resultats mitjançant l'anàlisi del contingut i l'anàlisi del discurs.

Tenint en compte els resultats en aquesta etapa, l'equip de treball va fer una selecció dels indicadors (conceptes o títols) per a cadascuna de les dimensions, que va ser sotmesa posteriorment a un procés de consens extens (vegeu apartat següent).

### **1.3. Procés de consens extens amb professionals de la salut**

El següent pas que es va portar a terme va ser l'obtenció del consens de forma extensa sobre les dimensions i indicadors seleccionats en la fase prèvia. L'objectiu era conèixer la valoració d'un col·lectiu ampli de participants per poder seleccionar un nombre limitat de dimensions i, especialment, d'indicadors més rellevants per a l'avaluació de la qualitat dels centres hospitalaris.

Es van convidar a participar diversos col·lectius implicats (tant professionals com representants de pacients/usuaris) d'una forma àmplia quant a volum, multidisciplinarietat, distribució geogràfica, àmbits/línies assistencials de treball, etc. Això es va portar a terme aplicant l'eina *Health Consensus* (HC), basada en un model inspirat en la metodologia Delphi mitjançant una plataforma en línia. Aquest sistema permet que diferents experts puguin participar de manera asíncrona i via Internet en el consens de dimensions i indicadors a través de diverses rondes de votacions. El procés de valoració consta de 4 passos principals, encara que la tasca més important és la que es realitza en els passos 3 i 4, amb la valoració de les dimensions i els indicadors.

## DISSENY I ESTRATÈGIA

El contingut de la informació recollida de forma electrònica mitjançant la plataforma informàtica HC va ser la següent:



- Característiques demogràfiques i professionals dels participants: sexe, edat, província on treballa, formació acadèmica, àmbit professional i càrrec actual.
- Pes del perfil d'expertesa en els àmbits següents: a cada expert se li va demanar que valorés la seva expertesa en aquests 3 àmbits amb una puntuació de 1 (mínima) a 3 (màxima): clínic/assistencial, gestió i planificació/avaluació (Figura 2). L'equip de treball va definir prèviament si un indicador era més rellevant per a la gestió, per a la clínica/assistència o per a la planificació/avaluació. D'aquesta manera, si un indicador era més rellevant per a l'àmbit clínic i un expert valorava que tenia màxima expertesa en aquest àmbit (indicant el seu perfil d'expertesa amb 3), la seva puntuació en aquell indicador valia tres vegades més que la d'un expert que valorava el seu perfil d'expertesa màxima en gestió o planificació/avaluació.

Puntuï quin grau d'experiència (d'1 mínima a 3 màxima) considera que té en relació als següents àmbits d'actuació professional:

a. **Clínic / assistencial:** té a veure amb la cura i assistència de malalts/usuaris (qui pren directament decisions sobre els malalts/usuaris)

b. **Gestió:** es refereix a aquelles funcions executives d'organitzar, dirigir, controlar i supervisar activitats sanitàries; principalment s'inclou la meso-gestió (a nivell de centres i serveis sanitaris)

c. **Planificació / avaluació:** inclou els àmbits d'actuació desenvolupats per l'administració sanitària, asseguradores o proveïdors (tots els seus ens adscrits) relacionats amb la planificació (previsió de recursos i dels serveis necessaris per assolir objectius) i l'avaluació (produir coneixement sobre els serveis sanitaris i promoure el seu ús en els processos de presa de decisions)

Assigni el valor més alt (3) a aquell àmbit en què consideri que té més experiència, el valor més baix (1) a aquell àmbit que consideri que té menys experiència i el valor intermedi (2) a l'àmbit que resta.

Clínic / assistencial	3	2	1
Gestió	3	2	1
Planificació / avaluació	3	2	1

NO ES POT REPETIR EL MATEIX VALOR (GRAU D'EXPERIÈNCIA) EN MÉS D'UN ÀMBIT PROFESSIONAL

**Figura 2: Pantalla per definició del perfil del participant a la plataforma Health Consensus.**

- Valoració de les dimensions i dels indicadors: es va demanar als participants que valoressin les dimensions i els indicadors proposats d'acord amb el marc conceptual a partir d'un únic criteri com és el de rellevància o importància de l'indicador (en una escala de 0 a 9, on 0 era la mínima importància i 9 la màxima). En ambdós casos (dimensions i indicadors) la valoració es va fer en dues rondes de votacions.

## CRIDA A LA PARTICIPACIÓ

1) Prova pilot: es va realitzar una prova pilot presencial amb 15 participants seleccionats per conveniència per testar l'aplicatiu HC (comprensió, temps, format), definir aspectes de millora tant de l'aplicatiu com dels indicadors proposats, i prioritzar els indicadors valorats per a la seva reducció fins a un nombre adequat per a la fase de consens. Es va demanar la col·laboració de professionals de l'AQuAS i del DGORS. Aquesta prova pilot es va realitzar el mes de març de 2013.

2) Consens: Aquesta fase es va iniciar el maig de 2014 i es va tancar a principis de juny del mateix any. Es va seleccionar una mostra de conveniència àmplia de professionals (N=713) a partir de diverses vies:

- Participants a les reunions presencials prèvies (grups de discussió amb experts)
- Col·legis professionals:

- Col·legis de metges
  - Col·legis d'infermeria
  - Consell de col·legis farmacèutics
- c) Societats científiques (2 representants, només per a aquelles societats no incloses en l'apartat a) Medicina familiar, Infermeria, Farmàcia Clínica, Qualitat assistencial, Infeccioses, Medicina interna, Medicina intensiva, Cirurgia, Anestesiologia, Gestió sanitària, Urgències, Pediatria i Bioètica.
- c) Centres hospitalaris:
- Direccions assistencials/mèdiques
  - Direccions d'infermeria
  - Responsables dels sistemes d'informació
  - Referents de qualitat
  - Referents de seguretat
  - Responsables de farmàcia
- d) Representants de pacients i usuaris:
- Fòrum català/espanyol de pacients
  - Consell consultiu de pacients
  - Coordinadors d'usuaris de la sanitat
- e) "Administració sanitària" (serveis centrals i territorials):
- Departament de Salut
  - Servei Català de la Salut
  - Institut Català de la Salut

Es van seleccionar professionals tenint en compte diversos aspectes:

- Representació territorial (província de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona).
- Perfil professional (clínic; professions sanitàries i socials relacionades; gestió, planificació, avaluació i compra de serveis; sistemes d'informació, registres i documentació; investigació en serveis sanitaris; i, representants de ciutadans/usuaris).

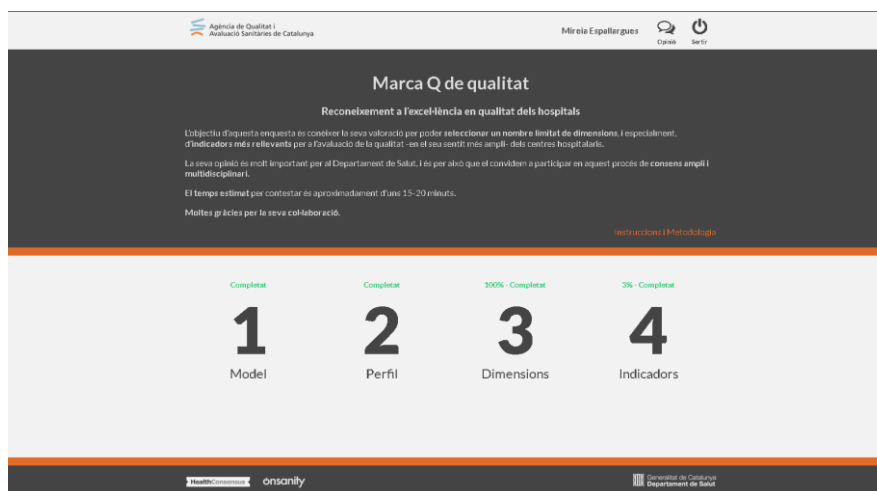
Els experts seleccionats per participar al HC van rebre, a la seva adreça de correu electrònic, una carta formal convidant-los a participar en el procés. S'esperava obtenir un mínim del 50 % de taxa de resposta segons l'experiència prèvia i la literatura publicada sobre els estudis de disseny tipus Delphi.

#### SISTEMA I APLICACIÓ DEL *HEALTH CONSENSUS*

Per cada professional es va generar un nom d'usuari i contrasenya i se li van enviar de forma individualitzada, juntament amb l'adreça web, per accedir a la plataforma i una breu informació dels requisits tècnics per accedir-hi.

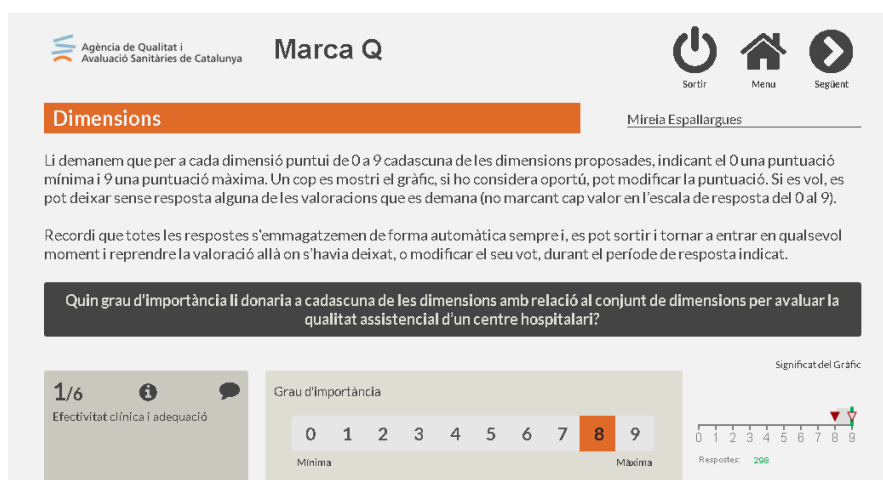
Es va estructurar el contingut de la plataforma *Health Consensus* en 4 pantalles (Figura 3). A la primera es mostrava el model conceptual prèviament definit; a la segona es recollien les dades demogràfiques, professionals i d'expertesa de cada participant; a la tercera es demanava la valoració de les dimensions; i, finalment, a la quarta pantalla es demanava la valoració dels

indicadors. En una pantalla addicional els participants podien aportar comentaris de millora tant de les dimensions i dels indicadors com de la plataforma HC. Es van afegir instruccions detallades, facilitar les definicions conceptuals utilitzades i donar dades de contacte per dubtes o aclariments.



**Figura 3: Esquema de les pantalles de la plataforma Health Consensus.**

Es va aplicar un criteri d'importància per valorar cada dimensió i indicador en una escala de 0 a 9 (0 importància mínima a 9 importància màxima). La valoració es va fer en dues rondes de votacions consecutives. Durant la primera ronda els participants havien de valorar els indicadors en l'escala del 0 al 9. Immediatament després de tancar aquesta primera ronda se n'iniciava una segona on es mostrava als participants un gràfic amb la seva primera valoració i la mediana de la puntuació de tot el grup de participants, juntament amb el rang interquartílic (percentil 25 i 75) i el nombre de participants que havien votat a la primera ronda per cadascuna de les dimensions i indicadors per tal que, si ho consideraven adequat, poguessin modificar la seva primera valoració (Figura 4).



**Figura 4: Valoració de les dimensions i indicadors mitjançant Health Consensus.**

Per tal d'incrementar la participació, es varen enviar recordatoris periòdics via correu electrònic.

## ANÀLISI DEL CONSENS EXTENS

Es va calcular la mediana de les puntuacions per a cada indicador i rang interquartílic (percentil 25 i 75). A part de les puntuacions medianes, es van considerar els comentaris qualitius dels experts, que van ajudar també a millorar el redactat dels títols i la informació/justificació dels indicadors per a la primera onada de consens. El càlcul de les puntuacions medianes (i els altres estadístics) per cada indicador es va portar a terme utilitzant les puntuacions assignades a la segona ronda de votacions.

Es va considerar que s'arribava al consens quan a la segona ronda de valoracions el 75 % o més dels experts de cadascun dels tres perfils (clínic/assistencial, gestió, planificació/avaluació) puntuaven entre 8 i 9 la dimensió o indicador.

### 1.4. Grups focals amb pacients/cuidadors

L'objectiu d'aquests grups de discussió amb pacients/cuidadors era contrastar els resultats obtinguts en el procés de consens d'indicadors amb l'opinió dels usuaris dels sistema. De forma més concreta es pretenia:

- Identificar conceptes —representats per tipus d'indicadors— que des del punt de vista dels usuaris determinessin la qualitat de l'assistència hospitalària.
- Prioritzar aquells conceptes que des del seu punt de vista fossin prioritaris.

## PARTICIPANTS

Es va demanar la col·laboració de Consell Consultiu de Pacients de Catalunya per a la identificació i reclutament de pacients/cuidadors pels grups de discussió. Les comissions tècniques (CT) encarregades del reclutament foren: CT TIC's, CT Gestió i Qualitat, CT Comunicació global, CT Comunicació i butlletí, CT Formació Bioètica, CT Jornades, CT Permanent i CT Societats Científiques i Col·legis professionals. Els criteris d'inclusió van ser:

- Persones amb patologies de fort component assistencial en hospitals d'aguts.
- Persones amb patologies d'elevada prevalença, magnitud (càrrega de malaltia) o gravetat.
- Representació de diverses patologies (grans grups de malalties).

## TÈCNiques I RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

Es van dur a terme grups focals dinamitzats amb tècniques de moderació visualitzada i de prioritització amb una durada de dues hores (veure a l'Annex B l'agenda de la sessió). Es va demanar als participants la signatura d'un consentiment informat prèviament a l'inici de la sessió.

Per la conducció de la reunió l'equip de recerca va definir un guió semiestructurat. Una moderadora experta en conducció de grups va presentar la sessió juntament amb una persona de l'equip de recerca i es va encarregar de la conducció. Una persona de l'equip de recerca va assistir-hi com a observadora i va donar suport durant la dinàmica.

Es va enregistrar la sessió i es van interpretar els resultats mitjançant l'anàlisi del contingut i l'anàlisi del discurs.

### 1.5. Selecció i agrupació dels hospitals

Seguint el criteri de la Central de Resultats de l'AQuAS, es van seleccionar centres d'atenció hospitalària d'aguts pertanyents al SISCAT, classificats en funció del nivell de complexitat: 5 hospitals generals d'alta tecnologia, 6 hospitals de referència d'alta resolució, 11 hospitals de referència, 21 hospitals comarcals i 6 hospitals aïllats geogràficament. Es van excloure, per no ser comparables amb la resta d'hospitals, els monogràfics, els centres amb poca activitat i majoritàriament quirúrgica, els centres amb un percentatge baix o inexistent d'activitat de finançament públic, així com aquells centres amb ànim de lucre.

## 2. Selecció de les mesures individuals a incloure en l'indicador sintètic

A partir dels resultats de consens i els grups de discussió amb experts i pacients/cuidadors, l'equip de treball, conjuntament amb el parer dels responsables de les fonts d'informació i dels indicadors disponibles en el sistema sanitari, va seleccionar aquells indicadors que van considerar més adequats per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària. Es van tenir en compte, a més del consens obtingut, aspectes relacionats amb la factibilitat real d'informació i càlcul, la capacitat de l'indicador de traduir la qualitat assistencial i la consistència en els resultats de consens al llarg de l'estudi. Es van descartar aquells indicadors individuals que no estaven disponibles a les fonts d'informació rutinàries i aquells que els experts de les fonts van considerar menys consistents.

Abans de calcular l'indicador sintètic també es van descartar aquells indicadors individuals amb un efecte sostre o un efecte terra, de manera que aquells indicadors individuals en què el 20 % o més dels hospitals assolien el valor més alt (efecte sostre) o més baix (efecte terra) no van entrar a formar part de l'indicador sintètic.

Els indicadors individuals finals es van agrupar en dimensions.

## 3. Combinació de les mesures individuals i benchmarking

L'indicador sintètic s'obté d'una combinació matemàtica (o agregació) dels indicadors individuals que representen els diferents components de la qualitat assistencial hospitalària.

### 3.1. Goal Programming Synthetic Indicator (GPSI)

Es va fer una revisió bibliogràfica de la metodologia per construir indicadors sintètics, amb la qual es buscava minimitzar al màxim les limitacions intrínseques dels indicadors sintètics.

Amb la col·laboració dels investigadors de l'àrea de mètodes quantitius, del Departament d'economia aplicada (matemàtiques) de la Universitat de Màlaga (<http://www.uma.es/departamento-de-economia-aplicada-matematicas/>) i amb una àmplia experiència en la construcció d'indicadors sintètics, es va decidir aplicar la metodologia basada en l'anàlisi multicriteri mitjançant l'enfocament de la programació per metes (*goal programming*). Aquesta metodologia, ben coneguda dins de l'àrea de la Investigació Operativa, es basa en el concepte de distància, és a dir, en la diferència entre un valor concret d'un indicador individual i

un valor de referència, ponderant aquesta distància amb pesos (importància relativa) proporcionats pel panell d'experts.

L'indicador sintètic obtingut amb aquesta metodologia s'anomena *Goal Programming Synthetic Indicator* (GPSI) i es basa principalment en el treball de Diaz-Balteiro and Romero i Blancas FJ et al. Fins ara aquesta metodologia s'ha aplicat en àmbits com el turisme, la sostenibilitat i el canvi climàtic, estudis forestals, d'energies, d'educació, etc., però no l'hem trobat aplicada en l'àmbit de la salut.

Presenta molts avantatges respecte a altres metodologies existents per construir indicadors sintètics:

- No requereix normalitzar els indicadors individuals, és a dir, no cal transformar-los en mesures no-dimensionals eliminant les seves unitats de mesura.
- No requereix transformar els indicadors individuals per tenir-los tots en la mateixa direcció (positius o negatius).
- No dona problemes quan el nombre d'indicadors individuals és similar o excedeix al del nombre d'hospitals.
- Permet ponderar tant els indicadors individuals com les dimensions amb els pesos dels experts.
- Metodològicament els mètodes d'agregació són més estables al llarg del temps.

També presenta avantatges en els resultats obtinguts:

- A banda d'obtenir un indicador sintètic global, també permet obtenir indicadors sintètics dimensionals (un indicador sintètic per a cada dimensió).
- No només obtenim una posició per a cada hospital, sinó que també permet l'anàlisi de cada un d'ells en profunditat, avaluant els seus punts forts (fortaleses) i els seus punts dèbils (debilitats).

### **3.2. Preparació de les dades per a la construcció de l'indicador sintètic**

Abans de calcular l'indicador sintètic s'han de classificar els indicadors individuals en positius o negatius, calcular els valors de referència de cada un d'ells i calcular la desviació positiva i la desviació negativa.

#### **3.2.1. CLASSIFICACIÓ DELS INDICADORS INDIVIDUALS EN POSITIUS O NEGATIUS**

S'han de classificar tots els indicadors individuals en funció de la seva direcció. Es consideren indicadors positius aquells en què valors alts representaven una millora en la qualitat assistencial hospitalària (*"more is better"*) i es consideren indicadors negatius aquells en què valors alts representaven un empitjorament/deteriorament en la qualitat assistencial hospitalària (*"less is better"*).

#### **3.2.2. CÀLCUL DELS VALORS DE REFERÈNCIA**

Per a cada indicador individual i per a cada nivell d'hospital s'ha de definir un valor de referència, de manera que d'aquest exercici extrauríem 5 valors de referència (5 nivells d'hospital) per a cada indicador individual. Aquest valor de referència s'ha de definir, per a cada nivell d'hospital, com la mitjana de l'indicador individual. Per tant, el valor de referència es pot considerar com la mitjana de Catalunya per a cada nivell d'hospital.

Davant d'un hospital amb un indicador individual no aplicable o *missing* (valor faltant), s'ha d'assignar el valor de referència d'aquell indicador per al nivell d'hospital al qual pertanyi, per tal d'eliminar el seu efecte en el càlcul de l'indicador sintètic.

### 3.2.3. CÀLCUL DE LA DESVIACIÓ POSITIVA I LA DESVIACIÓ NEGATIVA

Pels indicadors positius és desitjable un valor alt, de manera que els hospitals més ben posicionats assoleixin el valor de referència o un valor més alt. Per tant, es calcula la desviació positiva (**p**) com la distància o diferència positiva entre el valor de l'indicador individual per un hospital i el seu valor de referència (Figura 5), mentre que la desviació negativa (**n**) es calcula com la distància o diferència negativa entre els dos mateixos valors, que desitjablement hauria de ser mínima o nul·la.

Pels indicadors negatius, en canvi, és desitjable un valor baix, de manera que els hospitals més ben posicionats assoleixin el valor de referència o un valor més baix. Per tant, es calcula la desviació negativa (**n**) com la distància o diferència negativa entre el valor de l'indicador individual per un hospital i el seu valor de referència (Figura 5), mentre que la desviació positiva (**p**) es calcula com la distància o diferència positiva entre els dos valors, que desitjablement hauria de ser mínima o nul·la.

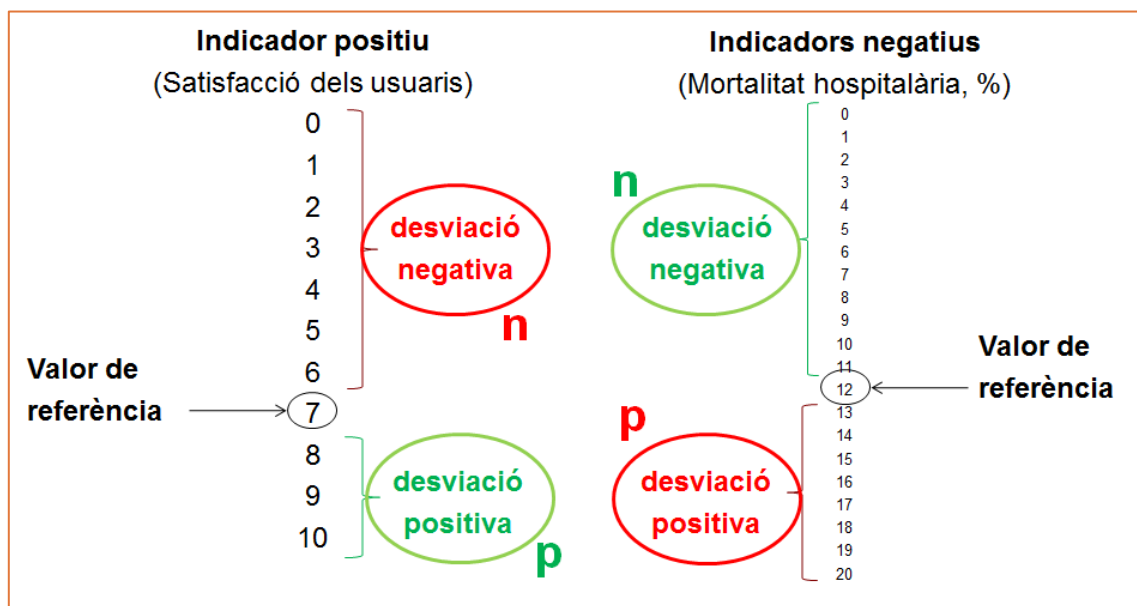


Figura 5: Desviació positiva i desviació negativa.

### 3.3. Establiment de les ponderacions

En el *Health Consensus* cada expert va puntuar cada indicador individual i cada dimensió en una escala del 0 al 9, on 0 volia dir que aquell indicador individual no era gens rellevant per avaluar la qualitat assistencial dels centres hospitalaris i 9 que era molt rellevant. La mitjana de les puntuacions per a cada indicador individual i per a cada dimensió és el que s'ha de fer servir com a pes (importància relativa) a l'hora de construir l'indicador sintètic global i els indicadors sintètics dimensionals.

### 3.4. Càlcul dels indicadors sintètics dimensionals i global

Per a cada hospital (*h*) se'n calculen les fortaleses i debilitats com (Blancas FJ et al.):



$$\begin{aligned}
 FORTALESES_h = GPSI_h^+ &= \underbrace{\sum_i \frac{w_i p_{hi}^+}{u_i}}_{\text{Indicadors}} + \underbrace{\sum_j \frac{w_j n_{hj}^-}{u_j}}_{\text{Indicadors}} = \\
 &= \underbrace{\sum_i \text{pes} \frac{\text{desviació positiva}}{\text{valor de referència}}}_{\text{Indicadors}} + \underbrace{\sum_j \text{pes} \frac{\text{desviació negativa}}{\text{valor de referència}}}_{\text{Indicadors}},
 \end{aligned}$$

On  $i$  són els indicadors positius,  $j$  els indicadors negatius,  $w$  el pes dels indicadors,  $p^+$  la desviació positiva (**p**) dels indicadors positius,  $n^-$  la desviació negativa (**n**) dels indicadors negatius i  $u$  el valor de referència de l'indicador.

D'aquesta manera, estem quantificant les fortaleeses de cada hospital en qualitat assistencial hospitalària, indicant el grau amb el qual l'hospital compleix amb els valors de referència establerts.

$$\begin{aligned}
 DEBILITATS_h = GPSI_h^- &= \underbrace{\sum_i \frac{w_i n_{hi}^+}{u_i}}_{\text{Indicadors}} + \underbrace{\sum_j \frac{w_j p_{hj}^-}{u_j}}_{\text{Indicadors}} = \\
 &= \underbrace{\sum_i \text{pes} \frac{\text{desviació negativa}}{\text{valor de referència}}}_{\text{Indicadors}} + \underbrace{\sum_j \text{pes} \frac{\text{desviació positiva}}{\text{valor de referència}}}_{\text{Indicadors}},
 \end{aligned}$$

On  $i$  són els indicadors positius,  $j$  els indicadors negatius,  $w$  el pes dels indicadors,  $n^+$  la desviació negativa (**n**) dels indicadors positius,  $p^-$  la desviació positiva (**p**) dels indicadors negatius i  $u$  el valor de referència de l'indicador.

En aquest cas, estem quantificant les debilitats de cada hospital en qualitat assistencial hospitalària, indicant el grau amb el qual l'hospital no compleix amb els valors de referència establerts.

En els dos casos, tant en les fortaleeses com en les debilitats, al dividir la desviació positiva o negativa pel valor de referència corresponent estem normalitzant aquestes desviacions; és a dir, estem eliminant les unitats de mesura i obtenint mesures no-dimensionals comparables.



A continuació s'hauran de calcular els indicadors sintètics GPSI dimensionals combinant les fortaleeses i les debilitats dels hospitals per a cada dimensió, és a dir, utilitzant només els indicadors d'aquella dimensió:

$$\text{GPSI}_{\text{dimensió } n} = \text{FORTALESES}_{\text{dimensió } n} - \text{DEBILITATS}_{\text{dimensió } n}$$

Agregant els indicadors sintètics dimensionals ponderant cada dimensió, obtindrem l'indicador sintètic GPSI global:

$$\text{GPSI}_{\text{global}} = (\text{pes}_{\text{dimensió } 1} * \text{GPSI}_{\text{dimensió } 1}) + \dots + (\text{pes}_{\text{dimensió } n} * \text{GPSI}_{\text{dimensió } n})$$

### 3.5. Interpretació dels indicadors sintètics dimensionals i global

Valors alts de l'indicador sintètic dimensional indicaran que aquell hospital té més fortaleeses que debilitats en aquella dimensió. Ordenant els valors del GPSI dimensional obtindrem la posició dels hospitals en aquella dimensió concreta.

Valors alts de l'indicador sintètic global indicaran que aquell hospital té més fortaleeses que debilitats i, per tant, millor qualitat assistencial. Ordenant els valors del GPSI global obtindrem la posició global dels hospitals, i aquells hospitals amb el valor més gran dins del seu nivell d'hospital seran els candidats a obtenir el reconeixement de Qualitat hospitalària (marca Q).

A banda d'obtenir la posició de cada hospital, també podrem detectar els punts forts (fortaleeses) i els punts febles (debilitats) dels hospitals a partir de la interpretació de les desviacions positives i negatives dels indicadors individuals, que ens permetrà analitzar la situació de cada hospital en relació a la qualitat assistencial.

D'aquesta manera podrem caracteritzar les situacions que s'associen amb millors i pitjors mesures de qualitat assistencial, així com formular estratègies per millorar la situació o formular accions necessàries per mantenir la posició assolida.

# Resultats

## 1. Definició del propòsit, el model dimensional o marc conceptual de l'indicador sintètic i l'audiència

### 1.1. Revisió bibliogràfica

Es van revisar un total de 26 models d'avaluació de la qualitat hospitalària, tant a nivell nacional com internacional, dels quals se'n van recollir tant les dimensions com els indicadors utilitzats (Annex C).

#### MARC CONCEPTUAL

De les dimensions revisades es van escollir aquelles més representatives en base principalment al model conceptual del *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* desenvolupat per l'OMS i les dimensions recollides a la Central de Resultats de l'AQuAS. El model conceptual resultant incloïa cinc dimensions (Figura 6):

- 3 en els àmbits de: Efectivitat Clínica i Adequació, Eficiència i Sostenibilitat, i Orientació cap als professionals (el que el PATH anomena Orientació cap al personal).
- 2 dimensions transversals: Seguretat (dels pacients i dels professionals), i Atenció Centrada en el Pacient, entenent que aquestes dimensions venen condicionades o influenciades per la qualitat mostrada pel conjunt de les dimensions prèvies.

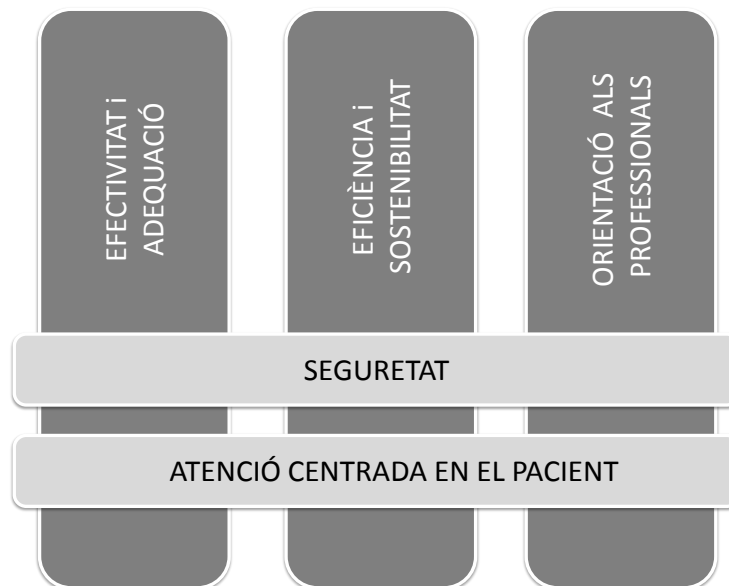


Figura 6: Model dimensional proposat per a la marca Q de qualitat.

#### DIMENSIONS

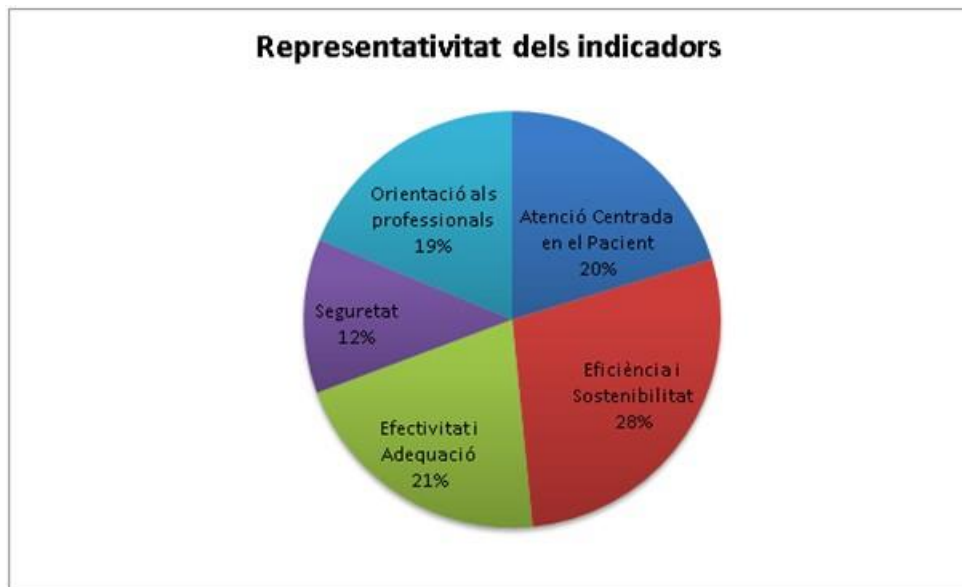
En base a les dimensions que conformen el model proposat, es van proposar les definicions següents per a cadascuna d'elles:

**Taula 3: Dimensions per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària recollides a la revisió bibliogràfica.**

Dimensió	Definició
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	<p>L'efectivitat clínica es refereix a l'èxit de l'hospital a l'hora de produir resultats clínics d'acord amb els coneixements mèdics actuals i de fer-los arribar a tots els pacients que potencialment se'n poden beneficiar. Inclou la conformitat amb els resultats i els processos d'atenció.</p> <p>El concepte d'ús apropiat o adequació es refereix al fet que els beneficis han de contrarestar de manera suficient els riscos perquè pagui la pena realitzar un procediment, tenint en compte les necessitats, els valors i preferències dels pacients. També està relacionat amb els costos de la intervenció sanitària en funció de les necessitats clíniques dels pacients.</p>
<b>Eficiència i Sostenibilitat</b>	<p>Adreçada a un ús optimitzat dels recursos per assolir el màxim resultat. L'eficiència es defineix com el grau en què una intervenció específica ha produït els resultats esperats, tenint en compte els recursos (econòmics de personal i temps) que s'hi han invertit. Una intervenció és eficient si no n'hi ha una altra que permeti obtenir els mateixos resultats amb menys recursos. Per definició, només les intervencions efectives poden ser eficients.</p> <p>La sostenibilitat consisteix a proveir el millor possible avui sense posar en perill els recursos de demà [...] aplicat en el sentit més ampli i a tota mena de recursos: econòmics, materials, humans, socials i ambientals.</p>
<b>Orientació cap als professionals</b>	<p>Grau en què el personal està apropiadament qualificat per dur a terme les seves tasques, tenir la possibilitat de continuar formant-se, treballar en un ambient favorable i el grau de satisfacció amb la seva feina. Aquesta dimensió inclou indicadors sobre l'entorn de treball, l'avaluació i identificació de les necessitats individuals, la promoció de la salut i iniciatives de seguretat i d'hàbits de vida saludables.</p>
<b>Seguretat</b>	<p>Entesa com la dimensió de la qualitat assistencial que busca reduir i prevenir els riscos associats a l'atenció sanitària. Està relacionada amb l'aplicació i promoció d'estructures i processos a l'hospital que l'evidència ha demostrat que preveuen i redueixen els riscos. No es limita a la seguretat del pacient, sinó que també inclou la seguretat del personal i de l'entorn.</p>
<b>Atenció centrada en el pacient</b>	<p>Aquesta dimensió se centra en el pacient i avalua els serveis proporcionats en contraposició a les necessitats i expectatives dels pacients, familiars i cuidadors. Inclou l'atenció orientada al pacient (atenció ràpida, accés a xarxes de suport, processos de comunicació) i respecte (autonomia del pacient, confidencialitat, dignitat). També inclou la satisfacció del pacient i la seva família, la informació, el disseny de serveis adequats a les seves expectatives, la seva participació en les decisions clíniques i el respecte als sistemes de valors i creences dels pacients. Dues subdimensions rellevants aquí són la satisfacció i l'accessibilitat als serveis sanitaris.</p>

## INDICADORS

En quant als indicadors i fruit de la revisió, es van recollir un total de 192 indicadors. La dimensió amb un nombre més alt d'indicadors va ser la d'Eficiència i Sostenibilitat (28 % dels indicadors), mentre que la dimensió amb menys indicadors va ser la de Seguretat (12 % dels indicadors recollits) (Figura 7). Tot i que els indicadors s'han ubicat en una de les dimensions/subdimensions proposades, en diversos casos es podrien classificar en diferents epígrafs.



**Figura 7: Representativitat dels indicadors segons les dimensions.**

La dimensió que presenta uns indicadors més consistents és la d'Efectivitat i Adequació, ja que indicadors com reingressos, mortalitat o complicacions apareixen en tots o gairebé tots els models revisats. A l'Annex D es pot consultar el llistat complet dels indicadors identificats, alguns dels quals s'han agrupat quan feien referència al mateix concepte avaluat.

### 1.2. Grups focals amb experts

Van participar-hi un total de 50 professionals, que van ser distribuïts en 9 grups de 4-5 persones a la primera part de la sessió, i dos grups de 25 participants a la segona. La sessió es va dur a terme el 26 de setembre de 2013.

Els experts van validar les dimensions proposades, tot i que en alguns casos es van introduir algunes matisacions conceptuals. La dimensió de Seguretat es va reorientar com a Seguretat del pacient, i la dimensió d'Atenció centrada en el pacient es va reanomenar per donar cabuda no només al pacient sinó a la resta de la ciutadania (Atenció centrada en la ciutadania). Finalment, es va afegir una nova dimensió que contemplés les acreditacions i certificacions obtingudes pels centres (Acreditacions/certificacions), de forma que el model dimensional proposat per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària es va redefinir de la manera següent (Figura 8):

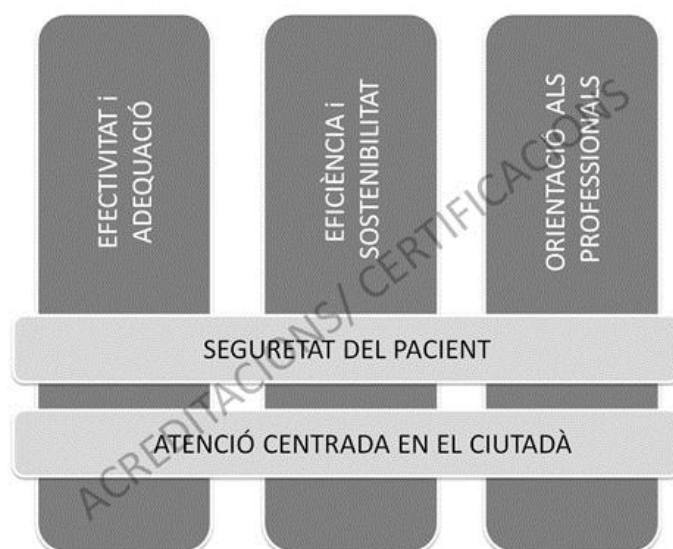


Figura 8: Model dimensional definitiu per a la marca Q de qualitat.

Quant a la discussió sobre els indicadors, aquells als quals se'ls va donar més rellevància varen ser els de mortalitat i reingressos en la dimensió d'Efectivitat i Adequació, l'índex de substitució de CMA i l'estada mitjana en Eficiència i Sostenibilitat, la prevalença d'infeccions nosocomials a Seguretat del pacient, i el temps d'espera quirúrgica en Atenció centrada en la ciutadania. Quant a la dimensió d'orientació cap als professionals, cap dels indicadors destaca per la seva rellevància.

### 1.3. Procés de consens extens amb professionals de la salut

#### DIMENSIONS I INDICADORS INDIVIDUALS INCLOSOS

Les dimensions i els indicadors individuals inclosos per a la seva valoració en el procés de consens extens foren aquells fruit de les revisions bibliogràfiques de l'equip de recerca i dels grups focals amb experts. Es van sotmetre un total de 94 indicadors individuals al procés de consens extens amb professionals de la salut, dels quals 34 pertanyien a la dimensió d'Efectivitat clínica i Adequació (36 %), 20 a la d'Eficiència i Sostenibilitat (21 %), 4 a Orientació als professionals (4 %), 15 a Seguretat del pacient (16 %) i 21 a Atenció centrada en la ciutadania (22 %). No es va incloure cap indicador específic per a la dimensió d'Accreditacions/certificacions. A l'Annex E es pot trobar el llistat d'indicadors amb les seves definicions.

#### PARTICIPACIÓ

Dels 713 professionals convidats a participar, una persona va declinar participar perquè va considerar que el seu perfil professional no s'adequava amb l'objectiu del projecte i 27 adreces de correu eren incorrectes i no es van poder recuperar. A banda d'això, es van detectar adreces/professionals duplicats que es van eliminar, i es van afegir nous professionals al llistat de participants. Finalment, un total de 683 professionals van ser donats d'alta a la plataforma *Health Consensus*, dels quals 308 (un 43 % respecte als convidats i el 45 % en relació als donats d'alta a la plataforma) van respondre la totalitat o una part del qüestionari. D'aquests 308 professionals, el 37 % va completar tot el qüestionari, el 6 % va finalitzar la seva participació després de la valoració dels indicadors, el 2 % després de la valoració de les dimensions i el 5 % es va quedar a la primera pantalla (visualització del model). El perfil dels participants apareix descrit a la Taula 4.

**Taula 4: Perfil dels participants en el Health Consensus.**

Sexe	
<b>Dones</b>	62 %
Edat	
<b>25-34 anys</b>	2 %
<b>35-44 anys</b>	17 %
<b>45-54 anys</b>	39 %
<b>55-64 anys</b>	42 %
<b>&gt; 65 anys</b>	1 %
Perfil	
<b>Clínic</b>	26 %
<b>Gestió</b>	45 %
<b>Planificació</b>	29 %
Àmbit	
<b>Atenció hospital d'aguts</b>	61 %
<b>Administració (serveis centrals)</b>	16 %
<b>Administració (territorials)</b>	10 %
<b>Altres</b>	14 %
Formació	
<b>Medicina</b>	41 %
<b>Infermeria</b>	35 %
<b>Farmàcia</b>	7 %
<b>Altres</b>	17 %
Província	
<b>Barcelona</b>	75 %
<b>Tarragona</b>	10 %
<b>Lleida</b>	9 %
<b>Girona</b>	7 %

#### VALORACIÓ DE LES DIMENSIONS

Quant a les dimensions, a la taula 5 es poden observar els percentatges de professionals que valoren la importància de cada dimensió amb puntuacions de 8 o 9. La dimensió considerada més rellevant va ser la de Seguretat del Pacient (97,3 %), seguida de la d'Efectivitat clínica i adequació. Les dimensions d'Eficiència i sostenibilitat i Atenció centrada en la ciutadania van empatar en puntuacions (72,6 % i 72,5 %, respectivament), mentre que les dimensions menys valorades van ser Orientació cap als professionals (55,2 %), i especialment la dimensió d'Accreditacions/certificacions (33,3 %).

Seguint el criteri establert de consens (el 75 % o més dels professionals de cadascun dels 3 perfils valoren la dimensió entre 8 i 9), només en les dimensions d'Efectivitat clínica i adequació i la de Seguretat del pacient hi ha consens clar entre els professionals sobre la seva importància en el procés d'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària. I queden en el límit les dimensions d'Eficiència i sostenibilitat i Atenció centrada en la ciutadania.

**Taula 5: Percentatge d'acord en les valoracions de les dimensions (professionals que valoren la importància de la dimensió amb puntuacions de 8 o 9).**

Dimensió	Tipus de dimensió	Puntuació global	Puntuació per perfil professional		
			Clínic	Gestió	Planificació
<b>Efectivitat clínica i adequació</b>	Clínica	91,9 %	88,5 %	92,5 %	94,1 %
<b>Eficiència i sostenibilitat</b>	Gestió	72,6 %	70,5 %	75,9 %	69,4 %

Dimensió	Tipus de dimensió	Puntuació global	Puntuació per perfil professional		
			Clínic	Gestió	Planificació
<b>Orientació cap als professionals</b>	Clínica	55,2 %	56,4 %	56,7 %	51,8 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínica	97,3 %	96,2 %	98,5 %	96,0 %
<b>Atenció centrada en la ciutadania</b>	Gestió	72,5 %	69,2 %	77,0 %	68,2 %
<b>Accreditacions/certificacions</b>	Planificació	33,3 %	20,5 %	41,0 %	32,9 %

Tenint en compte els perfils professionals, els clínics i planificadors arriben al criteri de consens en les dimensions d'Efectivitat clínica i adequació i Seguretat del pacient, mentre que els gestors a més d'aquestes dues dimensions consensuen la importància de les dimensions d'Eficiència i Sostenibilitat i Atenció centrada en la ciutadania. Finalment, cal destacar que no sempre el percentatge més alt de consens en la importància ve donat pel perfil professional vinculat a la dimensió. Per exemple, la dimensió d'Efectivitat clínica i adequació, considerada com una dimensió de tipus clínic, és valorada com a més rellevant pels professionals de planificació que pels propis clínics.

#### VALORACIÓ DELS INDICADORS

En relació amb els indicadors, en un total de 27 indicadors es va arribar al criteri establert de consens (el 75 % o més dels professionals valoren l'indicador entre 8 i 9), de forma global i per cadascun del 3 perfils, per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària (Taula 6). D'aquests indicadors el 44,4 % pertanyien a la dimensió de Seguretat del pacient (12 indicadors), el 29,6 % a Atenció centrada en la ciutadania (8 indicadors) i el 25,9 % restant eren indicadors d'Efectivitat clínica i adequació (7 indicadors). La resta de dimensions no van quedar representades per cap indicador.

**Taula 6: Indicadors que obtingueren el consens (75% o més dels professionals de cada categoria el valoren entre 8 i 9).**

Dimensió	Tipus	nom indicador	Global	Clínic	Gestió	Planificació
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Clínic	Mortalitat postquirúrgica	81,37 %	91,3 %	78,5 %	76,6 %
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Clínic	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	92,2 %	97,1 %	89,4 %	92,2 %
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Clínic	Complicacions quirúrgiques	77,4 %	76,8 %	76,7 %	79,0 %
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Gestió	Interval diagnòstic-tractament en càncer colorectal	87,4 %	88,4 %	89,8 %	82,4 %
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Gestió	Interval diagnòstic-tractament en càncer de mama	90,5 %	92,8 %	90,8 %	88,0 %
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Clínic	Retorn a urgències amb ingrés	82,3 %	82,9 %	82,5 %	81,6 %



Dimensió	Tipus	nom indicador	Global	Clínic	Gestió	Planificació
<b>Efectivitat clínica i Adequació</b>	Planificació	Utilització de fàrmacs d'eficàcia provada	79,2 %	77,1 %	80,7 %	78,7 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Gestió	Infeccions relacionades amb l'atenció sanitària (o infeccions nosocomials)	89,7 %	86,6 %	88,0 %	94,8 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Infecció del tracte urinari relacionada amb la sonda urinària	85,6 %	84,9 %	83,5 %	89,5 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Bacterièmia associada amb catèter venós central	92,5 %	95,5 %	87,7 %	97,3 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Pneumònia associada a ventilació mecànica	89,2 %	92,4 %	85,3 %	91,9 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Infeccions de localització quirúrgica per artroplàstia de maluc/genoll	92,8 %	95,5 %	90,2 %	94,4 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Infeccions de localització quirúrgica per cirurgia de còlon i recte	91,6 %	94,0 %	88,2 %	94,5 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Gestió	Grau d'implantació de la llista ( <i>checklist</i> ) de verificació de seguretat quirúrgica	87,5 %	85,1 %	89,5 %	86,5 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Gestió	Grau d'implantació d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc	89,1 %	88,1 %	91,3 %	86,7 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Úlceres per pressió	86,1 %	83,8 %	87,9 %	85,3 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Caigudes en pacients hospitalitzats	83,5 %	87,9 %	83,5 %	79,7 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Reaccions transfusionals	87,4 %	87,5 %	87,0 %	88,0 %
<b>Seguretat del pacient</b>	Clínic	Trauma obstètric en part no instrumentat	85,7 %	83,3 %	84,1 %	90,1 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Gestió	Informació	87,1 %	84,9 %	89,6 %	85,3 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Gestió	Tracte i relació personal	89,5 %	85,1 %	89,7 %	93,2 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Gestió	Competència professional	93,0 %	85,1 %	95,7 %	96,0 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Gestió	Continuïtat assistencial	91,8 %	87,9 %	92,1 %	94,7 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Gestió	Organització/coordinació	85,5 %	81,3 %	87,1 %	86,7 %



Dimensió	Tipus	nom indicador	Global	Clínic	Gestió	Planificació
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Clínic	Conciliació terapèutica en pacients crònics complexos	84,5 %	78,8 %	89,4 %	82,2 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Clínic	Conciliació terapèutica en pacients amb malaltia crònica avançada	85,9 %	78,1 %	89,2 %	87,7 %
<b>Atenció centrada en el ciutadà</b>	Gestió	Consentiment informat	90,7 %	86,2 %	93,2 %	90,8 %

#### 1.4. Grups focals amb pacients/cuidadors

Dels 18 pacients/cuidadors identificats per participar en els grups focals s'hi van presentar un total de 13 persones, que van ser distribuïdes en dos grups focals de 6 i 7 persones. La sessió es va dur a terme el 17 de setembre de 2014.

El grau de participació dels assistents va ser alt (45 %) i els aspectes valorats pels dos grups focals van ser altament coincidents (veure Annex F).

Els participants han estat d'acord que totes les altres dimensions que plantegen els experts són importants. Les seves aportacions s'han centrat fonamentalment en la dimensió d'Atenció centrada en la ciutadania i, tot i que en menor mesura, en la d'Efectivitat i adequació. Es considera rellevant el bon tracte i un tractament efectiu, que solucioni els problemes. Quant a la resta de dimensions, els participants consideren que la Seguretat del pacient és un aspecte que es pressuposa, i perceben l'Eficiència i sostenibilitat com a criteris de caire tècnic. Finalment, la dimensió d'Orientació al professional ha generat propostes a la segona part del treball en un dels grups.

Focalitzant en la dimensió d'Atenció centrada en la ciutadania, els participants han introduït un gran nombre d'especificacions i matisos. Destaquen els aspectes que contempnen que el pacient sigui considerat com a subjecte dins el sistema. Això es concreta en la consideració que els grups han donat a:

- El tracte: la importància d'un tracte humà i personalitzat, amb l'empatia dels professionals.
- Els aspectes ètics de l'atenció: confidencialitat i respecte a la intimitat del pacient.
- El suport psicosocial: entès pels usuaris participants com l'oferta d'una atenció integral i de recursos més enllà de la intervenció estrictament mèdica. És important remarcar que la seva aportació incorpora elements nous, que no queden recollits en el treball dels experts.
- La participació com a usuaris, tant en el procés assistencial com en el funcionament de la institució. Aquest concepte és una aportació específica sorgida del focus grup, ja que no estava contemplada en el panel d'experts.

## 2. Selecció de les mesures individuals a incloure en l'indicador sintètic

Als 27 indicadors seleccionats en el procés de consens extern amb professionals se n'hi van afegir de nous, tenint en compte els resultats dels grups de discussió amb pacients/cuidadors i

les reunions de l'equip investigador amb els responsables dels sistemes d'informació i que des dels propis àmbits van considerar rellevants per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària. Aquests nous indicadors van ser alternatius als no disponibles a les fonts d'informació o a aquells poc consistents, amb un total de 57 indicadors.

Posteriorment, d'aquests 57 se'n van descartar 10 amb un efecte sostre o un efecte terra (Taula 7). Això va fer caure una de les dimensions (Orientació cap als professionals), de la qual es van descartar els dos indicadors individuals que havien estat seleccionats per a aquesta dimensió. A més, l'equip de recerca juntament amb l'opinió d'un grup d'experts van prendre la decisió de considerar la dimensió d'Accreditacions/certificacions com a un requisit previ (el fet d'haver estat acreditat pel Departament de Salut) imprescindible a l'hora d'obtenir el reconeixement, motiu pel qual va quedar exclosa del càlcul de l'indicador sintètic.

A la taula 7 es mostren els 47 indicadors individuals agrupats en les 4 dimensions que finalment es van incloure i també apareixen ombrejats aquells indicadors que no estaven disponibles a les fonts d'informació rutinàries o que eren poc consistents segons els experts.

**Taula 7: Indicadors individuals disponibles a les fonts d'informació sanitàries.**

Dimensió	Indicadors individuals*	Font d'informació sanitària
Efectivitat clínica i Adequació	Mortalitat hospitalària per patologies seleccionades (a l'alta i a 30 dies)	MSIQ
	Reingressos per patologies seleccionades	MSIQ
	Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions	MSIQ
	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	MSIQ
	Pacients amb codi infart atesos en menys de 120 minuts (ECG-baló)	Central de Resultats
	Temps entrada sala-baló de pacients amb codi infart	Central de Resultat
	Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa per ictus isquèmic	Central de Resultats
	IQF: Indicador "Selecció"	Farmàcia
	IQF: Indicador "Ús racional de nous medicaments"	Farmàcia
	Hemorràgia o hematoma postoperatòria	MSIQ

Dimensió	Indicadors individuals*	Font d'informació sanitària
Eficiència i Sostenibilitat	Problemes fisiològics i metabòlics postoperatoris	MSIQ
	Insuficiència respiratòria postoperatoria	MSIQ
	Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris	MSIQ
	Septicèmia postquirúrgica	MSIQ
	Dehiscència postquirúrgica	MSIQ
	Rendibilitat dels ingressos d'explotació	Central de Resultats
	<i>Cash-flow</i> generat	Central de Resultats
	Solvència	Central de Resultats
	Cost estimat per UME assistencial	Central de Resultats
	Cost anual per pacient en MHDA: Antiretrovirals per VIH	Farmàcia
Seguretat del pacient	Cost anual per pacient en MHDA: Immunosupressors biològics	Farmàcia
	Raó de funcionament estàndard	Central de Resultats
	Cirurgia Major Ambulatoria	Central de Resultats
	Gestió de residus i contaminació	Acreditació
	Úlceres per pressió	MSIQ
	Trauma obstètric en part no instrumentat	MSIQ
	Bacterièmia de catèter vascular venós	Central de Resultats

Dimensió	Indicadors individuals*	Font d'informació sanitària
	Bacterièmia de catèter venós central associada a la nutrició parenteral	Central de Resultats
	Infecció de localització profunda en la cirurgia protètica de genoll	Central de Resultats
	Infecció de localització quirúrgica per artroplàstia de maluc	VINCat
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de còlon	Central de Resultats
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de recte	Central de Resultats
	Infecció del tracte urinari relacionada amb la sonda urinària	VINCat
	Infeccions relacionades amb l'atenció sanitària (o infeccions nosocomials)	VINCat
	Pneumònia associada a ventilació mecànica	VINCat
	Pneumotòrax iatrogènic	MSIQ
	Punció o laceració accidental	MSIQ
	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	Seguretat
	Grau d'implantació d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc	Seguretat
	Caigudes en pacients hospitalitzats	Seguretat
Atenció centrada en la ciutadania	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits intervinguts	Llistes d'espera
	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits pendents d'intervenció	Llistes d'espera
	Índex de reclamacions en l'hospitalització d'aguts per contacte	Reclamacions
	Pacients amb cirurgia de maluc derivats a un centre sociosanitari	Central de Resultats

Dimensió	Indicadors individuals*	Font d'informació sanitària
	Pacients amb ictus derivats a un centre sociosanitari	Central de Resultats
	Tracte i relació personal del metge i les infermeres	PLAENSA
	Competència professional	PLAENSA
	Continuïtat assistencial	PLAENSA
	Organització/coordinació	PLAENSA
	Satisfacció global dels usuaris	PLAENSA
	Informació rebuda durant l'estada a l'hospital	PLAENSA
	Consentiment informat	PLAENSA
	Ajuda a controlar o millorar el dolor	PLAENSA
	Accessibilitat percebuda / Temps d'espera a urgències	PLAENSA
	Accessibilitat percebuda / Temps a la llista d'espera	PLAENSA
	Informació rebuda durant l'estada a urgències	PLAENSA
	Protecció de dades	PLAENSA
	Intimitat del pacient	PLAENSA
	Confidencialitat	PLAENSA
	Personal sanitari referent	PLAENSA
	Suport i atenció psicosocial	PLAENSA
	Poder donar la seva opinió	PLAENSA
Orientació cap als professionals	Compliment dels plans de formació	Acreditació
	Absentisme	Acreditació

\* Els indicadors individuals no disponibles a les fonts d'informació rutinàries o poc consistents segons els experts apareixen ombrejats i també apareixen **ombrejats més fort** els indicadors individuals amb un efecte sostre o un efecte terra. IQF: Índex de Qualitat de la prescripció Farmacèutica; MHDA: Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria; UME: Unitat de Mesura Estandarditzada; VIH:

Per tant, es van incloure 4 dimensions i 47 indicadors individuals: Efectivitat clínica i Adequació (12 indicadors individuals), Eficiència i sostenibilitat (8), Seguretat del pacient (9) i Atenció centrada en la ciutadania (18). A l'Annex G es pot trobar informació detallada de cada un d'aquets 47 indicadors individuals finalistes.

### 3. Combinació de les mesures individuals i benchmarking

A continuació es mostren els resultats de la preparació de les dades per al càlcul de l'indicador sintètic.

Es van identificar 22 indicadors positius i 25 indicadors negatius (Taula 8).

**Taula 8: Indicadors individuals segons si són positius o negatius.**

Dimensió	Indicadors individuals POSITIVS "more is better"	Indicadors individuals NEGATIVS "less is better"
Efectivitat clínica i Adequació	Pacients amb codi infart atesos en menys de 120 minuts (ECG-baló)	Mortalitat hospitalària per patologies seleccionades (a l'alta i a 30 dies)
	IQF: Indicador "Selecció"	Reingressos per patologies seleccionades
		Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions
		Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc
		Temps entrada sala-baló de pacients amb codi infart
		Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa per ictus isquèmic
		IQF: Indicador "Ús racional de nous medicaments"
		Hemorràgia o hematoma postoperatòria

Dimensió	Indicadors individuals POSITIUS <i>“more is better”</i>	Indicadors individuals NEGATIUS <i>“less is better”</i>
		<p>Insuficiència respiratòria postoperatòria</p> <p>Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris</p>
Eficiència i Sostenibilitat	<p>Rendibilitat dels ingressos d'exploració</p> <p><i>Cash-flow</i> generat</p> <p>Solvència</p> <p>Cirurgia Major Ambulatòria</p>	<p>Cost estimat per UME assistencial</p> <p>Cost anual per pacient en MHDA: Antiretrovirals per VIH</p> <p>Cost anual per pacient en MHDA: Immunosupressors biològics</p> <p>Raó de funcionament estàndard</p>
Seguretat del pacient	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	<p>Úlceres per pressió</p> <p>Bacterièmia de catèter vascular venós</p> <p>Bacterièmia de catèter venós central associada a la nutrició parenteral</p> <p>Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de còlon</p> <p>Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de recte</p> <p>Pneumònia associada a ventilació mecànica</p> <p>Punció o laceració accidental</p> <p>Caigudes en pacients hospitalitzats</p>

Dimensió	Indicadors individuals POSITIUS <i>“more is better”</i>	Indicadors individuals NEGATIUS <i>“less is better”</i>
Atenció centrada en la ciutadania	Tracte i relació personal del metge i les infermeres	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits intervinguts
	Competència professional	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits pendents d'intervenció
	Continuïtat assistencial	Índex de reclamacions en l'hospitalització d'aguts per contacte
	Organització/coordinació	
	Satisfacció global dels usuaris	
	Informació rebuda durant l'estada a l'hospital	
	Consentiment informat	
	Ajuda a controlar o millorar el dolor	
	Accessibilitat percebuda / Temps d'espera a urgències	
	Accessibilitat percebuda / Temps a la llista d'espera	
	Informació rebuda durant l'estada a urgències	
	Intimitat del pacient	
	Confidencialitat	
	Suport i atenció psicosocial	
	Poder donar la seva opinió	

IQF: Índex de Qualitat de la prescripció Farmacèutica; MHDA: Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatòria; UME: Unitat de Mesura Estandarditzada; VIH: Virus de la Immunodeficiència Humana



Els pesos dels indicadors individuals i els pesos de les dimensions utilitzats a l'hora de construir els indicadors sintètics dimensionals i global van ser els següents (Taula 9):

**Taula 9: Pes dels indicadors individuals i de les dimensions.**

Dimensió	Indicadors individuals	Pes indicador
Efectivitat clínica i Adequació	Mortalitat hospitalària per patologies seleccionades (a l'alta i a 30 dies)	7,46
	Reingressos per patologies seleccionades	6,79
	<b>Pes dimensió = 8,48</b>	
	Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions	7,98
	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	8,43
	Pacients amb codi infart atesos en menys de 120 minuts (ECG-baló)	7,73
	Temps entrada sala-baló de pacients amb codi infart	7,73
	Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa per ictus isquèmic	7,73
	IQF: Indicador "Selecció"	8,01
	IQF: Indicador "Ús racional de nous medicaments"	7,30
Eficiència i Sostenibilitat	Hemorràgia o hematoma postoperatòria	7,86
	Insuficiència respiratòria postoperatòria	7,86
	Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris	7,86
	Rendibilitat dels ingressos d'explotació	6,90
	<i>Cash-flow</i> generat	7,02
	<b>Pes dimensió = 7,91</b>	
	Solvència	6,98
	Cost estimat per UME assistencial	6,98
	Cost anual per pacient en MHDA: Antiretrovirals per VIH	6,85

Dimensió	Indicadors individuals	Pes indicador
	Cost anual per pacient en MHDA: Immunosupressors biològics	6,85
	Raó de funcionament estàndard	7,24
	Cirurgia Major Ambulatoria	7,48
Seguretat del pacient	Úlceres per pressió	8,19
	Bacterièmia de catèter vascular venós	8,47
<b>Pes dimensió = 8,78</b>	Bacterièmia de catèter venós central associada a la nutrició parenteral	8,47
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de còlon	8,41
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de recte	8,41
	Pneumònia associada a ventilació mecànica	8,37
	Punció o laceració accidental	8,35
	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	8,37
	Caigudes en pacients hospitalitzats	8,09
Atenció centrada en la ciutadania	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits intervinguts	7,13
	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits pendents d'intervenció	7,13
<b>Pes dimensió = 7,96</b>	Índex de reclamacions en l'hospitalització d'aguts per contacte	7,92
	Tracte i relació personal del metge i les infermeres	8,24
	Competència professional	8,50
	Continuïtat assistencial	8,30
	Organització/coordinació	8,16
	Satisfacció global dels usuaris	7,84

Dimensió	Indicadors individuals	Pes indicador
	Informació rebuda durant l'estada a l'hospital	8,16
	Consentiment informat	8,48
	Ajuda a controlar o millorar el dolor	7,92
	Accessibilitat percebuda / Temps d'espera a urgències	7,64
	Accessibilitat percebuda / Temps a la llista d'espera	7,64
	Informació rebuda durant l'estada a urgències	8,16
	Intimitat del pacient	7,92
	Confidencialitat	7,92
	Suport i atenció psicosocial	7,60
	Poder donar la seva opinió	7,92

IQF: Índex de Qualitat de la prescripció Farmacèutica; MHDA: Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria; UME: Unitat de Mesura Estandarditzada; VIH: Virus de la Immunodeficiència Humana

Fins aquí, aquest exercici metodològic permet calcular l'indicador sintètic amb la definició del model dimensional (o marc conceptual de l'indicador sintètic) i la selecció de les mesures individuals a incloure en l'indicador sintètic definits l'any 2015.

S'ha de tenir present, per tant, que l'indicador sintètic que s'obtingui amb aquest model i amb aquesta selecció d'indicadors individuals serà sota el marc conceptual de l'any 2015.

Si es volgués reproduir aquest indicador sintètic en l'actualitat caldria valorar si el model dimensional i els indicadors seleccionats així com els pesos encara són vigents. En cas contrari, s'hauria de determinar l'esforç de revisió o de nova realització d'alguna de les fases prèvies a la construcció l'indicador sintètic pròpiament dit, així com de la recollida de dades i del càlcul dels indicadors individuals, i establir la periodicitat més òptima d'aquest exercici.

# Discussió

La mesura de la qualitat de l'atenció sanitària i el seu ús per promoure millores en la provisió de l'atenció sanitària, determinar o influenciar sobre el pagament de serveis i per incrementar la transparència i el retiment de comptes és de màxima actualitat. Aquestes activitats, iniciades originalment en l'àmbit hospitalari, estan en aquests moments migrant cap a l'àmbit ambulatori i altres àmbits d'atenció i estenent-se cada vegada més en els sistemes sanitaris de tot el món. Molts grups i organitzacions estan pressionant per continuar aquesta expansió dels programes que se sustenten en la mesura de la qualitat assistencial i la seva presentació pública.

L'indicador sintètic de qualitat, obtingut amb aquesta metodologia, permetrà identificar els hospitals d'excel·lència en qualitat global del SISCAT i també aquells amb millors resultats en relació amb diferents dimensions i indicadors seleccionats, i ponderats a través del consens amb una àmplia participació de professionals i ciutadania. La proposta de *benchmarking* a partir de la marca Q de qualitat és un nou pas de transparència i retiment de comptes i sembla prou rellevant perquè reconeix la necessitat de coneixement per a la millora, avança en la cultura de l'avaluació i extreu el màxim coneixement amb les dades disponibles. En aquest sentit, el procés de construcció de l'índex sintètic de qualitat assistencial permet, a banda d'obtenir una posició de les unitats avaluades (hospitals), analitzar en profunditat cada hospital, avaluant les seves fortaleeses i les seves debilitats (punts forts i febles en relació amb les dimensions i indicadors seleccionats). En definitiva, permet la caracterització de la qualitat assistencial de cada centre de forma que podem distingir les situacions que s'associen amb millors i pitjors mesures de qualitat assistencial i formular en un futur estratègies per millorar la situació o formular accions necessàries per mantenir la posició assolida. Per tant, pot esdevenir una eina d'avaluació comparativa i de millora de la qualitat assistencial útil per als hospitals.

Així, es tracta d'una nova eina que complementa la feina que s'està fent des d'altres iniciatives similars del nostre entorn, ja sigui la pròpia Central de Resultats de l'AQuAS o els Mòduls per al Seguiment d'Indicadors de Qualitat (MSIQ) del CatSalut, entre d'altres. Alhora té els seus trets distintius que justifiquen la seva raó de ser, que es podrien resumir en: resum de la informació en un índex sintètic de qualitat de l'atenció sanitària, procés participatiu per a la seva definició (ampli consens extern), incorporació de la visió dels pacients/cuidadors, valoració de la importància de les diferents dimensions i indicadors de qualitat assistencial i, finalment, la seva finalitat última de reconeixement als centres que mostren millors resultats.

Aquest treball s'ha basat en un abordatge global de l'avaluació de la qualitat assistencial considerant-ne les diverses dimensions per a l'àmbit assistencial hospitalari. No obstant això, un hospital és una organització complexa on es realitzen múltiples accions per part de diferents serveis amb estructures, recursos, capacitats i expertesa diversos. Explorar la possibilitat d'avaluar els serveis d'una forma més específica o determinats processos assistencials permetria enriquir el coneixement sobre la qualitat de l'activitat assistencial hospitalària. Una possible aproximació podria fer-se estimant la mortalitat per grans grups diagnòstics o treballar amb les hospitalitzacions evitables, o avaluar processos assistencials específics de gran freqüència com per exemple la pneumònia, la insuficiència cardíaca congestiva, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, les infeccions de vies urinàries, etc.

Hi ha força heterogeneïtat entre les unitats (hospitals) que l'índex sintètic avalua, és a dir, les estructures que proveeixen els serveis són diferents, i és per això que es proposa que els valors de referència de cada indicador individual es calculin per a cada nivell d'hospital, obtenint així resultats més comparables. Una altra font de variabilitat poden ser els mateixos pacients, és a dir, que les característiques sociodemogràfiques i clíniques no siguin comparables entre els pacients dels diferents hospitals. En aquest sentit, comparar hospitals dins d'un mateix nivell ajuda a assegurar pacients més comparables quan els factors o variables d'ajust que s'apliquen en la construcció dels indicadors no són capaços de controlar totes les possibles fonts de variació. En aquest sentit, cal comentar que no tenia sentit que la majoria dels indicadors seleccionats tinguessin cap tipus d'ajust (per ex., en el cas dels indicadors relacionats amb el temps en llista d'espera o la satisfacció amb els serveis sanitaris), i una petita quantitat estava ajustada per les variables més rellevants (en general, edat, sexe, comorbiditat i posició econòmica).

D'altra banda, l'hospital no és una organització aïllada del seu entorn i la qualitat de les relacions que estableixi, tant amb altres àmbits assistencials com l'Atenció Primària com amb altres centres hospitalaris o altres institucions de recerca, també poden influir en la qualitat global. Aquest aspecte no ha estat considerat directament en aquest treball i caldrà revisar-lo per a exercicis posteriors. Indirectament, però, es tracta d'una informació contextual que pot ajudar a explicar o interpretar els resultats, com poden ser també les circumstàncies específiques relacionades amb el finançament dels centres que poden ajudar a entendre els resultats obtinguts en Eficiència i Sostenibilitat. En aquest sentit, quedaria minimitzada la limitació que presenten els indicadors econòmics dels quals no es disposa del seu valor per unitat productiva i es presenta el seu valor per entitat.

A més, força sovint els indicadors seleccionats poden estar relacionats amb més d'una de les dimensions contemplades, és a dir, tenir un caràcter plenament transversal. Això no esdevindria una limitació si aquesta metodologia no considerés l'assignació de pesos a les dimensions. En aquest cas, però, el fet de ponderar les dimensions requereix assignar cadascun dels indicadors a alguna de les dimensions. Òbviament, s'han de classificar en aquelles dimensions amb les quals estiguin més relacionats, segons la definició establerta, tenint en compte també el nombre total d'indicadors per a cada dimensió i el criteri propi del grup de treball.

No obstant això, és cert que alguns dels indicadors finalment seleccionats poden no ser aplicables a tots els centres hospitalaris o nivells d'hospitals avaluats. En aquests casos, abans d'eliminar l'indicador, aquesta metodologia opta per assignar-los un valor neutre per tal de no perjudicar o afavorir cap centre, ja que pel fet de ser indicadors finalistes (és a dir, els millor puntuats pels experts en el *Health Consensus*) es considera que són indicadors rellevants. En cas que el càlcul de l'indicador sintètic es volgués aplicar a d'altres tipologies d'hospitals com els centres privats o els monogràfics, caldria revisar la pertinença dels indicadors seleccionats per a aquests casos més particulars.

La selecció final dels indicadors a incloure es va basar principalment en els resultats del procés de consens àmpliament participatiu i va tenir en compte un únic criteri en el moment de votar els indicadors i les dimensions: la rellevància o importància de l'indicador/dimensió per a l'avaluació de la qualitat a nivell hospitalari (impacte potencial en els resultats en salut en relació amb l'aspecte avaluat; és a dir, la millora en aquest indicador suposaria una millora clínica rellevant pels pacients?). No obstant això, en els grups de discussió previs amb experts, es van considerar altres criteris a part del de rellevància. Es van tenir en compte aspectes com

l'atribució a l'hospital (la millora dels resultats obtinguts amb l'indicador depèn dels professionals que treballen a l'hospital, tant clínics com gestors o altres i, per tant, els resultats que mesura l'indicador són atribuïbles de forma substancial a l'estructura i els processos de l'hospital i no d'altres àmbits assistencials o d'altres factors dependents dels pacients), la factibilitat (les fonts d'informació per la mesura de l'indicador ja existeixen o el cost/esforç de la seva recollida és menor que la informació proporcionada pel mateix indicador), l'acceptabilitat o utilitat (als usuaris de l'indicador els semblarà vàlid perquè en cas que l'indicador canviï serà degut a canvis en la qualitat assistencial, i si hi ha canvis en la qualitat assistencial canvia l'indicador). Tot i així, hi ha altres criteris que el grup de treball va anar considerant durant el procés de selecció, com la facilitat d'interpretació o la complementarietat entre indicadors a l'hora de mesurar aspectes relacionats d'una mateixa dimensió de la qualitat (per ex., mortalitat intrahospitalària i reingressos). No es van tenir en compte, però, aspectes com un nombre mínim o màxim d'indicadors per a cada dimensió o d'altres criteris estadístics. Tampoc es va fer una revisió de l'evidència científica que sustenta cada indicador atès que es va partir, en general, d'indicadors àmpliament utilitzats en d'altres iniciatives, i finalment s'han implementat aquells que es troben disponibles en els sistemes d'informació del SISCAT, assegurant-ne en certa mesura la validesa i fiabilitat. No obstant això, cal tenir en compte que en cas que l'evidència científica que sustenta un indicador canviés, aquest indicador hauria de ser reavaluat.

Hi ha dimensions de la qualitat assistencial global, com ara la d'Atenció centrada en el pacient, que el SISCAT vol enfortir progressivament i exponencialment. Aquesta ha de ser una de les "raons de ser" dels dispositius sanitaris, que han de donar resposta a les necessitats de salut i a les expectatives dels ciutadans de manera accessible, justa i equitativa; una resposta tan proactiva com sigui possible; atenció integral, integrada i coordinada; i una atenció que garanteixi que el pacient protagonitza les decisions sanitàries que l'afecten. Tot això requerirà anar millorant progressivament els indicadors i metodologies que permetin incorporar una avaluació més profunda i completa de l'Atenció centrada en el pacient, o eliminar o adaptar l'indicador de reclamacions d'aquesta mateixa dimensió, ja que es considera un bon indicador intern dels hospitals però no un bon indicador comparatiu. En l'exercici actual que s'ha realitzat és destacable la quantitat d'indicadors seleccionats i disponibles per a aquesta dimensió en comparació amb la resta: el doble o més que per a la de Seguretat del pacient i la d'Eficiència i sostenibilitat, o un terç més que per a la d'Efectivitat clínica i adequació.

Els professionals de salut són el capital més preuat del SISCAT. Les seves actituds, habilitats i capacitació tècnica; la seva actualització permanent en coneixements necessaris per a l'atenció sanitària i per a la pràctica clínica; el seu accés i motivació per a la recerca clínica i avaluativa; les seves habilitats per a treballar en processos complexos altament qualificats i amb equips multiprofessionals; les seves condicions i clima laborals que poden condicionar la seva motivació, etc. Tots aquests elements haurien de poder ser avaluats, donada la seva influència sobre la qualitat assistencial, però és en aquesta dimensió sobre l'Orientació als professionals que es disposa de molta menys informació sistemàtica, rutinària i comparable per a tots els centres. I la poca que existeix, procedent del procés d'Accreditació del centres per part del Departament de Salut, no té capacitat discriminatòria entre els diferents centres. És per aquest motiu que aquesta dimensió queda totalment anul·lada o no s'integra en la construcció de l'índex sintètic que s'ha portat a terme.

També caldrà anar afegint o eliminant aquells indicadors valorats com a importants o no importants pels diferents agents consultats en aquest treball que no es trobaven disponibles anteriorment, i progressivament aquells que es vagin prioritzant de nou per part de la ciutadania



i pels diferents col·lectius professionals implicats, tots ells en qualitat de serveis sanitaris. En aquest sentit ja s'ha plantejat la substitució de l'indicador de "*Rendibilitat dels ingressos d'exploració*" per un indicador de "*Liquiditat*". L'indicador de "*Cash-flow*", en canvi, és un indicador més robust que el de rendibilitat i és per això que segurament es podria mantenir. Igualment, caldrà anar actualitzant i/o incorporant els nous estàndards de referència que estableixin les edicions successives del Pla de salut de Catalunya i els nivells de qualitat que determinin les actualitzacions dels estàndards d'Accreditació del Departament de Salut. Per a aquest treball s'ha optat per utilitzar les mitjanes del grups segons el nivell del centre com a valors de referència, atès que pels indicadors seleccionats no es disposava en general d'estàndards de referència a la nostra població. Caldrà estar atent a l'establiment d'estàndards que puguin ser aplicats en la construcció d'aquest índex sintètic, especialment en aquells casos en què els valors de referència aplicats siguin francament millorables (encara que sigui el valor de la mitjana del grup, aquest valor podria ser "dolent" o poc desitjable).

Així mateix, cal preveure una progressiva simplificació del sistema d'obtenció de la informació assistencial que permetrà ampliar el coneixement dels indicadors relacionats amb la qualitat. A més, també cal poder aprofundir en l'avaluació d'àmbits més específics (com ara determinats processos, especialitats o serveis) de manera que permeti disposar d'una avaluació de la qualitat cada cop més precisa i profunda. Les tecnologies de la informació i la comunicació actuals són una oportunitat única per acompanyar aquest procés de beneficis en termes de transferència del coneixement i perquè puguin ser ben percebuts i entesos. Existeixen metodologies que permeten oferir als usuaris aquesta informació degudament adreçada (per exemple, als professionals sanitaris amb contingut clínic). S'ha d'oferir com una eina al servei dels usuaris.

També serà important oferir eines als professionals, als pacients i a la societat per poder valorar de manera senzilla, interactiva i transparent la qualitat global dels serveis sanitaris (per exemple, mitjançant una plataforma en línia). Els resultats de l'avaluació continuada de la qualitat de l'atenció sanitària han de ser accessibles a tots els actors implicats, i especialment als ciutadans als quals va dirigida i als professionals que els atenen, que necessiten que les organitzacions sanitàries els facilitin eines per poder avaluar de manera contínua la seva pròpia pràctica.

El procés de construcció de l'indicador sintètic ha posat en valor l'opinió dels professionals i els ciutadans sobre la qualitat assistencial, que ha estat definida i ponderada per mitjà de processos de consens amplis i multidisciplinaris. En aquest sentit, cal destacar el consens entre professionals de tots els perfils consultats (clínic, gestió, planificació), en què les dimensions més rellevants han estat les d'Efectivitat clínic i adequació, i de Seguretat del pacient. La rellevància de la resta de dimensions depèn del perfil professional. La incorporació del punt de vista del pacient ha prioritzat aspectes d'Efectivitat clínic i adequació i d'Atenció centrada en la ciutadania.

En el procés de selecció de dimensions es va decidir excloure la d'Accreditació/certificacions, que inicialment havia estat identificada com a dimensió transversal de qualitat, tenint en compte que tots els dispositius de Catalunya aconsegueixen ja aquest requisit establert pel Departament de Salut. Així mateix, la major part dels estàndards de qualitat hospitalaris de l'Accreditació fan referència fonamentalment a l'estructura i al procés assistencial, quan els indicadors d'avaluació que proposa la marca Q són de resultats assistencials. Per aquesta raó, la Marca Q es considera com una estratègia complementària a l'acreditació i de fet es pot considerar l'Accreditació com un criteri d'inclusió per poder optar a aconseguir la Marca Q. No obstant això,

caldrà avançar en la incorporació dels estàndards de qualitat de l'Accreditació més importants i difícils d'assolir, per tal que el *benchmarking* entre iguals també comporti un estímul útil per a la millora continuada de la qualitat.

La construcció d'un índex sintètic té els seus avantatges, alguns dels quals ja s'han comentat, però també les seves limitacions. Un dels aspectes més rellevants per tal de superar les pròpies limitacions inherents a resumir o sintetitzar la informació és la descripció totalment transparent del mètode finalment aplicat (per combinar els indicadors i per ponderar), considerant i discutint les fortaleces i les limitacions. Amb aquest document metodològic s'ha volgut precisament donar resposta a aquesta qüestió de forma que l'exercici portat a terme fos totalment objectivable i reproduïble, a pesar d'algunes decisions subjectives que el grup de treball ha pres durant el procés de la seva construcció (com ara determinar quins serien els valors de referència o decidir la introducció de pesos tant pels indicadors individuals com per les dimensions) que podrien determinar en certa mesura els resultats obtinguts.

En aquest sentit, l'anàlisi multicriteri pot ser considerada un mètode subjectiu, ja que cal prendre decisions subjectives. Per això, aquest indicador sintètic de qualitat hospitalària intenta reduir al màxim les decisions subjectives a prendre i, en aquest cas, només tracta dels valors de referència (o metes) i els pesos. Per això és important realitzar també una anàlisi de sensibilitat variant els pesos i els valors de referència per a cada indicador individual de manera aleatòria, analitzant així l'estabilitat dels resultats obtinguts. De totes formes, la facilitat inherent de l'aplicació i la interpretació dels resultats compensa la dificultat que comporta haver de prendre decisions.

Si s'opta per un indicador únic, la seva presentació també hauria de ser desconstruïda, és a dir, la mesura composta hauria de ser dividida en puntuacions per a cada dimensió o indicador individual per dues raons: 1) per tal que els proveïdors puguin tenir dades detallades que permetin focalitzar els esforços de millora de la qualitat; 2) per poder reconstruir i ponderar la mesura composta d'acord amb els valors i preferències o propòsit d'un altre usuari.

Justament per les limitacions de pèrdua d'informació i distorsió que pot suposar combinar en un únic indicador diferents dimensions de la qualitat s'han construït també indicadors sintètics dimensionals, i es podria pensar la seva elaboració futura per àrees/processos assistencials d'interès. D'altra banda, també s'haurien d'acompanyar els resultats obtinguts amb la seva representació gràfica, millorant-ne així la comunicació i interpretació.

Cal tenir en compte també que l'aplicació de pesos (ponderació) pot tenir certes dificultats. Els pesos es poden obtenir per diverses vies (grups d'experts, literatura, enquestes, discussió amb els actors d'interès, etc.), i en aquest cas s'ha realitzat a partir del consens d'experts. És important que els pesos reflecteixin els valors i preferències d'aquells que utilitzaran l'indicador sintètic, que en el cas de les mesures de qualitat de l'atenció sanitària poden ser diversos (planificadors —Departament de Salut—, compradors —asseguradora pública—, proveïdors, professionals, pacients, ciutadania), i tots ells s'han tingut en compte en aquest estudi. Atès que els diferents usuaris poden tenir prioritats diferents, en un futur es podria plantejar l'establiment de més d'un "set de pesos" per satisfer les necessitats de tots els usuaris potencials (o aquells més rellevants).

Hem observat, a més, que els pesos utilitzats per ponderar els indicadors individuals són tots molt semblants i no discriminen gaire. Això és degut al fet que s'han seleccionat els indicadors



“finalistes”, és a dir, els millor puntuats pels experts en el *Health Consensus*. Això es podria haver solucionat si s'hagués repetit la puntuació/valoració només d'aquests indicadors individuals finalistes un cop seleccionats. També s'hauria de plantejar més endavant l'actualització dels pesos obtinguts donat que les preferències/opinions, l'experiència clínica o l'evidència mateixa poden anar canviant amb el temps. Tot i així, seria desitjable no canviar les ponderacions cada any o cada poc temps, ja que llavors es perd el valor de referència i no es pot fer un seguiment real de la milloria/empitjorament dels centres. No aplicar cap ponderació no seria desitjable si hi ha un desequilibri important en el nombre d'indicadors de diferents dimensions, aspecte que en certa mesura es produeix en aquest cas.

D'altra banda, és imprescindible acompanyar la presentació de la mesura composta d'un estimador de la seva precisió (incertesa causada per les variacions estadístiques aleatòries), ja que ignorar aquesta font d'incertesa pot conduir a la sobreestimació de la fiabilitat de les dades i a concloure en fals sobre l'acompliment dels centres. En el nostre cas, la precisió de la mesura ve donada per les desviacions positives i negatives dels indicadors individuals.

Finalment, cal comentar que el nostre indicador sintètic considera les diferències entre el valor real de l'indicador individual i el seu valor de referència, en lloc de considerar el valor puntual de l'indicador com fan la majoria d'estratègies a l'hora de calcular l'indicador sintètic, fet que dona robustesa als resultats obtinguts.

A mesura que els resultats dels indicadors que s'obtinguin dels centres sanitaris vagin adquirint robustesa i l'evolució dels sistemes d'informació guanyin solidesa, l'estratègia d'avaluació de la qualitat assistencial mitjançant un indicador sintètic ha d'anar incorporant una actualització sistemàtica dels indicadors de resultats àmpliament assolits i de manera estable per a la xarxa, per tal que l'avaluació de resultats sigui un motor de millora continuada per al conjunt de centres i serveis sanitaris i fugi de la burocratització.

Un darrer aspecte a considerar és la determinació de la periodicitat amb què es pot calcular l'indicador sintètic. Ara per ara, la periodicitat establerta podria ser anual d'acord amb la disponibilitat de dades de la majoria dels sistemes d'informació vigents. No obstant això, fora bo explorar periodicitats més curtes de cara al retorn dels resultats als hospitals i la possibilitat d'establiment de mesures de millora. Ara bé, s'haurà de determinar l'esforç de recollida de dades i de càlcul dels indicadors per acabar d'establir la periodicitat més òptima d'aquest exercici.

# Conclusions

Es presenta una nova metodologia per elaborar indicadors sintètics que permet avaluar la qualitat assistencial dels hospitals i que ofereix diversos avantatges sobre els existents fins ara. La facilitat inherent de la seva aplicació i la interpretació dels resultats compensa la dificultat que pot comportar haver de recollir informació addicional (pesos) i prendre decisions (valors de referència).

A banda d'obtenir la posició dels hospitals en qualitat assistencial, també ens permet analitzar la situació d'aquells hospitals que estan en posicions millors i pitjors, de manera que és possible caracteritzar les situacions que s'associen amb millors o pitjors mesures de la qualitat assistencial hospitalària. Així, un cop identificats els punts forts (fortaleses) dels hospitals, podrem formular accions necessàries per mantenir la posició assolida. I un cop identificats els punts dèbils (debilitats) dels hospitals, podrem formular una estratègia per millorar la situació.

Per tant, es podran identificar els hospitals de cada nivell que actuen com a punt de referència i la dimensió amb una millor avaluació, i això podria servir com a pauta per formular les polítiques necessàries per millorar la situació dels altres hospitals. El fet de permetre combinar múltiples dimensions ponderades pel criteri dels principals actors implicats en la qualitat assistencial hospitalària (professionals, pacients/cuidadors), i basat en el consens de més de 300 participants, la converteix en una estratègia potent i adequada per construir indicadors sintètics en l'àmbit de la salut.

# Annexos

## **ANNEX A. Desenvolupament de la sessió dels grups focals amb experts**

- 15.00h** **Benvinguda i presentació de la sessió (en grup plenari).**  
Josep Davins. DGORS
- 15.15h** **Proposta de model d'avaluació de la qualitat hospitalària.**  
Mireia Espallargues. AQuAS
- 15.30h** Tasca 1: Anàlisi participativa del model i ponderació de les dimensions del model  
Metodologia: Tècnica del vernissatge
- 16.40h** **Descans**
- 17.00h** Tasca 2: Proposta i discussió dels indicadors a seleccionar per a cada dimensió  
Metodologia: Moderació visualitzada/Metaplan
- 18.45h** **Posada en comú i clausura de la sessió**  
Moderadores
- 19.00h** **Cloenda.**  
Roser Vallès. DGORS

## ANNEX B. Desenvolupament de la sessió del grups focals amb pacients/cuidadors

<b>11.00h a 11.15h</b>	<b>Benvinguda i presentació de la sessió (en grup plenari)</b>  Josep Davins. DGORS  Breu presentació de la metodologia, a càrrec de les consultores
<b>11.15h – 12.55h</b>	<b>(Divisió en dos 2 grups focals)</b>  <u>Tasca 1: definir les característiques de l'hospital 10</u>  Objectiu: Identificar els conceptes que determinen la qualitat hospitalària des del punt de vista dels usuaris.  El fet de començar per la seva percepció directa permet evitar biaixos, situar els participants en el seu criteri, abans de valorar el que se'ls proposa i la possibilitat que surtin aspectes nous.  Metodologia: Moderació visualitzada (panell de targetes)
<b>12.55h – 13.15h</b>	<u>Tasca 2.1.: Contrast i discussió dels resultats de la tasca anterior amb les dimensions i conceptes seleccionats en la Marca Q</u>  Objectiu: comparar les propostes dels experts amb les aportades pel grup.  Metodologia: panell/discussió visualitzada  <u>Tasca 2.2.: prioritització dels grups d'indicadors que des del seu punt de vista són més rellevants</u>  Objectiu: escollir els 10 indicadors/conceptes que són més importants per a cada participant  Metodologia: cadascú te 10 gomets per assignar
<b>13.15h – 13.30h</b>	<b>Posada en comú i clausura (en grup plenari)</b>  Breu resum dels resultats dels grups, a càrrec de les consultores  Cloenda. Josep Davins. DGORS

## ANNEX C. Resum de les dimensions contemplades en els models d'avaluació de la qualitat hospitalària revisats

Model avaluatiu	Dimensions identificades
Central de Resultats	Dades generals, Atenció Centrada en el Pacient, Adequació, Efectivitat, Seguretat, Eficiència, Sostenibilitat, Docència
Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)	Efectivitat, Seguretat
International Quality Indicator Project Indicators (IQIP)	Efectivitat, Eficàcia, Atenció Centrada en el Pacient, Seguretat
Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)	Seguretat del Pacient, Activitat, Qualitat, Accessibilitat, Despeses i Finançament
Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)	Eficàcia Clínica, Eficiència, Personal, Seguretat, Atenció Centrada en el Pacient, Governança Sensible
Mòduls per al Seguiment d'Indicadors de Qualitat (MSIQ)	Activitat, Eficiència, Qualitat, Demanda, Sociodemogràfics, Morbimortalitat poblacional, Qualitat de l'assistència hospitalària
Programa TOP20	Qualitat assistencial, Adequació Pràctica Clínica, Eficiència, Indicadors específics per àrees
Dr. Foster	Mortalitat, Eficiència, Variància Clínica
National Quality Forum (NQF) Endorsed Standards	n.a.
Maryland Quality Indicator Project	Seguretat. Efectivitat, Adequació
Agency Healthcare Research Quality (AHRQ)	Qualitat Pacients Ingressats, Seguretat del Pacient
Australian Council on Health Care Standards (ACHCS)	Efectivitat, Seguretat, Eficàcia
Bundergeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)	Efectivitat
Quality Health New Zealand	Seguretat, Experiència del Pacient, Efectivitat, Eficiència, Equitat, Accessibilitat

Model avaluatiu	Dimensions identificades
Scotland Clinical Indicators Support System	Financer, Qualitat/Pacient, Eficiència, Futur/Competència
Barcelona Observatori de Tendències de Serveis de Salut (BOTSS)	Accessibilitat, Utilització, Efectivitat, Eficàcia, Estratègia, Procés, Resultats
Sistema Nacional Salud (SNS)	Població, Estat de Salut, Determinants, Sistema Sanitari (promoció de protecció i prevenció, recursos sanitaris, utilització de l'atenció sanitària, despesa sanitària, qualitat i resultats de l'atenció sanitària, oferta de serveis i accessibilitat)
European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM)	Estructura, Accessibilitat, Seguretat, Eficàcia
Society of Thoracic Surgeons (STS)	Resultats, Procés, Estructura,
Best Hospitals	Resultats, Estructura, Procés
EFQM Excellence Award 2012	Lideratge, Estratègia, Persones, Aliances i Recursos, Resultat en els Clients, Resultats en les Persones, Resultats en la Societat, Resultats Clau, i Processos, Productes i Serveis
Hospital Inpatient Quality Reporting (IQR) Program Measures	<i>Clinical POC</i> , Resultat, Experiència del Pacient, Eficiència
Canadian Institute for Health Informatno (CIHI)	Mortalitat, Accessibilitat, Adequació, Continuïtat Assistencial, Efectivitat, Seguretat, Recursos, Disparitat, Condicions de Salut, Sistema Sanitari
Ontario Hospital Association (OHA)	Qualitat i Eficiència, Seguretat, Atenció Integrada, Optimització de Recursos Humans, Governança d'Excel·lència
Coordination de la Mesure de la Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH)	Procés
Dutch Healthcare Performance Report 2012	Despeses, Eficiència, Personal, Accessibilitat, Qualitat, Coordinació, Sensibilitat, Seguretat
Altres dimensions recollides	Aliances i Recursos, Atenció Integrada, Competència, Consum de Recursos, Continuïtat Assistencial, Coordinació, Demanda, Despeses i Finançament, Docència i Recerca, Equitat, Governança d'Excel·lència, Governança Sensible, Estratègia, Experiència del Pacient Funcional, Futur, Lideratge, Morbiditat, Mortalitat Optimització de RRHH, Procés, Processos, Productes i Serveis, Rendiment ,Resultats ,Resultats Clau,

Model avaluatiu	Dimensions identificades
-----------------	--------------------------

Resultats en Pacients, Resultats en Persones, Resultats en la Societat, Sostenibilitat, Utilització

## ANNEX D. Recull d'indicadors sorgits de la revisió de la bibliografia classificats per dimensions

### ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

#### ACCESSIBILITAT

##### Esperes

- Temps mig d'espera de procediments quirúrgics (general i per patologies)
- Llistes d'espera
- Temps d'espera a urgències
- Temps d'espera per cirurgia ambulatoria
- Temps entre l'entrada i la sortida d'urgències
- Temps des de l'admissió a urgències fins a la sortida
- Demora mitjana en l'espera a CCEE
- Retards als serveis
- Nombre d'hospitals que excedeixen la *Treek Norm* d'espera<sup>1</sup>

##### Taxa de cancel·lació de quiròfans

##### Valoració de l'accessibilitat

##### Cobertura

##### Demandes no cobertes

##### Càrrega extra

##### Atracció territorial

##### Distribució geogràfica dels metges

##### Percentatge de població que ha de conduir més de 30 min per arribar a l'hospital més proper

##### Mitjana de temps de conducció fins a l'hospital més proper

##### Desigualtats entre les consultes als metges

##### Desigualtats en el cribratge al càncer

##### Pacients i temps d'espera per cirurgia no urgent

##### Percentatge de població elegible pel cribratge de càncer de cèrvix

##### Indicadors assistencials i no assistencials

#### SATISFACCIÓ

##### Índex de satisfacció global amb els serveis sanitaris

- Satisfacció amb el tracte (general i per serveis)
- Satisfacció amb la informació rebuda
- Satisfacció amb l'atenció rebuda a urgències
- Satisfacció amb la professionalitat



## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

- Satisfacció amb el tractament del dolor
- Satisfacció amb l'equip de treball (metge-infermera)
- Satisfacció amb les instal·lacions
- Satisfacció amb la neteja
- Satisfacció amb l'atenció rebuda durant l'ingrés hospitalari

## ALTRES INDICADORS D'ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT

Índex de fidelitat als serveis sanitaris

Percentatge de reclamacions en què es demana millora

Percepció de la coordinació entre AP i AE

Implicació del pacient en la presa de decisions sobre el tractament

Expectatives dels pacients

Compliment de les voluntats dels pacients en salut mental

Percentatge de pacients que creuen que no hi ha personal suficient

Avaluació dels consumidors sobre el sistema i els proveïdors

## EFICIÈNCIA I SOSTENIBILITAT

### EFICIÈNCIA

Índex de substitució de cirurgia major ambulatoria (CMA)

Estada mitjana d'atenció hospitalària

Percentatge d'hospitalitzacions potencialment evitables

Índex d'ocupació de quiròfans programats

Utilització de quiròfans

Prescripció de fàrmacs genèrics

Prescripció de nous fàrmacs amb valor afegit

Dies d'hospitalització durant els últims sis mesos

Visites/procediments cancel·lats

Raó de funcionament estàndard

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

Temps dedicat als procediments (estàndard, per sobre, per sota, puntualitat...)

Percentatge de resolució

Variacions en la duració de l'estada entre hospitals

Indicadors d'Eficiència i Complexitat

## SOSTENIBILITAT

Despesa farmacèutica

Despesa per càpita / PIB

Cost unitari per pacient de tractament farmacològic (antiretroviral i anti-TNF)

Cost urgència no ingressada

Rendibilitat dels ingressos

*Cash-flow* d'explotació generat

Rendibilitat econòmica

Solvència

Liquiditat

Endeutament

Ingrés per unitat produïda

Marge per unitat produïda

Marge per personal assistencial equivalent

Cost per unitat ajustat

Cost aprovisionaments per unitat ajustat

Productivitat (unitats de producció hospitalària/treballador)

Finançament del sistema de salut

Despesa en formació del personal

Cost de les hores "perdudes"

Comparativa dels costos per diferents dispositius

Consum de KW/ingrés

Consum d'aigua m<sup>3</sup>/ingrés

Generació de residus sanitaris kg/ingrés

Emissions totals de CO<sub>2</sub>

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

Nombre de productes de compra verda

Ajuda a ONG (nombre persones que demanen finançament parcial de la seva participació *in-situ* amb ONG a l'estranger)

Creació de llocs de treball estables (percentatge de personal amb contracte permanent)

Resultat econòmic

Cost pes

Cost GRD trastorns respiratoris

Ràtio de garantia (actiu/passiu exigible)

Costos laboratori (per hospitalització i per urgències)

Despesa en dispositius comunitaris

Despesa en material sanitari

Execució del pressupost

Despesa mèdica per beneficiari

Suport econòmic

Gestió adequada dels riscos econòmics

Avaluació dels resultats econòmics

Turisme mèdic

## EFFECTIVITAT I ADEQUACIÓ

### EFFECTIVITAT

Reingressos (en general i per patologies)

- Reingressos no programats a UCI
- Reingressos a Salut Mental
- Reingressos relacionats amb cirurgia

Reingressos als 30 dies (general i salut mental)

Mortalitat (global i per patologies, com Malaltia Cerebrovascular Aguda (MCVA), Infart Agut de Miocardi (IAM), Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC), pròtesis, pneumònia)

- Mortalitat als 30 dies
- Mortalitat deguda a complicacions / complicacions greus
- Mortalitat quirúrgica / per complicacions greus tractables
- Mortalitat prematura

Complicacions (global, per patologies, mèdiques o quirúrgiques)

- Complicacions postoperatories
- Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

- Insuficiència respiratòria postoperatòria
- Insuficiència renal postoperatòria
- Hemorràgia postoperatòria
- Dehiscència postoperatòria

Tornades no programades a urgències

Mortalitat evitable

Admissions després de CMA

Llargues estades

Reanimació cardiopulmonar amb èxit

Procediments d'eficàcia limitada

Admissions de curta durada sense diagnòstic

Excés de dies d'estada

Llits ocupats per dia

Pacients ambulatoris (taxes de seguiment i assistència)

Estada de pacients de més de 75 anys ingressats més de dos cops l'any

## ADEQUACIÓ

Seguiment dels protocols de tractament (pe: radioteràpia, cesàries, dolor, trastorns nutricionals, ACV... )

Seguiment de protocols de dispositius (UCI, preoperatoris, quirúrgics)

Percentatge de cesàries

Adequació farmacològica

Estades

- Estada mitjana preoperatòria
- Pacients amb cirurgia de maluc amb més de 20 dies d'estada
- Pacients amb ictus amb més de 20 dies d'estada
- Percentatge de casos amb estances extremes

Nombre de colecistectomies laparoscòpiques

Ingressos urgents

Urgències ingressades

Rang de temps entre detecció i acció (p. ex.: infart) *door-needle-time*

Cesàries no planejades en embarassos de baix risc

Parts provocats abans de les 39 setmanes

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

Discrepàncies amb rajos X que precisen canvis en el maneig del pacient

Mètodes de contenció (causes i duració)

Nombre de pacients ingressats classificats com *Alternative Level of Care* (ALC)

Temps entre el diagnòstic i el procediment (diverses patologies)

Taxa de prescripció quirúrgica

Cancel·lacions de cirurgies després de l'ingrés

Cancel·lacions de procediments ambulatoris

Taxa d'angioplàsties coronàries realitzades a pacients amb infart de miocardi

Duració del tractament profilàctic en pacients quirúrgics

Hospitalitzacions evitables per IC, en pacients de més de 84 anys

Nombre de fractures de maluc operades a les 48h

Percentatge de cirurgia conservadora de mama

Percentatge d'histerectomies en menors de 35 anys

Taxa de reconstruccions de pit després de mastectomia

Altes quirúrgiques per càncer de mama

## SEGURETAT

Infeccions

- Infeccions quirúrgiques
- Infecció nosocomial global
- Bacterièmia associada a una via/catèter central
- Infeccions a la UCI
- Infecció catèter urinari
- Infeccions per *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina
- Infeccions per *Clostridium difficile*
- Pneumònia per ventilació mecànica
- Septicèmia postquirúrgica

Profilaxi preoperatòria

- Aplicació de la profilaxi en diferents procediments quirúrgics (p. ex.: artroplàsties, apendicitis, histerectomia,...)
- Profilaxi antibiòtica
- Profilaxi antitrombòtica
- Moment d'aplicació de la profilaxi preoperatòria (2 h / 1 h / 30 min previs)

Caigudes

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

### Vacunacions

- Immunització per pneumococs (per edats i risc)
- Immunització per grip
- Vacunació per la grip del personal

### Complicacions relacionades amb sedació i anestèsia

### Puncions/laceracions accidentals

### Úlceres de pressió a l'alta

### Instrumental mèdic / cos estrany oblidat al cos del pacient

### Valoració de riscos (p. ex.: caigudes, úlceres de pressió)

### Taxa de reaccions transfusionals

### Pneumotòrax iatrogènic

### Reexploració quirúrgica / Retorn no previst a quiròfan

### Intubació prolongada

### Seguretat farmacològica

- Grau d'implantació d'un protocol de seguretat per a medicació d'alt risc
- Grau d'implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients
- Aplicació del "qüestionari d'autoavaluació de la seguretat del sistema d'utilització dels medicaments a l'hospital"

### Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de mans a les unitats d'hospitalització

### Llits amb preparats de base alcohòlica al punt d'atenció per a la higiene de mans

### Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica

### Evolució de l'índex d'incidència d'accidents entre el personal sanitari

### Gestió dels incidents/esdeveniments adversos notificats

### Esdeveniments adversos de risc extrem que generen un pla de millora

### Parts instrumentalitzats

### Trauma obstètric en part instrumentalitzat

### Fractures de maluc en pacients ingressats / fractura de maluc postoperatòria

## ORIENTACIÓ ALS PROFESSIONALS

### Absentisme laboral

### Satisfacció global

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

Gestió dels recursos humans

Satisfacció amb la seguretat i salut laboral

Satisfacció amb les condicions de treball i conciliació laboral

Satisfacció amb la formació

Satisfacció amb la identificació amb el lloc i igualtat d'oportunitats i desenvolupament

Satisfacció amb el reconeixement

Satisfacció amb la relació amb el líder

Satisfacció amb la participació

Satisfacció amb l'esforç de l'hospital per millorar

Satisfacció amb el clima de treball

Satisfacció amb la comunicació

Satisfacció amb el coneixement i identificació amb els objectius

Satisfacció amb la percepció de la direcció

Satisfacció amb la utilitat dels sistemes d'informació

Avaluació del compromís del personal

Grau en què el personal pot dedicar prou temps als pacients

Mitjana d'hores de formació/professional

Mitjana de les avaluacions de l'acompliment per professional

Mitjana de reconeixements per professionals pels diferents mitjans

Excés d'hores

Prevalença de fumadors a l'equip

Avaluació dels processos de selecció

Desenvolupament de carreres

Mobilitat del personal

Plans de successió per l'equitat i la igualtat

Despesa en formació

Evolució de l'índex d'incidència d'accidents

Mitjana dels llocs oferts de mobilitat horitzontal

Percentatge de professionals que gaudeixen de permisos de reducció de jornada a l'any

## ATENCIÓ CENTRADA EN EL PACIENT (ACCESSIBILITAT I SATISFACCIÓ)

Mitjana dels equips de millora per professional

Nombre d'incidències recollides en el sistema de notificació

Formació

Capacitats del líder

Activitats del líder



## ANNEX E. Indicadors seleccionats per formar part de cada dimensió en l'indicador sintètic per a l'avaluació de la qualitat assistencial hospitalària i sotmesos a consens extens

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
Efectivitat clínica i Adequació	Reingressos per insuficiència cardíaca congestiva (ICC)	Percentatge anual de pacients que reingressen de forma no programada per ex. en els 30 dies següents des del primer ingrés per la mateixa malaltia de base com la ICC, als hospitals.
	Reingressos per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)	Percentatge anual de pacients que reingressen de forma no programada per ex. en els 30 dies següents des del primer ingrés per la mateixa malaltia de base com l'MPOC als hospitals.
	Mortalitat hospitalària per malalties seleccionades	Percentatge de mortalitat per determinades malalties en pacients ingressats en els hospitals (per ex. infart agut de miocardi, insuficiència cardíaca, fractura de maluc, accident cerebrovascular agut, pneumònia). Es pot calcular per determinats períodes de seguiment després de l'ingrés o l'alta associats a la qualitat de l'atenció hospitalària (per exemple, als 30 dies).
	Raó de mortalitat estandarditzada hospitalària (HSMR)	<i>Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)</i> : morts durant l'hospitalització, basat en 56 condicions que suposen el 80 % de les morts. L'HSMR és un mètode per comparar els nivells de mortalitat en diferents anys, o per a diferents grups de població en el mateix any, tenint en compte les diferències en la casuística.
	Indicador resum de mortalitat hospitalària (SHMI)	<i>Summary hospital-level mortality indicator (SHMI)</i> : morts després del tractament hospitalari (durant l'hospitalització o en els 30 dies posteriors a l'alta). L'SHMI mostra si el nombre de morts vinculat a un determinat hospital és més o menys del que s'esperava, i si aquesta diferència és estadísticament significativa.
	Mortalitat postquirúrgica	Pacients quirúrgics que han mort a causa d'una possible complicació.
	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	Morts a causa de condicions a les quals els pacients habitualment haurien sobreviscut (per tal de monitorar i investigar especialment morts inesperades).
	Complicacions globals	Percentatge anual de complicacions en pacients hospitalitzats i en règim de Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) dels hospitals. Es pot calcular de forma global per a totes les complicacions, tant mèdiques com quirúrgiques.
	Complicacions mèdiques	Percentatge anual de complicacions en pacients hospitalitzats i en règim de Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) dels hospitals. Es pot calcular de forma específica per a les complicacions mèdiques.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Complicacions quirúrgiques	Percentatge anual de complicacions en pacients hospitalitzats i en règim de Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) dels hospitals. Es pot calcular de forma específica per a les complicacions quirúrgiques (per ex., trombosi venosa profunda, hemorràgia postoperatòria, dehiscència postoperatòria o insuficiència respiratòria).
	Hospitalitzacions potencialment evitables en insuficiència cardíaca congestiva (ICC)	Percentatge o taxes d'altres d'hospitalització convencional i Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) per <i>ambulatory care sensitive conditions</i> (ACSC) o hospitalització potencialment evitable relacionades amb la ICC. Les ACSC constitueixen una mesura indirecta de la capacitat de resolució dels recursos d'atenció ambulatòria i dels ingressos potencialment evitables a partir de la informació de l'activitat hospitalària.
	Hospitalitzacions potencialment evitables en malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)	Percentatge o taxes d'altres d'hospitalització convencional i Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) per <i>ambulatory care sensitive conditions</i> (ACSC) o hospitalització potencialment evitable relacionades amb l'MPOC. Les ACSC constitueixen una mesura indirecta de la capacitat de resolució dels recursos d'atenció ambulatòria i dels ingressos potencialment evitables a partir de la informació de l'activitat hospitalària.
	Hospitalitzacions potencialment evitables en >84 anys	Percentatge o taxes d'altres d'hospitalització convencional i Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) amb diagnòstic principal definit com a <i>ambulatory care sensitive conditions</i> (ACSC) o hospitalització potencialment evitable en els pacients majors de 84 anys. Analitza l'impacte específic en les persones molt grans.
	Cesàries	Percentatge anual de parts per cesària als hospitals.
	Cesàries en dones de baix risc / Cesàries en parts únics a terme	Percentatge anual de parts per cesària als hospitals per grups de baix risc definits com: a) Parts en dones <35 anys amb temps de gestació entre 37 i 42 setmanes o no informat i amb un pes del nadó d'entre 2.500-3.999 grams o no informat; b) Parts únics entre 37 i 42 setmanes de gestació per cesària.
	Ingrés després de Cirurgia Major Ambulatòria (CMA)	Percentatge de pacients que ingressen directament després de CMA (fins a 30 dies) sobre el total de pacients amb intervencions quirúrgiques programades realitzades en els 25 Grup Relacionat amb el Diagnòstic (GRD) de CMA més freqüents. S'entén per ingrés directe des de CMA, les altes amb ingrés urgent en planta del mateix hospital o d'un altre hospital d'aguts. L'indicador es mesura pel global i de manera desagregada per a cadascun dels GRD.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Temps fins a cirurgia en la fractura de maluc	Percentatge de pacients amb cirurgia realitzada dins de les 48 hores des de l'ingrés sobre el total de pacients >65 anys ingressats a l'hospital amb diagnòstic de fractura de maluc. Es considera acompliment quan el pacient és intervingut dins dels 2 dies següents a la data d'ingrés. També es considera acompliment quan hi ha raó documentada de no intervenció.
	Interval diagnòstic-tractament en càncer colorectal	Percentatge de pacients amb càncer colorectal en què l'interval entre la confirmació diagnòstica i el tractament és igual o inferior a 30 dies naturals sobre el total de pacients diagnosticats amb càncer colorectal que han rebut tractament. L'interval de 30 dies és l'establert pel Programa de diagnòstic ràpid de càncer del CatSalut (Instrucció 04/2005).
	Interval diagnòstic-tractament en càncer de mama	Percentatge de pacients amb càncer de mama en què l'interval entre confirmació diagnòstica i primer tractament és igual o inferior a 30 dies naturals sobre el total de pacients diagnosticades de neoplàsia maligna de mama. L'interval de 30 dies és l'establert pel Programa de diagnòstic ràpid de càncer del CatSalut (Instrucció 04/2005).
	Ingressos/estades inadequats	Es podria valorar a través del Protocol d'avaluació de l'adequació (Appropriateness Evaluation Protocol, AEP). Protocol amb un conjunt de criteris objectius i independents del diagnòstic, destinat a la identificació d'admissions i estades inapropiades. Tracta d'identificar problemes d'organització hospitalària i les pautes d'hospitalització conservadores emprades pels clínics quan el pacient ja no requereix estar a l'hospital. Aquest protocol no avalua la pertinència de l'atenció mèdica que rep el pacient, sinó el nivell assistencial d'on es presta. Assumeix que les cures que rep el pacient són adequades des del punt de vista clínic. Per tant, existiria una proporció superior d'utilització inadequada no detectada amb aquest instrument.
	Pressió d'urgències	Percentatge anual d'hospitalitzacions urgents. És un indicador que mesura el percentatge de pacients que han ingressat a l'hospital de manera no programada. S'espera que una bona coordinació entre atenció especialitzada i atenció primària reduiria la pressió d'urgències i, per tant, l'hospital tindria més disponibilitat de recursos per a activitat programada, suposadament quirúrgica, i més adequada.
	Sobreinclusió en llista d'espera quirúrgica	Percentatge en què la taxa de nous casos excedeix a la del global de Catalunya. Es pot analitzar pels 14 procediments pels quals els pacients que han de ser intervinguts tenen garantit un temps màxim d'espera de 6 mesos.
	Sobreintervencionisme quirúrgic	Percentatge en què la taxa d'activitat excedeix a la global de Catalunya. Es pot analitzar pels 14 procediments per als quals els pacients que han de ser intervinguts tenen garantit un temps màxim d'espera de 6 mesos.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Hospitalitzacions en majors de 84 anys de causa mèdica	Taxa d'ingressos hospitalaris de causa mèdica de la població de risc, en aquest cas en majors de 84 anys.
	Urgències ingressades	Percentatge d'urgències ingressades. Es tracta d'un indicador indirecte a manca de dades generalitzades dels triatges. Aquest indicador marca la complexitat de la patologia atesa: més valor, més complexitat.
	Retorn a urgències en 72 hores	Percentatge de pacients que retornen al Servei d'Urgències Hospitalari (SUH) en un interval de 72 hores sobre el total de pacients atesos al SUH. El numerador el constitueixen els casos de pacients que havent estat atesos per un facultatiu i donats d'alta del SUH tornen a fer una consulta en un interval de 72 hores, independentment que ho facin per un motiu de consulta igual o diferent.
	Retorn a urgències amb ingrés	Percentatge de pacients que retornen al Servei d'Urgències Hospitalari (SUH) en un interval de 72 hores i ingressen a l'hospital sobre el total de pacients que retornen al SHU en un interval de 72 hores. Inclou les derivacions per a ingrés en altres centres.
	Cancel·lacions d'intervencions programades	Percentatge anual d'intervencions anul·lades per part del centre en els hospitals tant en hospitalització per Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) com convencional.
	Adequació de l'estada preoperatòria	Percentatge de pacients intervinguts el mateix dia o l'endemà de l'ingrés sobre el total de pacients ingressats per a cirurgia programada. Inclou tots els pacients classificats en un Grup Relacionat amb el Diagnòstic (GRD) quirúrgic en què el tipus d'alta va ser ingrés programat. Es considera acompliment quan la data de la intervenció quirúrgica és la del mateix dia o el dia següent al del ingrés. S'exclouen els pacients amb cirurgia sense ingrés.
	Utilització de fàrmacs d'eficàcia provada	Percentatge de medicaments prescrits amb valor intrínsec farmacològic sobre el total d'especialitats farmacèutiques prescrites.
	Nous medicaments amb valor afegit limitat	Percentatge d'envasos d'especialitats farmacèutiques prescrits de nous medicaments amb valor afegit limitat sobre el total d'envasos d'especialitats farmacèutiques prescrits. És un indicador que mesura la prescripció de medicaments nous considerats de valor afegit limitat que prescriu l'hospital en receptes a l'alta, urgències o consultes externes.
	Efectivitat del tractament amb antiretrovirals	Percentatge de pacients tractats amb antiretrovirals que tenen la malaltia controlada, definida com la indetectabilitat de la càrrega viral (CV) plasmàtica, després d'haver rebut tractament almenys 48 setmanes.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Efectivitat del tractament farmacològic de l'hepatitis C	Grau de curació dels pacients amb hepatitis C i genotip 1, amb biteràpia o amb triple teràpia, mitjançant la mesura de la resposta viral sostinguda (RVS) després de 24 setmanes d'haver finalitzat el tractament.
	Efectivitat del tractament amb fàrmacs biològics immunosupressors en malalties reumàtiques	Pacients amb artritis reumatoide, espondilitis anquilosant o artritis psoriàsica anquilosant tractats amb fàrmacs biològics immunodepressors durant un període de temps d'almenys 24 setmanes, que presenten baixa activitat de la malaltia sobre el total de pacients amb artritis reumatoide.
Eficiència i Sostenibilitat	Índex de substitució de Cirurgia Major Ambulatòria (CMA)	Percentatge d'altres de CMA sobre el total d'altres, amb un GRD (Grup Relacionat amb el Diagnòstic) quirúrgic.
	Estada mitjana	Mitjana de dies d'estada corresponents a altes d'hospitalització convencional.
	Raó de funcionament estàndard (RFE)	Raó de funcionament estàndard (RFE): relació entre l'estada mitjana observada i l'estada mitjana esperada segons l'estàndard.
	Despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA)	Despesa mitjana en MHDA de la població a risc. A més de l'indicador corresponent a la població general es pot calcular per a patologies seleccionades.
	Despesa en medicació hospitalària	Despesa mitjana en medicació dispensada al pacient ingressat, calculada per GRD (Grup Relacionat amb el Diagnòstic) o per estada hospitalària.
	Cost unitari per pacient en tractament amb immunosupressors selectius (anti-TNF)	Cost mitjà per pacient en tractament amb immunosupressors selectius (anti-TNF) de dispensació ambulatòria. Valors més elevats podrien ser indicatiu de diagnòstics i/o pautes de tractament diferents entre hospitals.
	Cost unitari per pacient de tractament farmacològic en algun tumor oncològic	Cost mitjà per pacient en tractament farmacològic de dispensació ambulatòria en algun tumor oncològic. Valors més elevats podrien ser indicatiu de diagnòstics i/o pautes de tractament diferents entre hospitals.
	Índex d'ocupació <b>brut</b> de blocs quirúrgics en intervencions programades	Es tracta d'un indicador de rendiment o eficiència en l'ús dels quiròfans. Es pot calcular com a: $[(\text{Sumatori de temps entre l'entrada i la sortida de quiròfan de cadascun dels pacients de cirurgia programada}) + (\text{sumatori de temps reals entre la sortida d'un pacient fins a l'entrada del següent pacient en un mateix quiròfan de cirurgia programada}) / (\text{sumatori d'hores programades per a cada quiròfan}) \text{ per } 100]$ . L'ocupació és una mesura de la proporció de temps disponible en què el quiròfan és utilitzat durant el procediment quirúrgic, la maximització d'aquest valor indica millor eficiència.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Índex d'ocupació <b>net</b> de blocs quirúrgics en intervencions programades	Es tracta d'un indicador de rendiment o eficiència en l'ús dels quiròfans. Es pot calcular com a: $[(\text{Sumatori de temps entre l'entrada i la sortida de quiròfan de cadascun dels pacients en quiròfans de cirurgia programada}) / (\text{sumatori d'hores programades per a cada quiròfan en un centre}) \text{ per } 100]$ . L'ocupació és una mesura de la proporció de temps disponible en què el quiròfan és utilitzat durant el procediment quirúrgic, la maximització d'aquest valor indica millor eficiència.
	Índex d'atracció	Percentatge de contactes d'hospitalització convencional i de Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) residents en un territori atesos en un hospital. Seria l'equivalent a l'Índex de resolució o penetració a nivell territorial (percentatge de casos de residents en un territori determinat que són atesos en recursos d'aquest mateix territori o capacitat dels hospitals per captar la demanda realitzada per la població del seu territori de referència).
	<i>Cash-flow</i> generat d'explotació (o recursos generats)	Recursos generats amb relació als ingressos per la prestació de serveis assistencials. Cal que els recursos generats permetin la renovació dels actius i el retorn dels préstecs per tal de garantir la continuïtat de les operacions.
	Rendibilitat econòmica	Resultat d'explotació respecte a l'actiu o l'estructura econòmica de què es disposa. Mesura la rendibilitat o el resultat que l'entitat obté dels seus actius. Valors més elevats indiquen un rendiment superior dels actius de què es disposa. El rendiment s'explica pel marge que s'obté de les vendes i la rotació de l'actiu.
	Rendibilitat dels ingressos de les entitats proveïdores de serveis sanitaris (o rendibilitat dels ingressos d'explotació)	Resultat d'explotació respecte als ingressos d'explotació.
	Solvència (o ràtio de garantia)	Valor de l'actiu, considerat com el conjunt de béns i drets que es tenen en relació amb els deutes amb tercers a la data de tancament de l'exercici. Expressa la garantia de l'entitat enfront dels seus creditors en un hipotètic cas de liquidació.
	Marge per unitat produïda (o marge per unitat de producció)	Diferència entre ingressos i despeses d'explotació que es generen per la prestació de serveis assistencials per unitat de producció.
	Cost per unitat de producció ajustada	El cost per unitat de producció ajustada mesura la relació entre les despeses d'explotació que necessita l'hospital per dur a terme la seva activitat (al numerador) i la producció efectivament realitzada per l'hospital (en el denominador).
	Cost aprovisionaments per unitat de producció (UPH) ajustat	Aquest indicador posa en relació la producció total realitzada per un hospital i les despeses de productes sanitaris que necessita per realitzar-la.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Productivitat unitat de producció (UPH) / treballador	Relaciona la producció total realitzada per un hospital i el nombre de treballadors sanitaris que empra per realitzar-la.
	Gestió de residus i contaminació	Els centres promouen la millora del medi ambient i implanten mesures per disminuir l'impacte ambiental, els residus i embalatges, la contaminació, les emissions de tòxics i les aigües residuals. Es podria mesurar per mitjà del nombre de reclamacions i denúncies per impacte mediambiental.
	Consum energètic	Els centres fomenten l'ús segur i eficient dels subministraments (gas, aigua i electricitat) i dels materials nous o reciclats. Es podria valorar demanant als centres si mesuren el consum d'electricitat, combustible i d'aigua en relació amb l'activitat global.
Orientació cap als professionals	Recolzament dels directius	Percepció del suport emocional que donen els directius, incloent-hi aspectes com el reconeixement de l'esforç, el suport dels caps immediats, l'escolta activa, la millora de la qualitat de vida del lloc de treball, rebre informació dels resultats de la feina, la possibilitat de ser creatiu, de promoció i d'expressar el que es pensa i necessita, tenir autonomia o la llibertat de decisió, la varietat en la feina, la satisfacció amb el sou i el suport dels companys.
	Demandes del lloc de treball	Percepció de demandes del lloc de treball incloent-hi aspectes com les presses i ofecs per manca de temps per fer la feina, la pressió rebuda per fer la feina i mantenir-ne la qualitat, l'estrès (esforç emocional), les interrupcions molestes, la quantitat de feina, les conseqüències negatives per a la salut, la manca de temps per a la vida personal, la incomoditat física a la feina, els conflictes amb altres persones de la feina i la càrrega de responsabilitat.
	Motivació intrínseca	Percepció de la motivació intrínseca incloent-hi aspectes com sentir-se orgullós de la feina, la capacitació necessària per la feina actual, sentir-se capacitat per fer la feina actual, pensar que la feina és important per la vida d'altres persones, les ganes de ser creatiu, la motivació (ganes d'esforçar-se), el suport de la família, la claredat de la feina que s'ha de fer, la satisfacció amb el tipus de feina i el suport de l'equip.
	Qualitat de vida professional global	Satisfacció global dels professionals sobre la qualitat de vida professional en el centre
Seguretat del pacient	Infeccions relacionades amb l'atenció sanitària (o infeccions nosocomials)	Prevalença global d'infecció relacionada amb el procés assistencial (ING): proporció de pacients que desenvolupa una o més infeccions relacionades amb el procés assistencial en el decurs de l'ingrés actual, o en el decurs d'un ingrés anterior, i que estan actives en el moment de l'estudi (és a dir, que el pacient presenta signes i símptomes d'infecció o està sota tractament específic per aquesta infecció).

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Infecció del tracte urinari relacionada amb la sonda urinària	Infeccions urinàries associades amb la sonda vesical x 1.000 dies de sonda vesical.
	Bacterièmia associada amb catèter venós central	Bacterièmies associades a catèter venós central x 1.000 dies de catèter venós central.
	Pneumònia associada a ventilació mecànica	Pneumònies associades a ventilació mecànica x 1.000 dies de ventilació mecànica.
	Infeccions de localització quirúrgica per artroplàstia de maluc/genoll	Percentatge d'infeccions de localització quirúrgica per artroplàstia de maluc/genoll sobre el total de procediments d'artroplàstia de maluc/genoll.
	Infeccions de localització quirúrgica per cirurgia de còlon i recte	Percentatge d'infeccions de localització quirúrgica per cirurgia de còlon i recte sobre el total de procediments de cirurgia de colon i recte.
	Grau d'implantació de la llista ( <i>checklist</i> ) de verificació de seguretat quirúrgica	Percentatge de pacients intervinguts de cirurgia programada als quals s'ha aplicat la llista de verificació de seguretat quirúrgica sobre el total de pacients intervinguts de cirurgia programada.
	Grau d'implantació d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc	Percentatge de pacients als quals s'ha aplicat el protocol per a la medicació d'alt risc sobre el total de pacients amb medicació d'alt risc.
	Aplicació del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" durant els últims dos anys	Aquest qüestionari és una eina de treball que permet avaluar la seguretat del sistema d'utilització dels medicaments i identificar quins són els punts de risc i les oportunitats de millora. També és molt útil per valorar la situació basal d'un hospital pel que fa a la seguretat i per objectivar els progressos que es duen a terme en aquesta àrea.
	Úlceres per pressió (UPP)	Percentatge de pacients que han desenvolupat una UPP a l'hospital entre aquells pacients ingressats més de dos dies. També es pot calcular com a quocient entre els esdeveniments observats i els esperats de cada hospital.
	Caigudes en pacients hospitalitzats	Nombre total de caigudes x 1000 / Nombre total d'estades (pacients-dies).
	Fractures de maluc postoperatòries	Percentatge de fractures de maluc en malalts produïdes durant l'hospitalització en relació amb el total d'altres d'hospitalització. També es pot calcular com a quocient entre els esdeveniments observats i els esperats de cada hospital.



Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Reaccions transfusionals	Nombre d'esdeveniments notificats per cada centre durant l'any d'anàlisi. Es considera que sempre són conseqüència d'una errada mèdica, i per tant és desitjable no trobar-ne cap. Aquests indicadors s'han de prendre com a marcadors que assenyalen problemes potencials i àrees on és possible millorar la qualitat de l'assistència i que han de ser estudiades amb profunditat.
	Trauma obstètric en part no instrumentat	Nombre de parts vaginals no instrumentats únics d'entre 37 i 42 setmanes de gestació amb traumatisme obstètric (estrip de grau 3 o 4).
	Trauma obstètric en part instrumentat	Nombre de parts vaginals instrumentats únics d'entre 37 i 42 setmanes de gestació amb traumatisme obstètric (estrip de grau 3 o 4).
Atenció centrada en la ciutadania	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits	Es pot calcular com a temps de resolució, temps de demora o temps d'espera per a qualsevol dels 14 procediments garantits (alliberament del canal carpià, amigdalectomia, artroscòpia, cataractes, circumcisió, colecistectomia, hàl-lux valg, herniorràfia femoral, histerectomia, prostatectomia, pròtesi de genoll, pròtesi de maluc, quist pilonidal, varices). <i>Temps mitjà de resolució de la llista d'espera</i> : temps necessari per absorbir la llista d'espera d'acord amb la capacitat productiva dels centres, corresponent a l'activitat anterior. <i>Temps mitjà/medià de demora de la llista d'espera</i> : És la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista porten esperant en un moment determinat. <i>Temps mitjà/medià d'espera</i> : És la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista porten esperant en un moment determinat.
	Temps d'espera per procediments quirúrgics no garantits	Es pot calcular com a temps de resolució, temps de demora o temps d'espera per a qualsevol dels 49 procediments monitorats pel CatSalut (a banda dels 14 garantits). <i>Temps mitjà de resolució de la llista d'espera</i> : temps necessari per absorbir la llista d'espera d'acord amb la capacitat productiva dels centres, corresponent a l'activitat anterior. <i>Temps mitjà/medià de demora de la llista d'espera</i> : és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista fa que esperen en un moment determinat. <i>Temps mitjà/medià d'espera</i> : és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista fa que esperen en un moment determinat.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Temps d'espera per consultes externes dels hospitals	Es pot calcular com a temps de resolució, temps de demora o temps d'espera per les consultes externes dels centres hospitalaris. <i>Temps mitjà de resolució de la llista d'espera</i> : temps necessari per absorbir la llista d'espera d'acord amb la capacitat productiva dels centres, corresponent a l'activitat anterior. <i>Temps mitjà/medià de demora de la llista d'espera</i> : és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista fa que esperen en un moment determinat. <i>Temps mitjà/medià d'espera</i> : és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista fa que esperen en un moment determinat.
	Temps d'espera per proves diagnòstiques	Es pot calcular com a temps de resolució, temps de demora o temps d'espera per a qualsevol de les proves monitorades pel CatSalut (colonoscòpia, ecocardiografia, ecografia abdominal, ecografia ginecològica, ecografia urològica, electromiograma, endoscòpia esofagògica, ergometria, gammagrafia, mamografia, ressonància magnètica, tomografia axial computada, polisomnografia). <i>Temps mitjà de resolució de la llista d'espera</i> : temps necessari per absorbir la llista d'espera d'acord amb la capacitat productiva dels centres, corresponent a l'activitat anterior. <i>Temps mitjà/medià de demora de la llista d'espera</i> : És la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista fa que esperen en un moment determinat. <i>Temps mitjà/medià d'espera</i> : és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista fa que esperen en un moment determinat.
	Satisfacció	Valoració de la satisfacció global manifestada per les persones usuàries. Un indicador és l'Índex de satisfacció global amb els serveis sanitaris: puntuació mitjana de les enquestes de la satisfacció percebuda pels ciutadans usuaris dels serveis d'atenció hospitalària en una escala del 0 al 10.
	Accessibilitat (percebuda)	Valoració de la capacitat de l'organització per donar accés als serveis disponibles, tant des del punt de vista organitzatiu com funcional (per ex., a través de la valoració que fan els pacients del temps que han estat a la llista d'espera fins al seu ingrés).
	Confort	Valoració de la qualitat de les instal·lacions i de l'entorn en què es presta el servei (per ex., a través de la valoració que fan els pacients de la comoditat de l'habitació, o de si van tenir problemes o inconvenients pel fet de compartir habitació amb un altre pacient).
	Informació	Valoració de la comunicació, tant verbal com escrita, que s'estableix amb el client assegurat (per ex., a través de la valoració que fan els pacients de les explicacions que els van donar sobre el seu problema de salut o la seva malaltia, o si la informació que els van donar els diferents professionals — metges, infermeres— sobre el seu problema de salut era coherent).

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Tracte i relació personal	Valoració de la relació dels usuaris amb el personal d'atenció directa i amb tots els professionals que presten el servei (per ex., a través de la valoració que fan els pacients del tracte personal o amabilitat que tenien amb ells les infermeres i els metges).
	Competència professional	Valoració de la qualificació dels professionals i de l'organització proveïdora quant a la confiança que els mereix (per ex., a través de la valoració que fan els pacients de la sensació d'estar en bones mans).
	Continuïtat assistencial	Valoració del seguiment de l'assistència entre diferents nivells i en el temps (per ex., a través de la valoració que fan els pacients —o la seva família/cuidadors— de la comprensió de tot el que han de fer quan marxen de l'hospital, on han d'anar, quan o com s'han de prendre els medicaments, etc.).
	Organització/coordinació	Valoració de la gestió, la coordinació i el desenvolupament dels professionals i dels processos de treball per tal d'acomplir la missió de l'organització i els objectius específics de servei amb eficiència, eficàcia i qualitat de servei (per ex., a través de la valoració que fan els pacients del funcionament de l'hospital).
	Suport i atenció psicosocial	Valoració del suport social i emocional a l'usuari (per ex., a través de la valoració que fan els pacients de la disposició dels professionals que els van atendre per escoltar-los i fer-se càrrec del que els preocupava de la seva salut).
	Fidelitat	Disposició que manifesten els usuaris a fer servir de nou el mateix proveïdor o centre on ja han estat atesos (en el cas que el poguessin triar). Un indicador és l'Índex de fidelitat als serveis sanitaris: percentatge de persones que, en cas de poder escollir-lo, tornarien a fer servir el mateix centre d'atenció hospitalària del qual han estat usuaris.
	Pacients amb preparació de l'alta hospitalària (PREALT) contactats 48 hores després de l'alta hospitalària	Percentatge d'altres PREALT dels centres amb els quals el pacient ha tingut un contacte (presencialment o d'altre tipus) des dels dispositius d'atenció primària en un termini de temps inferior a les 48 hores després de l'alta.
	Conciliació terapèutica en pacients crònics complexos	Percentatge de pacients en programes PCC (pacient crònic complex) que hagin causat alta en un hospital d'aguts amb els quals s'ha dut a terme la conciliació terapèutica a l'alta.
	Conciliació terapèutica en pacients amb malaltia crònica avançada	Percentatge de pacients en programes MACA (malaltia crònica avançada) que hagin causat alta en un hospital d'aguts amb els quals s'ha dut a terme la conciliació terapèutica a l'alta.

Dimensió	Indicador (concepte/títol)	Definició breu
	Comitè d'Ètica Assistencial	Nombre de consultes ateses pel Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) x 1.000 / Nombre total d'estades (pacients-dies) o alternativament es podria mesurar com a Nombre de casos que han generat un informe escrit emès pel CEA acreditat del centre x 1.000 / Nombre total d'estades (pacients-dies).
	Pacients crònics complexos que han realitzat un document de voluntats anticipades	Percentatge de Pacient Crònic Complex (PCC) que han realitzat un Document de Voluntats Anticipades (DVA) sobre el total de de PCC.
	Pacients amb malaltia crònica avançada (MACA) que han realitzat un document de voluntats anticipades (DVA)	Percentatge de pacients amb MACA que han realitzat un DVA sobre el total de pacients MACA.
	Consentiment informat	Percentatge de pacients als quals es demana el consentiment informat abans de fer-los una prova o operació.

<sup>a</sup> Definició que acompanyarà el concepte/títol de l'indicador en la fase de consens extens per mitjà del *Health Consensus*.

<sup>b</sup> En MHDA (medicació hospitalària de dispensació ambulatoria) o productes intermedis.

<sup>c</sup> Urgències no ingressades, per unitat ajustat, laboratori, per procés.

<sup>d</sup> Úlceres per pressió, caigudes, etc.

<sup>e</sup> Informació, atenció/control, confiança/empatia professionals, navegabilitat pel centre, implicació en la presa de decisions, coordinació entre àmbits assistencials (atenció primària, especialitzada i sociosanitària).

CMA: Cirurgia major ambulatoria; UPH: Unitat de producció homogènia.

## ANNEX F. Aspectes valorats pels assistents als grups focals amb pacients/cuidadors

Efectivitat clínica / Adequació	
<b>Complicacions</b>  0 punts	No s'ha fet cap aportació respecte a aquest punt en cap dels dos grups. Que no hi hagi complicacions en l'estada en un hospital és un dels aspectes que es pressuposen; no és un aspecte distintiu que hagi de contribuir a identificar l'excel·lència.
<b>Adequació de l'ingrés<sup>2</sup></b>  6 punts	Els usuaris destaquen de diferents maneres una visió clínica integral des de l'arribada al centre hospitalari: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que a urgències t'atengui personal qualificat en funció de la teva patologia global (per exemple, una malaltia crònica) o del conjunt de patologies que pateixes, no només personal expert en el que t'ha portat al centre (com podria ser un quadre agut).</li> <li>- Adaptació a les necessitats específiques dels pacients, per exemple adequar l'atenció durant els temps d'espera en casos de diabetis o en totes aquelles dolències que requereixin una atenció més regular.</li> </ul>
<b>Adequació de la intervenció clínica:</b>  <b>diagnòstics i tractaments</b>  16 punts	La idea és que " <i>El més important és que si em trobo malament em donin una solució</i> ". Però es destaquen aspectes concrets com ara els següents: <p><b>Protocol·lització:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocol·litzar més els actes sanitaris quotidians. Ha d'existir coherència entre el que fan i el que expliquen els diferents professionals que atenen un mateix usuari.</li> <li>- Compliment dels protocols mèdics.</li> </ul> <p><b>Prevenció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar més mesures preventives i que estiguin en els protocols (prevenció secundària). "<i>És important que es faci medicina preventiva i educativa de cara a evitar complicacions i per si la malaltia evoluciona</i>".</li> </ul> <p><b>Visió integradora i coordinació:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenció integral des del punt de vista mèdic. "<i>Que no et mirin només una cosa</i>."</li> <li>- Tractament/diagnòstic donat per equip d'especialistes.</li> <li>- Tractament multidisciplinari. "<i>Que l'atenció contempli la intervenció d'especialitats de manera coordinada</i>."</li> <li>- Coordinació dels diferents departaments/especialitats. "<i>Quan t'han de veure diferents especialistes, cadascú va per lliure i diries 'Escolti, posin-se d'acord!'. Si hi ha coordinació, et sents més recolzat</i>."</li> </ul>

## Efectivitat clínica / Adequació

- Buscar més la causa que no pas tractar els símptomes (efectivitat diagnòstica). Calen diagnòstics bons. "A una pacient li van fer una colonoscòpia per diarrees i no es van adonar que prenia un medicament que era el que les provocava; segurament no hagués calgut fer una prova tant agressiva."

Ús d'instrumental, aparells diagnòstics i fàrmacs:

- Utilitzar instrumental i aparells actualitzats.

- No fer proves mèdiques doloroses o invasives si hi ha alternatives no-doloroses o menys invasives. Aquest tipus de proves no haurien de ser protocol·làries si hi ha alternatives. En tot cas, els protocols haurien d'incloure les alternatives no doloroses quan existeixin.

- No sobremedicar. S'hauria d'evitar medicació que causés efectes secundaris que, al seu torn, requereixen més medicació. Caldria considerar alternatives com ara la indicació d'una alimentació determinada, el suport emocional (com ara psicoteràpia o suport social) —que de vegades estalvia medicació— i, en definitiva, una atenció integral i una medicina psicosomàtica.

Personalització:

- Personalitzar l'atenció, ja que no hi ha dues persones iguals. "Cal reconèixer el dret a ser tractat amb criteris de diversitat i ponderar, en cada cas, què és més adequat de fer tenint en compte riscos i efectes secundaris."

- Donar dietes adequades segons cada patologia (per a persones amb malalties cròniques, diabetis...).

Diligència:

- Solució ràpida. "Cal efectivitat per evitar complicacions."

**Temps / intervals en el** - Temps d'espera al llarg del procés seguit dins l'hospital (per exemple, quan t'han de fer una prova, una intervenció, una cura, un trasllat, en l'espera a urgències, etc.).

**procés d'atenció** - Triatge eficient a urgències per evitar esperes que puguin empitjorar la gravetat; per altra banda, hi ha patologies senzilles que es poden resoldre amb rapidesa, cosa que evitaria un temps d'espera llarg.

7 punts

## Seguretat del pacient

## Efectivitat clínica / Adequació

### Infeccions

#### Hospitalàries

No s'han fet aportacions.

ERROR MÈDIC

5 punts

#### Altres

S'apunten dos aspectes relacionats amb la confidencialitat:

#### Incidències

- Confidencialitat. Si no es manté, pot suposar un risc per als pacients i vulnerar la identitat. *"S'ha d'evitar preguntar davant de terceres persones segons què."*

#### durant l'ingrés

ERROR MÈDIC

- Atenció als menors de 18 anys. Cal mantenir la confidencialitat amb els menors, per exemple evitant de fer, davant dels pares o tutors, certes preguntes protocol·làries que puguin vulnerar el dret a la intimitat.

3 punts

#### Existència de

- Evitar al màxim la iatrogènia hospitalària.

#### protocols de

- Hospital sense perfums ni olors químics. *"Això s'ha de comunicar al personal en general perquè el centre pot tenir uns protocols interns molt ben definits, però de vegades et trobes amb personal que sembla que s'hagi tirat a sobre un flascó de perfum a sobre."*

#### prevenció

3 punts

- Tractament adequat dels residus per evitar contagis.

## Eficiència i sostenibilitat

### Utilització

#### adequada del

#### nivell

No s'han fet aportacions.

#### hospitalari

0 punts

#### Cost/despesa

- Que la prioritat siguin els pacients. *"No pot passar que criteris de sostenibilitat influeixin en el tractament dels pacients, com ara retirar tractaments per les retallades."*

1 punts

## Efectivitat clínica / Adequació

### Rendibilitat

**de les instal·lacions** No s'han fet aportacions.

1 punts

### Rendibilitat

**del nivell assistencial** - Que als centres que et corresponguin per zona tinguin la dotació que requereix la teva malaltia.

0 punts

### Economia

**sanejada** No s'han fet aportacions.

0 punts

### Rendibilitat

**energètica i respecte al medi ambient** - Fer servir més el llapis de memòria que el paper. "*Si pots tenir la radiografia en un llapis de memòria, millor que en paper; ajudaria a estalviar recursos*".

1 punts

## Orientació cap als professionals (RRHH)

**Suport** - La direcció ha de tenir cura del personal vetllant per la seva motivació.

**per part de la direcció** - Professionals amb un perfil específic orientat cap al tracte humà. Cal tenir-ho en compte en els processos de selecció.

2 punts - Promoure la recerca. "*S'hauria de treballar per identificar nous diagnòstics i tractaments.*"

- Procurar un bon balanç entre assistència i recerca.

**Condicions i qualitat de** Organització, clima laboral i funcionament dels equips:

- Personal sanitari suficient, no cremat.



## Efectivitat clínica / Adequació

<b>vida laboral</b>	- Prohibit l'estrès laboral. Els torns han de ser adequats.
<b>del professional</b>	- Que els professionals tinguin temps. <i>"Els torns han de tenir una durada i una freqüència adequada; si porten moltes hores sense dormir és un risc. A més, el professional ha de tenir temps per complir el que se li demana."</i>
<b>8 punts</b>	- Bon funcionament dels equips professionals. <i>"L'equip és molt important! 'Una poma podrida' pot fer malbé un servei."</i>
	<b>Polítiques laborals:</b>
	- Personal ben tractat laboralment (no cremat per les retallades).
<b>Motivació intrínseca del professional</b>	- Formació continuada i actualització dels coneixements del personal. <i>"Cal que tinguin la possibilitat de desenvolupar la seva carrera professional."</i> <i>"Hi ha professionals que fan molt bé l'assistència i no tenen temps de fer recerca. En canvi, n'hi ha que només investiguen de cara al currículum."</i>
<b>ACTITUD I</b>	- Avaluació continuada de les competències dels professionals.
<b>APTITUD</b>	- Selecció del personal adequat i especialitzat. <i>"Tenir en compte les habilitats dels professionals pel lloc de treball que ocupen, si tenen més perfil de recerca o</i>
<b>4 punts</b>	<i>clínic, o per determinades feines, torns,... de manera que cadascú faci la feina que li agrada"</i>
	- Integritat del personal. Ha de mostrar valors ètics.

## Atenció centrada en el ciutadà\*

\* 1 punt s'ha adjudicat al títol genèric

<b>Temps d'espera</b>	- Llistes d'espera raonables:
<b>4 punts</b>	Els participants es fan càrrec que els recursos no són il·limitats i es mostren tolerants, però consideren que un tret distintiu de qualitat és que el temps d'espera per a un ingrés o una intervenció sigui curt i, en conseqüència, que hi hagi les mínimes llistes d'espera possibles.
<b>Satisfacció</b>	- Els usuaris han parlat de <i>"Qualitat de la visita"</i> :
<b>3 punts</b>	Vol dir que surts satisfet perquè t'han entès, saben qui ets i el que et passa.
	Es destaca la importància d'avaluar la satisfacció dels pacients sistemàticament, <i>"com es fa en els hotels"</i> .

**Accessibilitat**

**percebuda** No s'han fet aportacions.

0 punts

**Confort** Es valoren tres tipus d'aspectes:

7 punts

- Manteniment i neteja de les instal·lacions, pintura, mobiliari... i també la pulcritud del personal (uniformes...)

- Allotjament confortable: llum, sol, espais adequats a les habitacions, possibilitat d'habitació individual, boxs separats a urgències per mantenir la intimitat.

- Organització orientada al pacient: horaris de la planta (p. ex., per a la medicació)

- Adequació a necessitats específiques: nutrició adequada no és només confort, sinó també salut. "*Caldrien màquines expenedores amb alternatives de sucre, gluten, lactosa,...*"

**Tracte i relació personal** Aquest aspecte clau per als participants es resumeix en la idea de rebre un "*tracte humà i personalitzat del inici a la fi*", que es concreta en:

11 punts

**Accessibilitat al personal**

- Professionals accessibles a l'hora de fer una consulta, demanar informació,....:

Es matisa la necessitat d'una accessibilitat relativa al disseny dels espais (p. ex., control d'infermeria a la vista, que els trobis fàcilment), i relativa al fet de tenir un referent o interlocutor i equip professional durant l'estada que siguin identificables i accessibles.

**Empatia i personalització**

- Empatia dels professionals a tots nivells. Es demana que s'entengui que "*no estàs allà per gust, sinó perquè no et trobes bé*". Somriure i amabilitat al llarg de tota l'estada.

- Tracte personalitzat i centrat en el malalt. Es diu que el malalt és la raó de ser de l'hospital. Professionals que et coneixen el nom, et donen la mà quan entres a la consulta... Aquest aspecte és especialment important en les situacions de més angoixa com diuen aquests comentaris:

*"A urgències, un somriure, un 'bon dia'... Tenir present que l'entrada a urgències és la primera impressió que tenim de l'hospital; de vegades tens la sensació que no et miren o tens la sensació que troben que ets una persona pesada."*

*"Acolliment en arribar a l'hospital (a la porta d'entrada): l'entrada ha de resultar amable i àgil ja que és un moment de molta ansietat."*

## Efectivitat clínica / Adequació

*"En el moment de fer una prova invasiva, que t'expliquin com serà..."*

*"Que quan truques et preguntin el nom, com quan truques a qualsevol empresa, i et diguin Sra. Tal."*

- Acompanyament en l'alta. *"Si l'arribada és important, la sortida també. No pot ser que marxis i ja està, sense que ningú et digui adéu. La sortida també és un moment de molta ansietat i molta incertesa, necessitem sentir-nos acompanyats."*

### Llenguatge

- Comunicació amb llenguatge adequat pel pacient, sense tecnicismes, explicacions clares...

### Informació

Sobre la informació a rebre es destaca:

### rebuda

8 punts

- Que hi hagi bona informació i senyalització per orientar-se dins el centre. Saber on has d'anar, saber quan pots veure el metge o quan passarà, tràmits que cal fer...

- Que es doni informació i explicacions mèdiques suficients sobre el diagnòstic i el tractament, pronòstic, les proves que et faran, el que es prescriu, efectes secundaris, alternatives.

- S'especifica la necessitat d'informació sobretot a urgències perquè hi ha més angoixa. S'entén que a vegades no hi ha informació per donar, perquè s'està pendent de proves o evolució però *"que tinguis la sensació que estan 'en ello'"*.

- Considerar la informació i orientació que cal donar als familiars per tal que ells puguin transmetre al malalt missatges de manera adequada o col·laborar en el tractament.

- Que existeixin protocols que permetin que es mantingui la informació en tot moment.

### Suport i

### atenció

### psicosocial

11 punts

Hi ha un matís diferent al dels experts en quan al que entenen els usuaris per suport psicosocial. Ells es refereixen a aquelles accions que van encaminades a una

*"atenció integral"*, que te en compte les necessitats psicològiques i socials que comporta la malaltia (vegeu també dimensió efectivitat i adequació):

- Atenció/ implicació de la família. Es comenta que la família, si no té problemes, pot ser un suport i els professionals ho han de tenir en compte.

- Es considera important que hi hagi associacions de pacients vinculades a les unitats hospitalàries segons patologies i que des de l'hospital se n'informi, recomanar associacions per ampliar informació i donar suport als pacients (suport emocional, educació sanitària, millorar adherència a tractaments...).

- Que l'hospital ofereixi un acompanyament al final de la vida per al pacient i la família.

**Competència professional**

(SENSACIÓ DE L'USUARI)

No s'han fet aportacions.

8 punts

**Continuïtat**

S'ha parlat de la coordinació i la continuïtat a dos nivells:

**assistencial i**

Dins el mateix hospital:

**coordinació**

- Cal evitar tant com es pugui els desplaçaments dins l'hospital per fer proves. *"Quan et trobes malament, no pot ser que et passegin amunt i avall per l'hospital, caldria fer les proves —analítiques, escàners, endoscòpies...— de manera coordinada".* A més, s'agraeix saber que dins del propi hospital es poden fer interconsultes.

5 punts

Entre l'hospital i altres serveis:

- Coordinació amb el CAP; facilitar enllaços, suport i serveis que es podrien necessitar al moment de deixar l'hospital. *"Necessitem tenir clar què haurem de fer, què és el que podem esperar, què hem de fer si sorgeixen complicacions o no ens trobem bé, a qui ens hauríem de dirigir si això passa, on podem demanar informació, de què no hem de fer cas..."*

**Fidelitat**

No s'han fet aportacions.

0 punts

**Aspectes ètics**

Els aspectes ètics han aparegut des de dues vessants:

4 punts

La Confidencialitat, el fet que la informació no sigui accessible a tothom o no es digui on no toca. I el compliment de la Llei Orgànica de Protecció de Dades.

La confidencialitat apareix també com una qüestió de mala praxis. (Vegeu apartat *Seguretat del pacient*)

- El tracte de respecte a la persona i a la seva intimitat per part dels professionals: que no et tractin com una criatura de tres anys, que no et facin una higiene amb la porta oberta o l'obrin en aquell moment, possibilitat d'una habitació individual quan s'apropa la mort, espai adequat perquè la família pugui acompanyar la persona malalta en la fase terminal.

Aquest tracte de respecte també inclouria el fet d'identificar si cal donar la informació a la persona malalta o a la família.

(vegeu també la qüestió de la integritat del professional i de la direcció en l'apartat RRHH)

**Participació**

Hi ha diferents aportacions en aquest nou apartat:

11 punts

- Participació en les decisions clíniques: "*Que t'informin i que puguis participar en les decisions del que et faran. La medicina no és una ciència exacta i, de vegades, hi ha alternatives en què els pacients podem escollir*".

- En aquest sentit es creu que la possibilitat d'escollir s'hauria de contemplar en els protocols.

- El consentiment informat seria un cas de participació en la presa de decisions que no s'està fent correctament? Seria important que el CI fos conseqüència d'un diàleg amb el metge.

- Participació en l'avaluació de la qualitat dels serveis

- Facilitar formació als familiars i els pacients que ho desitgen per poder tenir una actitud activa i responsable tant en el procés de curació com en la presa de decisions.



## ANNEX G. Definició, fórmula, signe, font d'informació i pes dels indicadors individuals finals per avaluar la qualitat assistencial hospitalària.

### Dimensió d'Efectivitat clínica i adequació

I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ECA <sub>1</sub>	Mortalitat hospitalària per patologies seleccionades (a l'alta i a 30 dies)	Negatiu	Percentatge de mortalitat durant l'ingrés en els hospitals del SISCAT per les patologies seleccionades. La mortalitat a l'alta inclou la mortalitat durant l'ingrés i els 30 dies posteriors a l'alta.	$\frac{\text{Nombre de pacients que van morir en el decurs de l'ingrés hospitalari o durant l'ingrés o els 30 dies posteriors a l'alta per patologies seleccionades}}{\text{Nombre de pacients ingressats per les patologies seleccionades}} \times 100$	MSIQ	7,46
ECA <sub>2</sub>	Reingressos per patologies seleccionades	Negatiu	Percentatge de pacients que reingressen en els 30 dies següents des del primer ingrés per determinades patologies en els hospitals del SISCAT.	$\frac{\text{Nombre de pacients donats d'alta per patologies seleccionades que reingressen en els 30 dies següents a l'alta}}{\text{Nombre de pacients donats d'alta per les patologies seleccionades}} \times 100$	MSIQ	6,79
ECA <sub>3</sub>	Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions	Negatiu	Percentatge de defuncions en els pacients que han desenvolupat determinades complicacions en relació al total d'ingressos quirúrgics.	$\frac{\text{Nombre de morts dels pacients amb un codi de complicació potencial}}{\text{Nombre d'hospitalitzacions quirúrgiques}} \times 100$	MSIQ	7,98
ECA <sub>4</sub>	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	Negatiu	Percentatge de defuncions observades en Grups Relacionats amb el Diagnòstic (GRD) de baixa mortalitat sobre el total d'altres.	$\frac{\text{Nombre de defuncions de les hospitalitzacions d'un GRD de baixa mortalitat}}{\text{Nombre d'hospitalitzacions mèdiques i quirúrgiques}} \times 100$	MSIQ	8,43

$I_j$	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ECA <sub>5</sub>	Pacients amb codi infart atesos en menys de 120 minuts (ECG-baló)	Positiu	Percentatge de pacients inclosos en el codi infart que han accedit a angioplàstia primària en menys de 120 minuts a partir del moment de la realització de l'electrocardiograma (ECG).	$(\text{Pacients amb codi infart amb menys de 120 minuts entre ECG i baló} / \text{Pacients amb codi infart}) \times 100$	Central de Resultats	7,73
ECA <sub>6</sub>	Temps entrada sala-baló de pacients amb codi infart	Negatiu	Mediana de temps transcorregut (en minuts) entre el moment d'entrada a la sala d'hemodinàmica i la realització de l'angioplàstia primària en pacients inclosos al codi infart.	Mediana (temps realització angioplàstia primària – temps entrada sala d'hemodinàmica)	Central de Resultats	7,73
ECA <sub>7</sub>	Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa per ictus isquèmic	Negatiu	Mediana de temps transcorregut (en minuts) entre el moment d'arribada al centre hospitalari i l'aplicació del tractament trombolític en pacients amb ictus isquèmic inclosos al codi ictus.	Mediana (temps aplicació tractament trombolític – temps arribada a l'hospital)	Central de Resultats	7,73
ECA <sub>8</sub>	IQF: Indicador "Selecció"	Positiu	Percentatge d'utilització de fàrmacs recomanats.	$(\text{Nombre d'envasos de fàrmacs recomanats utilitzats} / \text{Nombre total d'envasos de medicaments prescrits}) \times 100$	Farmàcia	8,01
ECA <sub>9</sub>	IQF: Indicador "Ús racional de nous medicaments"	Negatiu	Percentatge de medicaments prescrits amb alternatives terapèutiques més adequades (categoria C), o amb informació comparativa no conclouent (categoria D), segons els informes d'avaluació publicats pel programa d'harmonització farmacoterapèutica de medicaments en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària del Servei Català de la Salut (PHF-APC).	$(\text{Nombre d'envasos de nous medicaments amb alternatives més adequades (categoria C) o amb informació comparativa no conclouent (categoria D)} / \text{Nombre total d'envasos de medicaments prescrits}) \times 100$	Farmàcia	7,30



I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ECA <sub>10</sub>	Hemorràgia o hematoma postoperatori	Negatiu	Percentatge de pacients amb una hemorràgia o hematoma postoperatori.	(Nombre de pacients que han sofert una hemorràgia o un hematoma postoperatori / Tots els pacients hospitalaris quirúrgics) x 100	MSIQ	7,86
ECA <sub>11</sub>	Insuficiència respiratòria postoperatoria	Negatiu	Percentatge de pacients amb insuficiència respiratòria postoperatoria.	(Nombre de pacients que han patit una insuficiència respiratòria postoperatoria / Tots els pacients hospitalaris quirúrgics) x 100	MSIQ	7,86
ECA <sub>12</sub>	Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris	Negatiu	Percentatge de pacients amb un embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris.	(Nombre de pacients que han patit un embolisme pulmonar postquirúrgic o una trombosi venosa profunda postquirúrgica / Tots els pacients hospitalaris quirúrgics) x 100	MSIQ	7,86



## ANNEX G (cont.). Definició, fórmula, signe, font d'informació i pes dels indicadors individuals finals per avaluar la qualitat assistencial hospitalària.

### Dimensió d'Eficiència i sostenibilitat

I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ES <sub>1</sub>	Rendibilitat dels ingressos d'exploració	Positiu	Resultat d'exploració respecte als ingressos d'exploració.	$(\text{Resultats d'exploració} / \text{Ingressos d'exploració}) \times 100$	Central de Resultats	6,90
ES <sub>2</sub>	Cash-flow generat	Positiu	Recursos generats en relació als ingressos per prestació de serveis assistencials.	$[(\text{Resultat d'exploració} + \text{Dotació a l'amortització} - \text{subvencions} - \text{Donacions i llegats de capital transferits al resultat de l'exercici}) / \text{Import net de la xifra de facturació}] \times 100$	Central de Resultats	7,02
ES <sub>3</sub>	Solvència	Positiu	Valor de l'actiu en relació als deutes amb tercers a la data de tancament de l'exercici.	$[\text{Actiu total} / \text{Passiu corrent} + \text{Passiu no corrent}] \times 100$	Central de Resultats	6,98
ES <sub>4</sub>	Cost estimat per UME assistencial	Negatiu	Despeses (€) d'exploració en les que incorren les UME assistencials.	$(\text{Despeses (€) d'exploració} - \text{Ingressos assistencials de l'activitat no traduïda a UME} - \text{Consum de farmàcia per MHDA}) / \text{UME assistencials}$	Central de Resultats	6,98



I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ES <sub>5</sub>	Cost anual per pacient en MHDA: Antiretrovirals per VIH	Negatiu	Cost mitjà (€) anual per pacient en tractament amb antiretrovirals per VIH de dispensació ambulatoria.	Cost (€) d'antiretrovirals per VIH facturats / Nombre de pacients ambulatoris anuals en tractament amb antiretrovirals per VIH	Farmàcia	6,85
ES <sub>6</sub>	Cost anual per pacient en MHDA: Immunosupressors biològics	Negatiu	Cost mitjà (€) anual per pacient en tractament amb immunosupressors biològics de dispensació ambulatoria.	Cost (€) d'immunosupressors biològics facturats / Nombre de pacients ambulatoris anuals en tractament amb immunosupressors biològics	Farmàcia	6,85
ES <sub>7</sub>	Raó de funcionament estàndard	Negatiu	Relació entre l'estada mitjana observada i l'estada mitjana esperada segons l'estàndard.	Estada mitjana depurada de les altes de l'hospital / Estada mitjana esperada de l'hospital segons l'estàndard per a cada GRD	Central de Resultats	7,24
ES <sub>8</sub>	Cirurgia Major Ambulatoria	Positiu	Percentatge d'hospitalitzacions de cirurgia major ambulatoria (CMA) respecte al total d'hospitalitzacions (convencional i CMA), amb un GRD quirúrgic.	(Nombre d'hospitalitzacions de CMA amb un GRD quirúrgic / Nombre d'hospitalitzacions (HC i CMA) amb un GRD quirúrgic) x 100	Central de Resultats	7,48

## ANNEX G (cont.). Definició, fórmula, signe, font d'informació i pes dels indicadors individuals finals per avaluar la qualitat assistencial hospitalària.

### Dimensió de Seguretat del pacient

I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
SP <sub>1</sub>	Úlceres per pressió	Negatiu	Proporció de pacients que presenten úlceres per pressió desenvolupades durant l'ingrés hospitalari.	(Nombre de pacients ingressats amb un codi d'úlceres de pressió en qualsevol camp de diagnòstic secundari / Total d'altres hospitalàries) X 100	MSIQ	8,19
SP <sub>2</sub>	Bacterièmia de catèter vascular venós	Negatiu	Taxa d'episodis de bacterièmia relacionada amb l'ús de catèters venosos ajustada per 1.000 estades hospitalàries durant el temps d'estudi, segons la metodologia referida en el manual actualitzat del Programa VINCat.	(Nombre d'episodis de bacterièmia de catèter venós durant el temps d'estudi / Total d'estades hospitalàries durant el temps d'estudi) x 1.000	Central de Resultats	8,47
SP <sub>3</sub>	Bacterièmia de catèter venós central associada a la nutrició parenteral	Negatiu	Taxa d'episodis de bacterièmia relacionada amb l'ús de catèters venosos centrals utilitzats per a l'administració de la nutrició parenteral ajustada per 1.000 dies d'ús del catèter, segons la metodologia referida en el manual actualitzat del Programa VINCat.	(Nombre d'episodis de bacterièmia per nutrició parenteral / Total de dies d'utilització del catèter per a la nutrició parenteral) x 1.000	Central de Resultats	8,47



I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
SP <sub>4</sub>	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de còlon	Negatiu	Percentatge de pacients que desenvolupen una infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai relacionada amb una intervenció d'una cirurgia electiva de còlon sobre el total de pacients intervinguts d'aquesta mateixa cirurgia.	$(\text{Nombre de pacients amb infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai relacionada amb cirurgia electiva de còlon} / \text{Nombre de pacients intervinguts amb cirurgia electiva de còlon}) \times 100$	Central de Resultats	8,41
SP <sub>5</sub>	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de recte	Negatiu	Percentatge de pacients que desenvolupen una infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai relacionada amb una intervenció d'una cirurgia electiva de recte sobre el total de pacients intervinguts d'aquesta mateixa cirurgia.	$(\text{Nombre de pacients amb infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai relacionada amb cirurgia electiva de recte} / \text{Nombre de pacients intervinguts amb cirurgia electiva de recte}) \times 100$	Central de Resultats	8,41
SP <sub>6</sub>	Pneumònia associada a ventilació mecànica	Negatiu	Incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica a les UCI.	$(\text{Nombre d'episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica} / \text{Total de dies de ventilació mecànica}) \times 1.000$	VINCat	8,37
SP <sub>7</sub>	Punció o laceració accidental	Negatiu	Percentatge de pacients que han patit una punció o laceració accidental durant l'ingrés hospitalari.	$(\text{Nombre de pacients que han patit una punció o laceració accidental durant l'ingrés hospitalari} / \text{Tots els pacients hospitalaris mèdics o quirúrgics}) \times 100$	MSIQ	8,35



$I_j$	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
SP <sub>8</sub>	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	Positiu	Percentatge de pacients intervinguts de cirurgia programada als quals s'ha aplicat la llista de verificació de seguretat quirúrgica (LVSQ).	$\frac{\text{Nombre total de pacients intervinguts de cirurgia programada als quals s'ha aplicat la llista de verificació de seguretat quirúrgica (LVSQ)}}{\text{Nombre total de pacients intervinguts de cirurgia programada}} \times 100$	Seguretat	8,37
SP <sub>9</sub>	Caigudes en pacients hospitalitzats	Negatiu	Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats.	$\frac{\text{Nombre total de caigudes en pacients hospitalitzats}}{\text{Nombre total d'estades}} \times 1.000$	Seguretat	8,09

## ANNEX G (cont.). Definició, fórmula, signe, font d'informació i pes dels indicadors individuals finals per avaluar la qualitat assistencial hospitalària.

### Dimensió d'Atenció centrada en la ciutadania

I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ACC <sub>1</sub>	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits intervinguts	Negatiu	Temps mitjà d'espera (en dies) dels pacients intervinguts per qualsevol procediment quirúrgic garantit i no garantit.		Llistes d'espera	7,13
ACC <sub>2</sub>	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits pendents d'intervenció	Negatiu	Temps mitjà d'espera (en dies) dels pacients pendents d'intervenció quirúrgica per qualsevol procediment quirúrgic garantit i no garantit.		Llistes d'espera	7,13
ACC <sub>3</sub>	Índex de reclamacions en l'hospitalització d'aguts per contacte	Negatiu	Nombre de reclamacions en l'hospitalització d'aguts presentades per contacte (per 1.000 contactes).	$(\text{Nombre d'expedients de reclamacions en l'hospitalització d'aguts} / \text{Nombre de contactes d'hospitalització d'aguts}) \times 1.000$	Reclamacions	7,92
ACC <sub>4</sub>	Tracte i relació personal del metge i les infermeres	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament el tracte i relació personal que han rebut del personal sanitari durant l'estada a l'hospital.	$(\text{Nombre de pacients que han valorat positivament el tracte i la relació personal que han rebut del personal sanitari durant l'estada a l'hospital} / \text{Nombre total d'enquestats}) \times 100$	PLAENSA Pregunta 7 + Pregunta 8 HOSPITAL	8,24



I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ACC <sub>5</sub>	Competència professional	Positiu	Percentatge de pacients que afirmen haver-se sentit en bones mans durant l'estada a l'hospital.	(Nombre de pacients que han afirmat haver-se sentit en bones mans durant l'estada a l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 16 HOSPITAL	8,50
ACC <sub>6</sub>	Continuïtat assistencial	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament les explicacions rebudes quan van marxar de l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament les explicacions rebudes quan van marxar de l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 21 HOSPITAL	8,30
ACC <sub>7</sub>	Organització/coordinació	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament el funcionament de l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament el funcionament de l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 22 HOSPITAL	8,16
ACC <sub>8</sub>	Satisfacció global dels usuaris	Positiu	Puntuació mitjana de les enquestes de satisfacció de les persones usuàries dels serveis d'atenció hospitalària amb internament oferts pel CatSalut. Puntuació de 0 a 10 punts.	Sumatori de les puntuacions obtingudes sobre satisfacció global pels usuaris dels serveis d'atenció hospitalària amb internament / Nombre d'enquestats	PLAENSA Pregunta 101 HOSPITAL	7,84



I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ACC <sub>9</sub>	Informació rebuda durant l'estada a l'hospital	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament la informació rebuda sobre la seva malaltia durant l'estada a l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament la informació rebuda sobre la seva malaltia durant l'estada a l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 11 HOSPITAL	8,16
ACC <sub>10</sub>	Consentiment informat	Positiu	Percentatge de pacients a qui s'ha demanat consentiment informat abans de fer-li una prova o operació.	(Nombre de pacients a qui s'ha demanat consentiment informat abans de fer-li una prova o operació / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 15 HOSPITAL	8,48
ACC <sub>11</sub>	Ajuda a controlar o millorar el dolor	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament el tractament que han rebut per controlar o millorar el dolor (en cas d'haver sentit dolor) durant l'estada a l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament el tractament que han rebut per controlar o millorar el dolor durant l'estada a l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 19 HOSPITAL	7,92
ACC <sub>12</sub>	Accessibilitat percebuda / Temps d'espera a urgències	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament l'accessibilitat a urgències a través del temps d'espera a la sala d'urgències fins a veure al metge.	(Nombre de pacients que han valorat positivament l'accessibilitat a urgències a través del temps d'espera a la sala d'urgències fins a veure al metge / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 7 URGÈNCIES	7,64





I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ACC <sub>13</sub>	Accessibilitat percebuda / Temps a la llista d'espera	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament l'accessibilitat als serveis disponibles a través del temps d'espera fins al seu ingrés a l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament l'accessibilitat als serveis disponibles a través del temps d'espera fins al seu ingrés a l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 1 HOSPITAL	7,64
ACC <sub>14</sub>	Informació rebuda durant l'estada a urgències	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament la informació rebuda de la seva malaltia durant l'estada a urgències.	(Nombre de pacients que han valorat positivament la informació rebuda de la seva malaltia durant l'estada a urgències / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 20 URGÈNCIES	8,16
ACC <sub>15</sub>	Intimitat del pacient	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament el respecte a la seva intimitat percebuda durant l'estada a l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament el respecte a la seva intimitat percebuda durant l'estada a l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 18 HOSPITAL	7,92



I <sub>j</sub>	Indicador individual	Signe	Definició	Fórmula	Font d'informació	Pes indicador
ACC <sub>16</sub>	Confidencialitat	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament la confidencialitat amb què s'ha tractat la informació de la seva malaltia durant l'estada a urgències.	(Nombre de pacients que han valorat positivament la confidencialitat amb què s'ha tractat la informació de la seva malaltia durant l'estada a urgències / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 21 URGÈNCIES	7,92
ACC <sub>17</sub>	Suport i atenció psicosocial	Positiu	Percentatge de pacients que valoren positivament la disposició del personal sanitari que els va atendre per escoltar-lo i fer-se càrrec del que l'amoinava de la seva salut durant l'estada a l'hospital.	(Nombre de pacients que han valorat positivament la disposició del personal sanitari que els va atendre per escoltar-lo i fer-se càrrec del que l'amoinava de la seva salut durant l'estada a l'hospital / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 13 HOSPITAL	7,60
ACC <sub>18</sub>	Poder donar la seva opinió	Positiu	Percentatge de pacients que afirmen haver pogut participar en el seu procés assistencial donant la seva opinió.	(Nombre de pacients que afirmen haver pogut participar en el seu procés assistencial donant la seva opinió / Nombre total d'enquestats) x 100	PLAENSA Pregunta 14 HOSPITAL	7,92

# Abreviacions

AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluacions Sanitàries de Catalunya
DGORS	Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària
CMA	Cirurgia Major Ambulatoria
CT	Comissió tècnica
ECG	Electrocardiograma
GPSI	<i>Goal Programming Synthetic Indicator</i>
HC	<i>Health Consensus</i>
IQF	Índex de Qualitat de la prescripció Farmacèutica
MHDA	Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria
MSIQ	Mòduls per al Seguiment d'Indicadors de Qualitat
OMS	Organització Mundial de la Salut
PATH	<i>Program for Appropriate Technology in Health</i>
PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
UME	Unitat de Mesura Estandarditzada
VINCat	Vigilància de les Infeccions Nosocomials als hospitals de Catalunya

# Bibliografia

2012 Hospital guide methodology documents. London (United Kingdom): Dr. Foster. Disponible a: <https://drfoster.com/>

AHRQ-Quality Indicators. Safety Indicators Technical Specifications Updates - Version 5.0, March 2015. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. US Department of Health & Human [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.qualityindicators.ahrq.gov/Archive/PSI\\_TechSpec\\_ICD9\\_v50.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Archive/PSI_TechSpec_ICD9_v50.aspx)

AHRQ-Quality Indicators. Inpatient Quality Indicators Overview. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. US Department of Health & Human. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi\\_resources.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_resources.aspx)

Atenció hospitalària RSB. Barcelona Observatori de Tendències de Serveis de Salut. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [consulta 10 agost 2013]. Disponible a: [www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir296/index.html](http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir296/index.html)

Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). Australasian Clinical Indicator Report 2004–2011: 13th edition. Sydney NSW (Australia): ACHS; 2012.

Blancas FJ, Caballero R, González M, Lozano-Oyola M, Pérez F. Goal programming synthetic indicators: An application for sustainable tourism in Andalusian coastal counties. Ecol Econ. 2010;69(11):2158-72.

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH. Düsseldorf (Germany). [consulta 7 agost 2013]. Disponible a: [www.bqs.de](http://www.bqs.de)

Canadian Institute for Health Information. Ottawa (Canada). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)

Chassin MR, Loeb JM, Schmalz SP, Wachter RM. Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. N Engl J Med. 2010;363(7):683-8.

Coordination de la Mesure de la Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière. Paris (France): Haute Autorité de Santé. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Diaz-Balteiro L, Romero C. Sustainability of forest management plans: a discrete goal programming approach. J Environ Manage. 2004;71(4):351-9.

EFQM Excellence Award 2012. Memoria del Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao (Vizcaya): Hospital Galdakao. Osakidetza; 2012 [consulta 7 agost 2013]. Disponible a: [www.osakidetza.euskadi.net](http://www.osakidetza.euskadi.net)

Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris (France): Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Publishing; 2011. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

Health Interventions. Health Services. ECHIM Products website, version 1.3, February 2011, ECHIM project. European Community Health Indicators Monitoring. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.healthindicators.eu/healthindicators/object\\_class/echishort\\_echim\\_health\\_systems.html](http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_class/echishort_echim_health_systems.html)

Health Quality & Safety Commission (HQSC). Developing our health quality and safety indicators. Wellington (New Zealand): HQSC; 2012. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/HQSI-Feedback-and-Engagement-document-July12-web.pdf](http://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/HQSI-Feedback-and-Engagement-document-July12-web.pdf)

Hospital Quality Initiative. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services]. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/33\\_HospitalQualityAlliance.asp](http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/33_HospitalQualityAlliance.asp)

Hospital quality data: CMS needs more rigorous methods to ensure reliability of publicly released data. Washington, DC: Government Accountability Office; January 2006. [consulta 7 agost 2013]. Disponible a: [www.gao.gov/new.items/d0654.pdf](http://www.gao.gov/new.items/d0654.pdf)

IASIST. Hospitales TOP 20. Metodología y Resultados. Barcelona: IASIST; 2012. [consulta 7 agost 2013]. Disponible a:

[www.iasist.com/archivos/top20-2012-metodologia-resultados\\_161215231642.pdf](http://www.iasist.com/archivos/top20-2012-metodologia-resultados_161215231642.pdf)

Instituto de Información Sanitaria. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: <http://inclasns.msssi.es>

International Quality Indicator Project. Hamburg (Germany): EPOS. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: <http://www.epos-bq.de>

Lee KY, Loeb JM, Nadzam DM, Hanold LS. An overview of the Joint Commission's ORYX initiative and proposed statistical methods. Health Serv Outcomes Res Methodol. 2000;1:63-73.

Maryland Quality Indicator Project. Disponible a: [www.wha.org/marylandQIP.aspx](http://www.wha.org/marylandQIP.aspx)

Medicare modernization update. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Service. [consulta 7 agost 2013]. Disponible a: [www.cms.hhs.gov/MMAUpdate/](http://www.cms.hhs.gov/MMAUpdate/)

Ministerio de Sanidad. Madrid: Gobierno de España. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.mscbs.gob.es](http://www.mscbs.gob.es)

NQF-endorsed standards. Washington, DC: National Quality Forum. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.qualityforum.org/Measures\\_List.aspx](http://www.qualityforum.org/Measures_List.aspx)

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: <http://observatorisalut.gencat.cat>

Olmsted MG, Geisen E, Murphy J, Bell D, Morley M, Stanley M. Methodology: U.S. News & World Report Best Hospitals 2014-15. U.S. News & World Report. USA: U.S. News & World Report, L.P.; 2014. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.usnews.com/pubfiles/BH\\_2014\\_Methodology\\_Report\\_Final\\_Jul14.pdf](http://www.usnews.com/pubfiles/BH_2014_Methodology_Report_Final_Jul14.pdf)

Ontario Hospital Association. Strategic Indicators Report. Ontario Hospital Association; 2011. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.oha.com](http://www.oha.com)

Peterson ED, DeLong ER, Masoudi FA, O'Brien SM, Peterson PN, Rumsfeld JS, et al; ACCF/AHA Task Force on Performance Measures, Goff DC Jr, Grady K, Green LA, Jenkins KJ, Loth A, Radford MJ. ACCF/AHA 2010 Position Statement on Composite Measures for Healthcare Performance Assessment: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to develop a position statement on composite measures). Circulation. 2010;121(15):1780-91.

QualityNet. Hospital Inpatient Quality Reporting (IQR) Program Measures (Calendar Year 2013 Discharges). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.qualitynet.org](http://www.qualitynet.org)

Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. J Hosp Med. 2011;6(8):454-61.

Scottish Executive. National Theatres Project Final Report. Edinburgh (Scotland, United Kingdom); Scottish Executive; 2006. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Indicators/National-Benchmarking-Project/National-Theatres-Project/Docs/Final-Report.pdf>

Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: SECA; 2011. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf)

The Joint Commission. 2009 ORYX performance measure reporting requirements for hospitals and guidelines for measure selections. The Joint Commission: Washington DC (USA). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

The Joint Commission. Performance measurement initiatives. The Joint Commission: Washington DC (USA). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

The Joint Commission. Improving America's hospitals: the Joint Commission's annual report on quality and safety. 2009. The Joint Commission: Washington DC (USA). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

The Joint Commission. Listed systems supporting core measures. The Joint Commission: Washington DC (USA). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

The Joint Commission. Specifications manual for national hospital quality measures [Internet]; 2009. The Joint Commission: Washington DC (USA). [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

Westert GP, van den Berg MJ, Zwakhals SLN, de Jong JD, Verkl H. Dutch Health Care Performance Report 2010. Bilthoven (The Netherlands): Centre for Prevention and Health Services Research. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2010. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: [www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260602006.pdf](http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260602006.pdf)

Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002–2004. N Engl J Med. 2005;353:255-64.

World Health Organization. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2007. [consulta 7 agost 2020]. Disponible a: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107808>



Generem coneixement per a la presa de decisions