

TOP 20 2009

CONTENIDOS

Gestión hospitalaria global
Área del Sistema Nervioso
Área de Respiratorio
Área de Corazón
Área de Cirugía Digestiva
Área de Traumatología y Ortopedia
Área de la Mujer

Este año se celebra el décimo aniversario del programa Hospitales TOP 20 que, a lo largo de este tiempo, ha contribuido al impulso de la cultura de evaluación entre los profesionales y gestores sanitarios, visualizando, de este modo, el aumento de la transparencia de los resultados de los hospitales y contribuyendo a fomentar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

La conmemoración de los 10 años del programa Hospitales TOP 20 supone la consolidación de un proyecto que se alinea con varios de los objetivos del Plan de calidad del SNS. Es un programa que impulsa la excelencia clínica de los hospitales, al reconocer aquellos que obtienen los mejores resultados en los indicadores que valora el TOP 20.

Estos indicadores, que si bien no abarcan todo el espectro de evaluación posible tal y como reconocen los organizadores, son fundamentales al evaluar la gestión integral de los hospitales de nuestro país. El reconocimiento al trabajo bien hecho es un estímulo para la mejora.

La identificación y el reconocimiento de las mejores prácticas de los hospitales, independientemente del territorio donde prestan su servicio, permite aprovechar las experiencias de éxito que existen en el conjunto de nuestra geografía, así como mejorar los servicios sanitarios a todos los ciudadanos de nuestro país, sea cual sea su lugar de residencia o su nivel social, como corresponde a un sistema nacional de salud como el nuestro.

Por ello, agradezco sinceramente a los organizadores de Hospitales TOP 20 su contribución a la mejora del conocimiento de los resultados de nuestros centros desde el año 2000. Del mismo modo, les animo a seguir en este empeño que con toda seguridad favorece el impulso de la excelencia de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Deseo felicitar de manera especial a todos los hospitales que voluntariamente han decidido participar a lo largo de estos años en el TOP 20. Son, sin duda alguna, el alma de esta experiencia. Reciban mi más sincero reconocimiento por su voluntad de evaluarse externamente y aprender de los demás.

Muchas felicidades a todos en este décimo aniversario.

Trinidad Jiménez García-Herrera
Ministra de Sanidad y Política Social

ÍNDICE

<u>02</u> ¿Qué es Hospitales TOP 20?	<u>19</u> HOSPITALES PRIVADOS
<u>03</u> Presentación	<u>19</u> Hospitales privados de tamaño y estructura pequeños
<u>04</u> Metodología	<u>20</u> Hospitales privados de tamaño y estructura mayores
<u>09</u> Hallazgos más relevantes	<u>21</u> BENCHMARKS DE ESPECIALIDADES
<u>11</u> BENCHMARKS EN GESTIÓN HOSPITALARIA GLOBAL	<u>22</u> Área del Sistema Nervioso
<u>12</u> HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	<u>24</u> Área de Respiratorio
<u>13</u> Hospitales generales pequeños	<u>26</u> Área de Corazón
<u>14</u> Hospitales generales medianos	<u>30</u> Área de Cirugía Digestiva
<u>15</u> Grandes hospitales generales	<u>32</u> Área de Traumatología y Ortopedia
<u>16</u> Hospitales con especialidades de referencia	<u>34</u> Área de la Mujer
<u>17</u> Grandes hospitales de referencia regional y nacional	<u>37</u> ANEXO. DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN

TOP . 5%
2008 . 9%
'09 . 3%
50 . 2%
19 . 1%
40 . 4%

¿Qué es Hospitales TOP 20?

El programa Hospitales TOP 20 es una iniciativa dirigida a los hospitales que voluntaria y gratuitamente desean participar en un proceso de valoración objetiva de su labor, basado en los datos cuantitativos disponibles.

Aporta una metodología simple y a la vez rigurosa para identificar los mejores resultados mediante un conjunto de indicadores consolidados en la evaluación de hospitales.

De esta manera, ofrece los patrones Benchmark de mejor práctica al sector hospitalario español y reconoce la labor de los hospitales participantes que presentan mejores resultados en los indicadores utilizados.

CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPACIÓN

	Consecuencias	Implicaciones
Voluntaria	48,5% de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)	Resultados aplicables a los participantes
Anónima	Lista de participantes no publicada	No se facilita información
Gratuita	No impone limitaciones a la participación	No se limita a hospitales con relación comercial con Iasist
Resultados confidenciales	No se publican datos por hospital	No se facilitan datos de hospitales individuales ni de participación
Acceso restringido a los resultados	Sólo el hospital recibe sus resultados	Se publican resultados agregados por nivel de hospitales

Presentación

Mercè Casas

Directora general de Iasist

Dimos la bienvenida al siglo XXI lanzando Hospitales TOP 20 en un entorno muy incipiente de desarrollo de una nueva cultura de toma de decisiones basadas en el conocimiento y de una notable ausencia de información pública de resultados de los servicios de salud, pero convencidos de que estos debían ser aspectos clave de la nueva centuria, como así ha sido bajo la formulación de la sociedad del conocimiento. Iasist tenía como bagaje nueve años de trabajo en el campo de la información y el benchmarking en salud y el tesoro de contar con la confianza de más de 100 hospitales. Iniciamos Hospitales TOP 20 con dos objetivos fundamentales: ofrecer datos de los resultados de los hospitales -hasta el momento inexistentes- y contribuir al avance de una nueva cultura de la gestión basada en la evidencia, la transparencia y la difusión de resultados. Esta iniciativa fue bien aceptada por un sector celoso de la propia información al fundamentarse en principios claros como la participación voluntaria, la no elaboración de rankings y la confidencialidad de los resultados individuales.

El camino que hoy todavía queda por recorrer es considerable. En cuanto a la cultura de transparencia, el rendimiento de cuentas y la gestión basada en el análisis no han avanzado como en otros países próximos y todavía no son mayoría los gestores y médicos que consideran la evaluación objetiva de resultados como una necesidad básica para su toma de decisiones, del mismo modo que tampoco hay políticas activas en este sentido. Dos ejemplos lo dejan claro: la falta de iniciativas similares y la falta de mayor participación de los centros en el programa Hospitales TOP 20. Aunque esta participación no sea masiva, los 276 hospitales que han acudido a lo largo de 10 años son la mejor muestra de su validez y del interés de muchos por la evaluación como base para la mejora de las organizaciones.

Durante estos años hay que destacar el crecimiento de los datos de salud y de la calidad de los mismos gracias a las inversiones en sistemas de información, aunque su potencial para la evaluación y la gestión es poco utilizado actualmente. La presente edición introduce cambios importantes, concentrándose más en la evaluación de los resultados del tratamiento de los pacientes, que dependen directamente de los hospitales, y menos en aspectos condicionados por las decisiones normativas externas. Este nuevo enfoque se concreta en la valoración de procesos clínicos específicos de gran relevancia con un mayor interés para los profesionales y los ciudadanos. Hemos de agradecer el apoyo de los miembros de las comisiones Asesora y Científica, así como de las sociedades científicas y los profesionales que nos han ayudado a afrontar este reto, si bien cualquier error o insuficiencia se nos podrá atribuir a nosotros.

Al celebrar el décimo aniversario de Hospitales TOP 20 deseamos expresar nuestro agradecimiento a los hospitales que lo han hecho posible y animar al resto a participar en las ediciones futuras, mientras esperamos ilusionados que sea factible ampliar el programa a la atención primaria y a las áreas integradas de servicios sanitarios. La situación de crisis económica generalizada es una oportunidad para revalorizar la eficiencia en la obtención de buenos resultados, generar y usar el conocimiento para avanzar hacia la excelencia que todos tenemos como objetivo y rendir cuentas a una ciudadanía que es a la vez financiador y cliente de los servicios de salud.

Metodología

EL UNIVERSO A ESTUDIO

En la décima edición del programa Hospitales TOP 20, que analiza el funcionamiento de los hospitales durante el año 2008, se han incluido 155 centros. De ellos, 126 (81%) son centros del Sistema Nacional de Salud (SNS) y 29 (19%) se dedican mayoritariamente a tratar a pacientes puramente privados o que tienen contratados seguros privados. Los hospitales del SNS que participan en el estudio constituyen el 48,5% del total de centros del SNS contabilizados en 2008.

NÚMERO DE HOSPITALES POR GRUPO

Hospitales generales pequeños	30
Hospitales generales medianos	28
Grandes hospitales generales	26
Hospitales con especialidades de referencia	19
Grandes hospitales de referencia regional y nacional	23
Total SNS	126
Hospitales privados de tamaño y estructura pequeños	16
Hospitales privados de tamaño y estructura mayores	13
Total hospitales privados	29

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Se establecen cinco niveles de hospitales que trabajan para el SNS:

Hospitales generales pequeños

Hospitales con menos de 130 camas.

Hospitales generales medianos

Hospitales con un número de camas comprendido entre 130 y 249, ambos incluidos.

Grandes hospitales generales

Hospitales con un número de camas comprendido entre 250 y 574, ambos

incluidos, sin ninguna de las especialidades de referencia (ver la descripción en el nivel siguiente).

Hospitales con especialidades de referencia

Hospitales con 250 camas o más y la oferta de al menos una de las cuatro especialidades consideradas de referencia y un volumen mínimo de 30 casos por especialidad y año: neurocirugía, cirugía cardíaca, cirugía torácica o trasplantes de órgano sólido.

Grandes hospitales de referencia regional y nacional

Hospitales con 574 camas o más y la oferta de al menos tres de las especialidades consideradas de referencia (ver la descripción en el nivel anterior).

Por otro lado, los hospitales privados siguen clasificándose en dos subgrupos, dependiendo de su tamaño y estructura.

Esta clasificación se utiliza solamente en los benchmarks de gestión hospitalaria global. En las áreas clínicas se utilizan otros criterios para realizar las agrupaciones de hospitales (oferta de determinados servicios especializados, volumen mínimo de casos y/o una simplificación de la anterior clasificación: hospital general u hospital con especialidades de referencia).

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL ESTRUCTURAL Y DE ACTIVIDAD DE LOS NIVELES DE HOSPITALES

En las siguientes tablas se ofrece una descripción de la estructura y los principales parámetros de actividad de cada uno de los niveles de la clasificación utilizada para los centros del SNS y privados.

HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PERFIL DE LOS HOSPITALES INCLUIDOS POR NIVELES (VALORES PROMEDIO)

	Hospitales generales pequeños	Hospitales generales medianos	Grandes hospitales generales	Hospitales con especialidades de referencia	Grandes hospitales de referencia regional y nacional
Estructura					
Camas	82	186	347	519	919
Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	5	7	22	31	28
Residentes de otras especialidades	0	6	37	101	273
Facultativos FTE	80	145	277	369	656
Personal total FTE	392	750	1.463	2.112	4.038
Actividad					
Altas totales	6.872	13.610	22.316	33.975	47.528
Altas de hospitalización	4.131	8.721	15.417	23.109	33.855
Intervenciones de CSI	1.754	2.524	3.608	5.682	7.751
Urgencias	34.524	49.096	91.359	114.347	154.540
Primeras consultas	31.829	52.318	92.980	131.897	186.063
Consultas sucesivas	54.158	97.521	169.899	273.254	402.584
Funcionamiento					
Estancia media bruta (días)	4,9	5,7	6,2	6,2	7,7
Tasa de cirugía sin ingreso bruta (%)	65,9	60,5	63,5	59,3	57,9
Índice de ocupación (%)	74,9	75,3	81,7	84,5	83,0
Presión de urgencias (%)	67,2	68,6	75,4	69,0	63,7
Índice de resolución en consulta externa	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0
Calidad asistencial					
Tasa bruta de mortalidad (%)	3,57	3,18	3,00	2,99	3,21
Tasa bruta de complicaciones (%)	1,99	2,87	3,43	3,31	4,73
Tasa bruta de readmisiones urgentes a 30 días (%)	4,89	4,82	5,41	4,87	4,40
Sepsis postoperatoria (tasa/1.000 altas) ¹	2,6	3,7	2,7	5,5	7,8
Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda (tasa/1.000 altas) ¹	1,1	1,8	3,5	2,4	3,4
Punciones o laceraciones accidentales (tasa/1.000 altas) ¹	1,6	1,3	2,2	1,9	2,9
Coste					
Gastos de explotación (€)	26.927.912	48.313.335	99.259.053	152.805.334	307.943.444

1 Indicadores de seguridad de pacientes de la AHRQ adaptados.

HOSPITALES PRIVADOS. PERFIL DE LOS HOSPITALES INCLUIDOS POR NIVELES (VALORES PROMEDIO)

	Hospitales privados pequeños	Grandes hospitales privados
Estructura		
Camas	71	169
Facultativos FTE	31	45
Personal total FTE	214	446
Actividad		
Altas de hospitalización	3.920	9.512
Intervenciones de CSI	1.659	2.968
Urgencias	22.195	59.036
Funcionamiento		
Estancia media bruta (días)	3,2	4,3
Tasa de cirugía sin ingreso bruta (%)	50,4	56,7
Índice de ocupación (%)	62,9	72,8
Presión de urgencias (%)	44,6	53,29
Calidad asistencial		
Tasa bruta de mortalidad (%)	1,0	1,4
Tasa bruta de complicaciones (%)	1,2	1,4
Tasa bruta de readmisiones urgentes a 30 días (%)	1,6	2,4
Coste		
Gastos de explotación (€)	14.057.496	33.141.403



INDICADORES DE EVALUACIÓN UTILIZADOS

Los indicadores de evaluación utilizados dependen de si se valora la gestión hospitalaria en su globalidad (el origen de Hospitales TOP 20) o cada área clínica de las seis seleccionadas.

Indicadores de evaluación de la gestión hospitalaria global

En esta décima edición se ha realizado una revisión del modelo de evaluación de la gestión general de los hospitales. Se han utilizado ocho indicadores que recogen las dimensiones de calidad asistencial, adecuación de la práctica clínica y eficiencia. Estos ocho indicadores son los siguientes:

Calidad asistencial

- > Índice de mortalidad ajustado por riesgo (IMAR)
- > Índice de complicaciones ajustado por riesgo (ICAR)
- > Índice de readmisiones ajustado por riesgo (IRAR)

Adecuación de la práctica clínica

- > Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado
- > Índice de hospitalizaciones evitables ajustado

Indicadores de eficiencia

- > Índice de estancias ajustado por riesgo.
- > Productividad (unidades de producción¹ /trabajador²)
- > Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)

Como puede observarse se añade un nuevo indicador, el de hospitalizaciones evitables, que mide la variabilidad en los criterios de ingreso de los pacientes en el hospital atribuible al propio hospital.

El índice de eficiencia económica se desglosa en dos indicadores: el coste de aprovisionamientos por UPH, que refleja la eficiencia en la gestión de este capítulo de coste, y el indicador de productividad, que mide la producción del hospital en función de los recursos humanos disponibles sin tener en cuenta el coste de los mismos, ya que depende de las escalas salariales de cada territorio. En la puntuación final de resultados, estos dos parámetros cuentan como un solo indicador. Estos índices se utilizan solamente en los hospitales del SNS. En los hospitales privados continúa utilizándose el coste por unidad de producción ajustado (CUPA), como en ediciones anteriores.

En el anexo se describen con mayor detalle estos indicadores.

En las tablas de resultados se aportan los siguientes indicadores adicionales que no han intervenido en la evaluación: el índice de resolución en consulta externa (ratio número de visitas sucesivas observadas dividido por las esperadas, ajustada por especialidad y nivel hospitalario); la selección de tres indicadores de seguridad de pacientes de la Agency for Health Research Quality (AHRQ) de EEUU en los que pueden realizarse estimaciones robustas por su grado de registro y el volumen de casos.

1 Unidades de producción hospitalaria (UPH).

2 'Full time equivalent'.

Indicadores de evaluación de las áreas clínicas

En la medida en que los procesos estudiados y la metodología lo permiten, se utilizan los indicadores de evaluación de gestión hospitalaria global en cada área clínica, excepto los indicadores de eficiencia económica que no pueden calcularse ya que no es posible disponer de los costes de proceso o paciente en la totalidad de centros.

En el anexo se describen con mayor detalle los indicadores específicos de evaluación de cada área clínica.

MÉTODO DE ORDENACIÓN

Para calcular la posición que ocupa un hospital dentro de cada nivel se suman los valores de cada uno de los indicadores obtenidos por el centro, una vez normalizados dentro de cada grupo.

Todos los indicadores tienen el mismo peso en el cómputo global de la posición del hospital. En la evaluación de la gestión hospitalaria global, los dos indicadores de eficiencia económica (coste de aprovisionamientos/UPH y productividad) cuentan cada uno de ellos un 50% del peso que tienen el resto de indicadores, de forma que la eficiencia económica cuenta de hecho como un solo indicador a efectos de posicionamiento de los hospitales. En algunas áreas clínicas también se han desarrollado indicadores con pesos específicos.

Como criterio restrictivo, valores superiores a 1,50 en los indicadores de calidad asistencial impiden ocupar la posición de TOP.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS Y DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES TOP

En las tablas de resultados de cada nivel de hospitales, los valores Benchmark corresponden a los cuatro hospitales con mejores resultados (excepto en los benchmarks de gestión hospitalaria global de hospitales privados en los que se muestran los resultados de los dos TOP).

Los 24 galardones TOP 20 en gestión hospitalaria se distribuyen alícuotamente entre los siete grupos de hospitales considerados. Se adjudican 20 galardones a los hospitales del SNS (cuatro por nivel) y cuatro a los hospitales privados (dos por nivel).

En las áreas clínicas se adjudican dos galardones TOP por cada nivel y área, de forma que hay cuatro hospitales galardonados en cada área clínica, excepto en el área de corazón y el área de la mujer, en las que se establecen tres niveles con lo que se adjudican seis galardones en cada una de estas dos áreas.

Los hospitales TOP 20 se han ordenado en cada nivel según el número del Catálogo Nacional de Hospitales, no según la posición obtenida.

Hallazgos más relevantes

SOBRE LA GESTIÓN HOSPITALARIA EN SU GLOBALIDAD

Los resultados del grupo de hospitales Benchmark (los TOP) respecto al resto de participantes en las dimensiones, fenómenos e indicadores evaluados en 2008 indican que:

- > Los hospitales del SNS pueden mejorar la adecuación de la práctica clínica de acuerdo con las tendencias actuales reduciendo un 9,6% los ingresos evitables y aumentando un 22% su actividad de cirugía sin ingreso.
- > Los hospitales del SNS pueden ofrecer mayor servicio a los ciudadanos con los mismos recursos mejorando su eficiencia mediante la reducción de las estancias hospitalarias en un 16%, aumentando la productividad por trabajador en un 28% y reduciendo el coste de aprovisionamientos en un 32%.
- > Esta mejora de la adecuación y eficiencia es compatible con unos resultados positivos en calidad asistencial, como demuestra la menor mortalidad, complicaciones y readmisiones ajustadas por riesgo que muestra el grupo Benchmark.
- > En los hospitales privados las conclusiones son similares destacando la capacidad de mejora del 50% en la reducción de ingresos evitables.

SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE SISTEMA NERVIOSO

- > El grupo Benchmark muestra una menor mortalidad en la ECV respecto al resto de hospitales.
- > La neurocirugía en la ECV presenta un 29% menos de complicaciones en el grupo Benchmark.

- > Estos resultados favorables en calidad se acompañan de menores estancias medias y menos readmisiones.

SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE RESPIRATORIO

- > Los hospitales Benchmark de esta área muestran un 29% menos de mortalidad respecto al resto de hospitales.
- > Los centros con cirugía torácica del grupo Benchmark mejoran en más de un 50% las complicaciones en la cirugía de resección pulmonar.
- > Los hospitales Benchmark muestran un menor índice de readmisiones y una menor estancia media.

SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE CORAZÓN

- > Existe una mortalidad entre un 20% y un 40% inferior en el conjunto de procesos de corazón entre el grupo Benchmark y el resto de hospitales.
- > La incorporación de la ACTP primaria en pacientes con IAM es mayor en el grupo Benchmark, con un margen de mejora para el resto de hospitales que oscila entre el 20% y el 40% dependiendo del nivel de hospitales. Los hospitales Benchmark muestran también un 9% menos de complicaciones en ACTP y cirugía cardiaca.
- > Los mejores resultados de calidad se acompañan de una mejor gestión de estancias de estos pacientes, sobre todo en los hospitales generales sin hemodinámica.

SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA DIGESTIVA

- > En los hospitales con cirugía compleja de baja frecuencia (esófago, estómago y páncreas) no se observan diferencias en mortalidad entre los Benchmarks y el resto de hospitales, aunque los primeros muestran un 17% menos de complicaciones al considerar globalmente todos los procesos.
- > Los Benchmarks presentan una tasa de amputaciones rectales menor (16%) y una tasa de gastrectomías totales que dobla la tasa del resto de centros, de acuerdo con la tendencia esperada.
- > Existe margen de mejora en gestión de estancias y cirugía sin ingreso en los dos grupos de hospitales. Este margen es mayor en los hospitales generales sin cirugía compleja de baja frecuencia.

SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

- > Respecto al resto de centros, los hospitales Benchmark muestran una mortalidad inferior en más de un 30% y un índice de complicaciones un 18% menor.
- > Los hospitales Benchmarks presentan mejores resultados en gestión de estancias, readmisiones e implantación de la cirugía sin ingreso. El margen de mejora es más pronunciado en los hospitales generales debido a los resultados muy favorables de los Benchmarks en este nivel.

SOBRE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA DE LA MUJER

- > En los hospitales de referencia no se observan diferencias en cuanto a complicaciones entre los hospitales Benchmark y el resto, mientras que en los hospitales generales el margen de mejora es del 13%.
- > La tasa de cesáreas en los hospitales Benchmark es entre un 27% y un 38% inferior a la del resto de hospitales, dependiendo del nivel hospitalario.
- > La tasa de cirugía radical en la neoplasia de mama es inferior en el grupo Benchmark (un 14% en los hospitales de referencia y un 45% en los hospitales generales).
- > El grupo Benchmark presenta cerca del 68% menos de ingresos parto respectivo al resto de hospitales.
- > Mientras que las tasas de cirugía laparoscópica son inferiores a medida que aumenta el tamaño del hospital, el margen de mejora en la utilización de esta técnica del resto de hospitales respecto al grupo Benchmark es mayor en los centros más pequeños (26%).
- > El grupo Benchmark muestra un índice de readmisiones un 30% menor y una estancia media entre un 8% y un 13% inferior respecto al resto de hospitales.

EN TODOS LOS ÁMBITOS ANALIZADOS LOS HOSPITALES BENCHMARK MUESTRAN QUE PUEDE MEJORARSE LA CALIDAD AUMENTANDO LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD.

10.568
23.672
32.941
71.263

Benchmarks en gestión
hospitalaria global

HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,79	0,97	17,8
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,83	0,93	11,0
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,90	0,99	8,8
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,21	0,99	22,1
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,91	1,01	9,6
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,80	0,96	16,3
Productividad (unidades de producción / trabajador)	37,91	29,63	27,9
Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)	390 €	571 €	31,7

Otros indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de variación
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	4,92	4,60	7,1
Tasa de GRD inválidos (%)	0,2	0,5	-0,4 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,1198	1,0656	5,1

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

LOS 20 HOSPITALES TOP 2009 MUESTRAN MEJORES RESULTADOS DE CALIDAD, CON PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA NOTABLEMENTE MAYORES TRATANDO A PACIENTES MÁS COMPLEJOS, ADEMÁS DE REALIZAR MUCHA MÁS CIRUGÍA AMBULATORIA.

Hospitales generales pequeños

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2000
081000	Hospital de Sant Celoni	Sant Celoni (Barcelona)	2
170118	Hospital de CampdevànoI Comarcal del Ripollès	CampdevànoI (Girona)	2
170176	Hospital Sant Jaume d'Olot	Olot (Girona)	5
300294	Hospital de Molina	Molina de Segura (Murcia)	4

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,83	1,04	20,2
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,68	0,84	19,0
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,73	0,97	24,4
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,23	1,02	21,2
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,77	1,00	23,4
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,80	0,91	11,9
Productividad (unidades de producción / trabajador)	44,03	33,74	30,5
Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)	226 €	360 €	37,2
Otros indicadores			
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	4,61	4,24	8,9
Tasa de GRD inválidos (%)	0,0	0,2	-0,1 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,0097	0,9547	5,8

1 Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

LOS TOP DE ESTE NIVEL SON LOS QUE MUESTRAN LOS MENORES ÍNDICES DE COMPLICACIONES, READMISIONES Y HOSPITALIZACIONES EVITABLES CON LAS MAYORES DIFERENCIAS RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES DEL GRUPO.

Hospitales generales medianos

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2000
080898	Hospital Sant Joan de Déu de Martorell	Martorell (Barcelona)	1
130071	Hospital Santa Bárbara	Puertollano (Ciudad Real)	2
170123	Fundació Salut Empordà	Figueres (Girona)	6
430043	Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	Tarragona	4

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,87	1,09	20,4
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,80	0,97	17,2
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,96	0,93	-3,3
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,25	1,01	23,5
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,88	1,06	17,2
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,78	0,97	19,6
Productividad (unidades de producción / trabajador)	36,47	32,03	13,9
Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)	317 €	421 €	24,7
Otros indicadores			
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	4,56	4,55	0,2
Tasa de GRD inválidos (%)	0,1	0,5	-0,4 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,0124	0,9912	2,1

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

LOS HOSPITALES BENCHMARK DE HOSPITALES GENERALES MEDIANOS MUESTRAN EL MAYOR ÍNDICE DE CIRUGÍA SIN INGRESO DE TODOS LOS NIVELES.

Grandes hospitales generales

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2000
030339	Hospital de Torrevieja	Torrevieja (Alicante)	2
080734	Fundació Hospital Asil de Granollers	Granollers (Barcelona)	5
081326	Consorci Sanitari del Maresme - Hospital de Mataró	Mataró (Barcelona)	7
280894	Hospital de Móstoles	Móstoles (Madrid)	2

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,77	0,90	14,9
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,89	1,03	13,5
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,96	1,03	7,0
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,20	0,98	21,7
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,91	0,99	8,0
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,85	0,98	13,1
Productividad (unidades de producción / trabajador)	39,75	27,78	43,1
Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)	352 €	606 €	42,0
Otros indicadores			
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	5,14	4,90	4,8
Tasa de GRD inválidos (%)	0,1	1,0	-0,9 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,0520	1,0080	4,4

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

EN LOS GRANDES HOSPITALES GENERALES, EL GRUPO BENCHMARK MUESTRA LA MAYOR DIFERENCIA DE PRODUCTIVIDAD DE LA PLANTILLA.

Hospitales con especialidades de referencia

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2000
080958	Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí	Sabadell (Barcelona)	8
081094	Hospital Universitari Mútua Terrassa	Terrassa (Barcelona)	6
250019	Hospital Universitari Arnau de Vilanova	Lleida	2
460351	Hospital de la Ribera	Alzira (Valencia)	6

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,71	0,89	20,5
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,84	0,84	-0,6
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	1,00	1,03	3,1
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,21	0,97	25,0
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	1,08	1,09	1,0
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,73	0,91	20,2
Productividad (unidades de producción / trabajador)	42,68	30,36	40,6
Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)	365 €	656 €	44,4

Otros indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de variación
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	4,78	4,58	4,2
Tasa de GRD inválidos (%)	0,1	0,3	-0,2 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,1478	1,1081	3,6

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

EL GRUPO BENCHMARK MUESTRA LAS MAYORES DIFERENCIAS CON EL RESTO EN GESTIÓN DE CAMAS, INTRODUCCIÓN DE LA CIRUGÍA SIN INGRESO Y COSTE DE APROVISIONAMIENTO, JUNTO CON LOS MENORES ÍNDICES DE MORTALIDAD Y UNA DE LAS MAYORES PRODUCTIVIDADES.

Grandes hospitales de referencia regional y nacional

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2000
080109	Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu-Hospital Clínic de Barcelona	Barcelona	9
080752	Hospital Universitari de Bellvitge	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)	3
081347	Hospital Universitari Vall d'Hebron	Barcelona	6
370016	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Salamanca	6

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,80	0,91	12,2
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,91	0,96	4,8
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,86	0,98	12,6
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,14	0,96	19,0
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,93	0,91	-2,4
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,85	1,02	16,9
Productividad (unidades de producción / trabajador)	26,60	24,23	9,8
Coste de aprovisionamientos por unidad de producción ajustada (€)	690 €	812 €	15,1

Otros indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de variación
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	5,53	4,72	17,2
Tasa de GRD inválidos (%)	0,3	0,5	-0,2 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,3771	1,2658	8,8

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

INCLUSO EN LOS HOSPITALES MÁS ESPECIALIZADOS, LOS BENCHMARK OBTIENEN MEJORES RESULTADOS DE CALIDAD CON MAYOR EFICIENCIA TRATANDO A PACIENTES MÁS COMPLEJOS.



HOSPITALES PRIVADOS

Hospitales privados de tamaño y estructura pequeños

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2001
080305	Clínica Fundació FIATC	Barcelona	2
460137	Grupo Hospitalario Quirón, S.A.	Valencia	4

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,72	0,84	13,7
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,96	0,85	-12,9
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,50	0,79	36,8
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,16	1,04	11,7
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,45	0,94	52,5
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,84	0,93	9,2
Coste por unidad de producción ajustado (€)	1.908 €	2.276 €	16,2

Otros indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de variación
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	2,33	2,96	-21,2
Tasa de GRD inválidos (%)	0,1	4,4	-4,3 ¹
Complejidad			
Peso medio	1,1374	0,9191	23,8

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

LOS HOSPITALES PRIVADOS MENORES TAMBIÉN MUESTRAN VARIABILIDAD, SIENDO EL GRUPO BENCHMARK MÁS EFICIENTE Y PRODUCTIVO, CON MENOR MORTALIDAD Y MENOS READMISIONES TRATANDO A PACIENTES MÁS COMPLEJOS QUE TODO EL RESTO DE HOSPITALES PRIVADOS.

Hospitales privados de tamaño y estructura mayores

LOS TOP 20 DE 2009

CNH	Hospital	Localidad	TOP 20 obtenidos desde el año 2001
080370	Clínica Corachán	Barcelona	1
410114	USP Clínica Sagrado Corazón	Sevilla	1

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

RESULTADOS DE LOS TOP 20 (GRUPO BENCHMARK) RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES

Indicadores TOP 20	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Indicadores de calidad			
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,75	0,95	21,2
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,89	0,96	7,3
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,75	1,08	30,5
Indicadores de adecuación de la práctica clínica			
Índice de sustitución de cirugía sin ingreso ajustado	1,09	1,02	6,9
Índice de hospitalizaciones evitables ajustado	0,50	0,96	48,3
Indicadores de eficiencia			
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,95	1,03	7,7
Coste por unidad de producción ajustado (€)	1.774 €	2.320 €	23,5

Otros indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de variación
Calidad de datos			
Número de diagnósticos por alta	2,70	2,99	-9,7
Tasa de GRD inválidos (%)	0,1	0,4	-0,3 ¹
Complejidad			
Peso medio	0,9041	0,9496	-4,8

¹ Diferencia en puntos porcentuales (valor redondeado).

EL GRUPO BENCHMARK DE LOS HOSPITALES PRIVADOS DE MAYOR TAMAÑO Y ESTRUCTURA MEJORA TODOS LOS RESULTADOS DE CALIDAD, ADECUACIÓN Y EFICIENCIA RESPECTO AL RESTO DE SU NIVEL.

10.568
23.672
32.941
71.263

Benchmarks
de especialidades

Área del Sistema Nervioso

¿QUÉ SE VALORA?

Esta evaluación se basa en dos grupos de patologías, que se tratan de forma diferenciada según se realice o no cirugía:

- > La enfermedad cerebrovascular isquémica (ECV isquémica).
- > La enfermedad cerebrovascular hemorrágica (ECV hemorrágica).

La enfermedad cerebrovascular representa la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física en las personas adultas y la segunda causa de demencia. Según el Plan de atención sanitaria al ictus de la Sociedad Española de Neurología (año 2006), esta enfermedad ocupa el segundo lugar en cuanto a carga de enfermedad en Europa, e indica que el 23% de los años de vida perdidos y el 50% de los años de vida vividos con discapacidad son responsabilidad de las enfermedades cerebrovasculares.

Según las estimaciones efectuadas para el SNS español en el año 2007, la ECV genera más de 90.000 ingresos hospitalarios en España (un 2,4% del total), consumiendo el 3,4% de las estancias totales registradas. El coste estimado de la atención hospitalaria prestada a estos pacientes en el SNS es de 402 millones de euros, con un coste medio por episodio de hospitalización de 4.420 euros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CENTROS Y EPISODIOS

Criterios de exclusión de hospitales

- > Hospitales con menos de 50 casos en ECV isquémica médica y menos de 25 casos de ECV hemorrágica médica.
- > Hospitales excluidos del TOP general por mala calidad de datos.

Criterios de inclusión de episodios

- > Los episodios de hospitalización con al menos un día de estancia en los procesos evaluados.

Criterios de exclusión de episodios

- > Episodios que suceden en pacientes menores de 18 años.
- > Pacientes dados de alta en las unidades de cuidados paliativos o identificados con el código V66.7 de la CIE-9-MC (administración para tratamiento paliativo).
- > Episodios en los que el destino al alta es un traslado a otro hospital de agudos.

LOS TOP DEL ÁREA DEL SISTEMA NERVIOSO TIENEN MENOS MORTALIDAD Y COMPLICACIONES CON MENOR ESTANCIA DE LOS PACIENTES.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUADOS (TOTAL DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO)

Proceso evaluado	Episodios	Tasa de mortalidad (%)	Tasa de complicaciones (%)	Tasa de readmisiones urgentes a 30 días (%)	Estancia media (días)
ECV isquémica médica	27.950	8,9	-	13,30 ¹	9,1
ECV hemorrágica médica	5.590	31,0	-	11,50 ¹	11,4
ECV isquémica quirúrgica	1.521	5,5	11,8	-	13,2
ECV hemorrágica quirúrgica	1.737	20,8	20,3	-	23,0

1 La tasa de readmisiones hace referencia a la ECV médica y quirúrgica conjuntamente.

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Nivel	Hospitales participantes	Criterio	Procesos evaluados
I Hospitales sin neurocirugía	47	50 o más episodios de ECV isquémica médica y más de 24 episodios de ECV hemorrágica médica	ECV isquémica y hemorrágica médica
II Hospitales con neurocirugía	26	50 o más episodios de ECV isquémica médica, más de 24 episodios de ECV isquémica quirúrgica y más de 24 episodios de ECV hemorrágica médica y quirúrgica	ECV isquémica y hemorrágica, médica y quirúrgica

LOS BENCHMARKS DEL ÁREA DEL SISTEMA NERVIOSO

Resultados en los indicadores de evaluación (ver la definición de los indicadores en el anexo)

HOSPITALES DE NIVEL I (HOSPITALES SIN NEUROCIRUGÍA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,83	1,12	26,1
Razón de readmisiones estandarizada	0,96	0,96	-0,3
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,51	0,84	39,4

HOSPITALES DE NIVEL II (HOSPITALES CON NEUROCIRUGÍA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,82	0,96	14,3
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,77	1,08	29,1
Razón de readmisiones estandarizada	0,87	1,03	14,9
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,87	0,95	7,6

HOSPITALES BENCHMARK DEL ÁREA DEL SISTEMA NERVIOSO 2009

CNH	Nivel	Hospital	Localidad
081094	I	Hospital Universitari Mútua Terrassa	Terrassa (Barcelona)
460351	I	Hospital de la Ribera	Alzira (Valencia)
080057	II	Hospitals del Mar i de l'Esperança (IMAS)	Barcelona
150200	II	Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela	Santiago de Compostela (A Coruña)

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

Área de Respiratorio

¿QUÉ SE VALORA?

Esta evaluación se concentra en:

- > Episodios quirúrgicos de hospitalización por neoplasia de tráquea, bronquio y pulmón (NTBP).
- > Episodios de hospitalización motivados por neumonía.
- > Episodios de hospitalización motivados por EPOC e insuficiencia respiratoria.

Los procesos relacionados con las patologías respiratorias generan una elevada carga de hospitalización. Las estimaciones efectuadas para el SNS español en el año 2007 indican que este conjunto de procesos generan más de 150.000 ingresos hospitalarios en España (un 4% del total), consumiendo el 5% de las estancias totales registrada. El coste estimado de la atención hospitalaria prestada a estos pacientes en el SNS es de 562 millones de euros, con un coste medio por episodio de hospitalización de 3.743 euros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CENTROS Y EPISODIOS

Criterios de exclusión de hospitales

- > Hospitales con menos de 100 casos de neumonía y menos de 30 casos de EPOC.
- > Hospitales excluidos del TOP general por mala calidad de datos.

Criterios de inclusión de episodios

- > La selección de episodios se realizó a partir de los diagnósticos y procedimientos CIE-9-MC de estas patologías registrados en el CMBD de hospitalización.

Criterios de exclusión de episodios

- > Episodios que suceden en pacientes menores de 18 años.
- > Episodios en los que consta el diagnóstico de sida.
- > Episodios de paliativos, de hospitalización a domicilio y de hospital de día.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUADOS (TOTAL DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO)

Proceso evaluado	Episodios	Tasa de mortalidad (%)	Tasa de complicaciones (%)	Tasa de readmisiones urgentes a 30 días (%)	Estancia media (días)
Neoplasias de tráquea, bronquio y pulmón con procedimiento de cirugía abierta	1.658	3,96	15,21	-	11,73
Neumonías	37.234	8,37	-	8,44	9,14
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	35.479	4,09	-	14,13	7,71

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Nivel	Hospitales participantes	Criterio	Procesos evaluados
I Hospitales sin cirugía torácica	89	100 o más episodios de neumonía y 30 o más de EPOC	EPOC y neumonía
II Hospitales con cirugía torácica	25	30 o más episodios de neoplasia de tráquea, bronquio y pulmón intervenidos quirúrgicamente (más los criterios del nivel I)	EPOC, neumonía y NTBP intervenida quirúrgicamente

LOS BENCHMARKS DEL ÁREA DE RESPIRATORIO

Resultados en los indicadores de evaluación (ver la definición de los indicadores en el anexo)

HOSPITALES DE NIVEL I (HOSPITALES SIN CIRUGÍA TORÁCICA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,69	0,97	29,1
Índice de readmisiones ajustado por riesgo ¹	0,72	0,90	20,0
Índice de reiteración de ingresos por paciente ajustado ²	0,89	0,99	9,6
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,64	0,90	28,2
Razón de funcionamiento estándar por paciente/año ajustada ²	0,60	0,99	39,7

HOSPITALES DE NIVEL II (HOSPITALES CON CIRUGÍA TORÁCICA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,62	0,84	25,5
Tasa de complicaciones ajustada (%) ³	7,30	16,47	55,7
Índice de readmisiones ajustado por riesgo ¹	0,63	0,88	28,6
Índice de reiteración de ingresos por paciente ajustado ²	0,98	1,00	2,0
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,70	0,83	15,1
Razón de funcionamiento estándar por paciente/año ajustada ²	0,81	1,01	19,3

1 Indicadores calculados para la neumonía y la EPOC.

2 Indicador calculado para la EPOC.

3 Indicador calculado para la NTBP intervenida quirúrgicamente.

LISTA DE HOSPITALES BENCHMARK DEL ÁREA DE RESPIRATORIO 2009

CNH	Nivel	Hospital	Localidad
030339	I	Hospital de Torrevieja	Torrevieja (Alicante)
170118	I	Capio - Fundación Jiménez Díaz	Madrid
081347	II	Hospital Universitari Vall d'Hebron	Barcelona
370016	II	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Salamanca

Los hospitales TOP 20 se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

LOS HOSPITALES TOP DEL ÁREA DE RESPIRATORIO MUESTRAN DIFERENCIAS MUY IMPORTANTES EN CALIDAD Y ESTANCIAS RESPECTO AL RESTO.

Área de Corazón

¿QUÉ SE VALORA?

Esta evaluación se concentra en cinco procesos asistenciales que afectan a tres tipos de patologías cardíacas:

- > Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).
- > Infarto agudo de miocardio (IAM).
- > Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).
- > Bypass aortocoronario (bypass).
- > Arritmias con tratamiento quirúrgico.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en España. Son las responsables de una parte muy importante del coste sanitario, tanto por su tratamiento médico como quirúrgico, y por los costes indirectos debidos a las pérdidas de productividad, la mortalidad prematura y los consecuentes años de vida perdidos, así como las secuelas e incapacidades que estas patologías ocasionan.

Según las estimaciones efectuadas para el SNS español en el año 2007, este conjunto de procesos cardíacos genera más de 191.000 ingresos hospitalarios en España (un 5,1% del total), consumiendo el 6% de las estancias totales registradas. El coste estimado de la atención hospitalaria prestada a estos pacientes en el SNS es de 1.151 millones de euros anuales, con un coste medio por episodio de hospitalización de 6.022 euros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CENTROS Y EPISODIOS

Criterios de exclusión de hospitales

- > Hospitales con menos de 30 casos de ICC e IAM.
- > Hospitales sin servicio de cardiología.
- > Hospitales excluidos del TOP general por mala calidad de datos.

Criterios de inclusión de episodios

- > Los episodios de hospitalización con al menos un día de estancia en los procesos evaluados.

Criterios de exclusión de episodios

- > Episodios que suceden en pacientes menores de 18 años.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUADOS (TOTAL DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO)

Proceso evaluado	Episodios	Tasa de mortalidad (%)	Tasa de complicaciones (%) ³	Tasa de readmisiones urgentes a 30 días (%)	Estancia media (días)
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	39.220	8,1	-	15,9	8,6
Infarto agudo de miocardio (IAM) ¹	10.980	11,6	-	10,4	8,6
Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)	19.917	2,3	8,6	4,9	6,4
Arritmia quirúrgica	6.382	-	4,2	3,8	4,6
Bypass aortocoronario (bypass) ²	4.262	6,6	8,1	5,0	18,5

1 Se tratan conjuntamente los IAM con elevación del ST y sin elevación del ST.

2 Se tratan conjuntamente los bypass con intervención valvular y sin intervención valvular.

3 Las complicaciones se tratan en ACTP, arritmias quirúrgicas y bypass. Para la ACTP solamente se valoran las hemorragias postoperatorias, para el bypass coronario se valoran las hemorragias y las infecciones postoperatorias, y para las arritmias quirúrgicas se valoran todas las complicaciones del modelo general.

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Nivel	Hospitales participantes	Criterio	Procesos evaluados
I Hospitales con cardiología médica	42	30 o más episodios de ICC e IAM y con servicio de cardiología	ICC e IAM
II Hospitales con cardiología intervencionista	16	30 o más episodios de ACTP (más los criterios del nivel I)	ICC, IAM, ACTP y arritmia quirúrgica
III Hospitales con cirugía cardíaca	31	30 o más casos de bypass aortocoronario (más los criterios del nivel II)	ICC, IAM, ACTP, arritmia quirúrgica y bypass aortocoronario

LOS GRUPOS BENCHMARK DEL ÁREA DE CORAZÓN MUESTRAN MEJORAS RESPECTO AL RESTO DE HOSPITALES EN TODOS LOS NIVELES, DESTACANDO IMPORTANTES DIFERENCIAS EN MORTALIDAD Y LA PRÁCTICA DE ACTP PRIMARIA EN EL IAM.

LOS BENCHMARKS DEL ÁREA DE CORAZÓN

Resultados en los indicadores de evaluación (ver la definición de los indicadores en el anexo)

HOSPITALES DE NIVEL I (HOSPITALES CON CARDIOLOGÍA MÉDICA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,63	0,91	31,1
Razón de readmisiones estandarizada	0,95	0,99	4,3
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,74	0,96	23,1

HOSPITALES DE NIVEL II (HOSPITALES CON CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo ¹	0,71	0,97	27,3
Índice de complicaciones ajustado por riesgo ²	0,96	1,06	8,9
Porcentaje de ACTP primaria en los IAM	59,3	49,4	20,2
Razón de readmisiones estandarizada	0,82	1,15	27,5
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,68	0,79	14,1

HOSPITALES DE NIVEL III (HOSPITALES CON CIRUGÍA CARDIACA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo en pacientes médicos ¹	0,70	0,91	22,8
Índice de mortalidad ajustado por riesgo en pacientes quirúrgicos ³	0,59	0,99	39,6
Índice de complicaciones ajustado por riesgo ⁴	0,86	0,95	8,9
Porcentaje de ACTP primaria en los IAM	57,0	40,1	42,3
Porcentaje de bypass con utilización de arteria mamaria interna	87,9	69,7	26,0
Razón de readmisiones estandarizada	0,99	0,96	-3,1
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,78	0,86	9,0

1 Indicadores calculados para la ICC y el IAM.

2 Indicador calculado para hemorragias en ACTP.

3 Indicadores calculados para la ACTP y el bypass.

4 Indicador calculado para hemorragias en ACTP, hemorragias en bypass, infecciones en bypass y arritmia quirúrgica.

LISTA DE HOSPITALES BENCHMARK DEL ÁREA DE CORAZÓN 2009

CNH	Nivel	Hospital	Localidad
080898	I	Hospital de Fuenlabrada	Fuenlabrada (Madrid)
130071	I	Hospital Santa Bárbara	Puertollano (Ciudad Real)
250019	II	Hospital Universitari Arnau de Vilanova	Lleida
380012	II	Complejo Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria	Santa Cruz de Tenerife
070012	III	Hospital Universitari Son Dureta	Palma de Mallorca
370016	III	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Salamanca

Los hospitales TOP se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).



Área de Cirugía Digestiva

¿QUÉ SE VALORA?

En esta importante área se analizan procesos muy comunes, entre los cuales aparecen los que incorporan a su tratamiento quirúrgico las alternativas ambulatorias y las mínimamente invasivas, y procedimientos poco frecuentes de alta complejidad y especialización relacionados con el tratamiento de algunas neoplasias digestivas. Concretamente se analizan:

- > Procesos comunes: cirugía de hernia de pared, ano, apéndice, vesícula biliar, colon y recto.
- > Procesos especializados: cirugía de esófago, estómago y páncreas.

Según las estimaciones efectuadas para el SNS español en el año 2007, este grupo de procesos quirúrgicos generan más de 211.000 ingresos hospitalarios en España (un 5,6% del total), consumiendo el 5,8% de las estancias totales registradas. El coste estimado de la atención hospitalaria prestada a estos pacientes en el SNS es de

1.014 millones de euros, con un coste medio por episodio de hospitalización de 4.790 euros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CENTROS Y EPISODIOS

Criterios de exclusión de hospitales

- > Hospitales con menos de 30 casos en intervenciones de hernia de pared, patología anal, apendicitis aguda, colecistectomía, o cirugía de resección de colon y recto.
- > Hospitales excluidos del TOP general por mala calidad de datos.

Criterios de inclusión de episodios

- > Procesos seleccionados a partir de diagnósticos y procedimientos de la CIE-9-MC.

Criterios de exclusión de episodios

- > Episodios que suceden en pacientes menores de 18 años.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUADOS (TOTAL DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO)

Proceso evaluado	Episodios	Tasa de mortalidad (%)	Tasa de complicaciones (%)	Tasa de readmisiones urgentes a 30 días (%)	Estancia media (días)	Tasa de cirugía sin ingreso (%)
Cirugía de hernia de pared	48.523	0,30	3,03	1,79	2,94	41,8
Cirugía de patología anal	22.108	0,13	1,47	2,40	2,89	49,6
Apendicectomías	14.209	0,27	5,93	3,17	4,27	-
Colecistectomías	29.962	1,76	8,30	3,36	7,41	5,5
Resecciones colorrectales	16.259	7,85	28,75	-	18,43	-
Cirugía de esófago	300	13,27	45,58	-	28,83	-
Cirugía de estómago	2.715	9,11	28,38	-	20,74	-
Cirugía de páncreas	1.067	11,21	39,69	-	29,25	-

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Nivel	Hospitales participantes	Criterio	Procesos evaluados
I Hospitales sin cirugía de baja frecuencia	91	Más de 30 casos en los procesos comunes ¹ Menos de 5 casos en cirugía de esófago y 5 casos en cirugía de páncreas	Procesos comunes ¹
II Hospitales con cirugía de baja frecuencia	22	5 o más casos en cirugía de esófago y 5 o más casos en cirugía de páncreas	Cirugía de esófago, estómago y páncreas

1 Cirugía de hernia de pared, patología anal y apendicitis aguda, colecistectomías y resecciones colorectales.

LOS BENCHMARKS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DIGESTIVA

Resultados en los indicadores de evaluación (ver la definición de los indicadores en el anexo)

HOSPITALES DE NIVEL I (HOSPITALES SIN CIRUGÍA DE BAJA FRECUENCIA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,49	0,94	48,0
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,85	0,92	8,0
Índice de readmisiones ajustado por riesgo ¹	0,58	1,10	47,0
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,59	0,94	36,9
Índice de cirugía sin ingreso ajustado	1,81	0,98	83,9
Tasa de colecistectomías laparoscópicas (%)	91,2	86,1	5,8
Tasa de ingresos urgentes por dolor abdominal inespecífico (%)	8,2	11,8	30,1

HOSPITALES DE NIVEL II (HOSPITALES CON CIRUGÍA DE BAJA FRECUENCIA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,80	0,81	1,3
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,78	0,93	16,9
Índice de readmisiones ajustado por riesgo ¹	0,99	1,13	12,6
Tasa de amputaciones rectales en neoplasias de recto (%)	16,8	20,1	16,2
Tasa de gastrectomías totales en neoplasias de estómago (%)	77,7	37,2	108,5
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,79	0,95	16,8
Índice de cirugía sin ingreso ajustado	1,57	1,20	31,0
Tasa de colecistectomías laparoscópicas (%)	85,9	71,1	20,8
Tasa de ingresos urgentes por dolor abdominal inespecífico (%)	6,6	7,3	9,4

1 Se excluyen los episodios de cirugía de resección por el efecto distorsionador que tiene la patología neoplásica.

LISTA DE HOSPITALES BENCHMARK DEL ÁREA DE CIRUGÍA DIGESTIVA 2009

CNH	Nivel	Hospital	Localidad
030339	I	Hospital de Torrevieja	Torrevieja (Alicante)
080734	I	Fundación Hospital de Calahorra	Calahorra (La Rioja)
080109	II	Hospital Clínic de Barcelona	Barcelona
460351	II	Hospital de la Ribera	Alzira (Valencia)

Los hospitales TOP se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

EN LOS DOS NIVELES DE HOSPITALES, EL GRUPO BENCHMARK MEJORA LOS RESULTADOS DEL RESTO DE CENTROS.

Área de Traumatología y Ortopedia

¿QUÉ SE VALORA?

Esta evaluación analiza seis procesos del área de ortopedia y traumatología importantes por su frecuencia, coste e implicaciones para la calidad de vida de los pacientes. Además, determinados procesos presentan una lista de espera quirúrgica significativa a escala nacional. Estos procesos son:

- > Implantes de prótesis total de rodilla, y recambios o revisión de las mismas.
- > Implantes de prótesis total y parcial de cadera y recambios o revisión de las mismas.
- > Reducción abierta de fractura de fémur con fijación interna.
- > Cirugía de hombro.

Según las estimaciones efectuadas para el SNS español en el año 2007, el conjunto de estos procesos de ortopedia y traumatología genera más de 108.000 ingresos hospitalarios en España (un 2,9% del total), consumiendo

el 4,2% de las estancias totales registradas en estos hospitales. El coste estimado de la atención hospitalaria prestada a estos pacientes en el SNS es de 682 millones de euros, con un coste medio por episodio de hospitalización de 6.275 euros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CENTROS Y EPISODIOS

Criterios de exclusión de hospitales

- > Hospitales con menos de 30 casos en prótesis de rodilla o prótesis de cadera.
- > Hospitales excluidos del TOP general por mala calidad de datos.

Criterios de inclusión de episodios

- > Procesos seleccionados a partir de diagnósticos y procedimientos de CIE-9-MC.

Criterios de exclusión de episodios

- > Episodios que suceden en pacientes menores de 18 años.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUADOS (TOTAL DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO)

Proceso evaluado	Episodios	Tasa de mortalidad (%)	Tasa de complicaciones (%)	Tasa de readmisiones urgentes a 30 días (%)	Estancia media (días)	Tasa de cirugía sin ingreso (%)
Implante de prótesis total de rodilla	21.206	0,11	3,24	1,53	8,33	-
Implante de prótesis total y parcial de cadera	19.466	1,88	4,71	3,50	11,05	-
Reducción abierta con fijación interna de fémur	7.445	3,72	6,14	3,48	14,20	-
Cirugía de hombro	10.779	0,04	0,79	0,50	2,66	15,3
Recambios de prótesis de rodilla	2.278	0,28	7,27	1,20	14,20	-
Recambios de prótesis de cadera	2.777	1,53	12,55	1,13	17,74	-

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Nivel	Hospitales participantes	Criterio	Procesos evaluados
I Hospitales generales	96	Hospitales generales (niveles 1, 2 y 3) y privados	Todos
II Hospitales de referencia	38	Hospitales de referencia (niveles 4 y 5)	Todos

LOS BENCHMARKS DEL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Resultados en los indicadores de evaluación (ver la definición de los indicadores en el anexo)

HOSPITALES DE NIVEL I (HOSPITALES GENERALES)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,61	0,98	37,8
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,82	1,01	18,4
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,46	1,02	55,2
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,50	0,92	45,4
Índice de cirugía sin ingreso ajustado ¹	1,76	1,10	59,7

HOSPITALES DE NIVEL II (HOSPITALES DE REFERENCIA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,60	0,89	32,9
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,80	0,97	18,2
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,68	0,83	17,9
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,66	0,97	31,7
Índice de cirugía sin ingreso ajustado ¹	1,54	1,04	48,5

¹ Este indicador se calcula sobre toda la patología del sistema músculo esquelético (CDM 08).

LISTA DE HOSPITALES BENCHMARK DEL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA 2009

CNH	Nivel	Hospital	Localidad
030339	I	Hospital de Torrevieja	Torrevieja (Alicante)
300294	I	Hospital de Molina	Molina de Segura (Murcia)
080109	II	Hospital Clínic de Barcelona	Barcelona
260012	II	Complejo Hospitalario San Pedro	Logroño

Los hospitales TOP se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, LOS TOP DESTACAN POR LA GRAN DIFERENCIA CON EL RESTO EN MUCHOS INDICADORES, SUGIRIENDO GRAN VARIABILIDAD EN ESTA ESPECIALIDAD.

Área de la Mujer

¿QUÉ SE VALORA?

Esta evaluación se concentra en:

- > Procesos obstétricos: embarazo, parto y puerperio (CDM 14).
- > Neoplasias de mama (malignas y benignas) intervenidas quirúrgicamente.
- > Enfermedades ginecológicas intervenidas quirúrgicamente (incluyendo neoplasias del aparato reproductor femenino).

La atención al embarazo, y especialmente la hospitalización para el parto, supone una parte muy importante de la actividad hospitalaria. Tras muchos años de descenso continuado, la tasa de natalidad española llegó a ser una de las más bajas de Europa. En los últimos tiempos se ha detectado un crecimiento de la misma: los ingresos relacionados con embarazo y parto han crecido un 11% en cinco años, por lo que aparecen de nuevo como actualidad sanitaria. También se han incluido en esta evaluación los procesos ginecológicos intervenidos quirúrgicamente, incluyendo la cirugía de la neoplasia de mama por su elevada incidencia y preocupación social, aunque no se puede evaluar el proceso en su totalidad a partir de la fuente de información utilizada (el CMBD hospitalario).

Según las estimaciones efectuadas para el SNS español en el año 2007, este conjunto de procesos generan más de 617.000 ingresos hospitalarios en España (un 16,4% del total), consumiendo el 8% de las estancias totales registradas. El coste estimado de la atención hospitalaria prestada a estas pacientes en el SNS es de 1.151 millones de euros, con un coste medio por episodio de hospitalización de 1.864 euros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CENTROS Y EPISODIOS

Criterios de exclusión de hospitales

- > Hospitales con menos de 100 partos anuales o menos de 1,5 diagnósticos por alta, en los procesos evaluados.
- > Hospitales excluidos del TOP general por mala calidad de datos.

Criterios de inclusión de episodios

- > La selección de episodios se realizó a partir de los diagnósticos y procedimientos de la CIE-9-MC.

Criterios de exclusión de episodios

- > Episodios que suceden en pacientes menores de 14 años.
- > Episodios en los que consta el diagnóstico de sida.
- > En el caso de las neoplasias de mama y del aparato reproductor femenino se excluyen los episodios con neoplasias malignas o metástasis como diagnóstico secundario.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS EVALUADOS (TOTAL DE HOSPITALES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO)

Proceso evaluado	Episodios	Tasa de complicaciones (%)	Tasa de readmisiones urgentes a 30 días (%)	Estancia media (días)	Tasa de cirugía sin ingreso (%) ¹
Procesos obstétricos: embarazo, parto y puerperio (CDM 14)	278.568	2,29	1,71	3,17	-
Neoplasias de mama (malignas y benignas) intervenidas quirúrgicamente	14.229	3,68	-	3,25	30,28
Enfermedades ginecológicas intervenidas quirúrgicamente (incluyendo neoplasias del aparato reproductor femenino)	69.585	4,07	1,64	2,69	49,79

1 En la tasa de cirugía sin ingreso de las enfermedades ginecológicas se incluye la esterilización.

CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES

Nivel	Hospitales participantes	Criterio	Procesos evaluados
I Hospitales generales sin cirugía de mama	32	Hospitales generales (niveles 1, 2 y 3) con menos de 30 casos de neoplasia maligna de mama	Procesos obstétricos y de las enfermedades ginecológicas
II Hospitales generales con cirugía de mama	58	Hospitales generales (niveles 1, 2 y 3) con más de 30 casos de neoplasia maligna de mama	Procesos obstétricos, neoplasias de mama y enfermedades ginecológicas
III Hospitales de referencia	36	Hospitales de referencia (niveles 4 y 5)	Procesos obstétricos, neoplasias de mama y enfermedades ginecológicas

RESULTADOS EN LOS INDICADORES ADICIONALES¹

Indicadores adicionales	Todos los hospitales
Porcentaje de partos vaginales en mujeres con cesárea previa (%)	36,56
Porcentaje de partos vaginales con episiotomía (%)	40,23
Porcentaje de partos con anestesia epidural (%)	26,79
Porcentaje de complicaciones en el recién nacido (%)	1,81

1 Los indicadores adicionales se han de interpretar con cautela al observarse una variabilidad importante en la exhaustividad de la codificación; por ello no han sido incluidos en los indicadores de evaluación (ver definición en el anexo).

EN TODOS LOS NIVELES DE HOSPITALES, LOS TOP CONSIGUEN MENORES TASAS DE CESÁREAS Y MENOS DISCRECIONALIDAD EN EL INGRESO PREPARTO CON MENOS CIRUGÍA RADICAL EN EL CÁNCER DE MAMA Y UN USO MÁS INTENSIVO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

LOS BENCHMARKS DEL ÁREA DE LA MUJER

Resultados en los indicadores de evaluación (ver la definición de los indicadores en el anexo)

HOSPITALES DE NIVEL I (HOSPITALES GENERALES SIN CIRUGÍA DE MAMA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,70	0,81	12,9
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,63	0,98	35,5
Tasa de cesáreas ajustadas por riesgo del parto (%)	20,62	30,45	32,3
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,85	0,97	12,5
Índice de cirugía sin ingreso ajustado	1,14	0,81	39,4
Porcentaje de ingresos preparto sobre total de partos (%)	3,75	11,25	66,7
Tasa de cirugía laparoscópica ajustada por procedimiento (%)	44,17	35,04	26,1

HOSPITALES DE NIVEL II (HOSPITALES GENERALES CON CIRUGÍA DE MAMA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,92	1,05	12,4
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,43	0,87	50,3
Tasa de cesáreas ajustadas por riesgo del parto (%)	16,29	26,33	38,1
Tasa de cirugía radical en cáncer de mama (%)	14,71	26,93	45,4
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,83	0,96	13,2
Índice de cirugía sin ingreso ajustado	1,28	0,95	34,7
Porcentaje de ingresos preparto sobre total de partos (%)	3,43	10,30	66,7
Tasa de cirugía laparoscópica ajustada por procedimiento (%)	44,78	30,54	46,6

HOSPITALES DE NIVEL III (HOSPITALES DE REFERENCIA)

Indicadores	Grupo Benchmark	Resto de hospitales	% de mejora del Benchmark
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,93	0,94	0,9
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,51	0,88	42,4
Tasa de cesáreas ajustadas por riesgo del parto (%)	18,12	24,70	26,6
Tasa de cirugía radical en cáncer de mama (%)	19,39	22,51	13,9
Índice de estancias ajustado por riesgo	0,90	0,98	8,2
Índice de cirugía sin ingreso ajustado	1,22	0,89	37,6
Porcentaje de ingresos preparto sobre total de partos (%)	4,50	13,73	67,2
Tasa de cirugía laparoscópica ajustada por procedimiento (%)	48,11	28,48	68,9

LISTA DE HOSPITALES BENCHMARK DEL ÁREA DE LA MUJER 2009

CNH	Nivel	Hospital	Localidad
080996	I	Hospital de Sant Boi	Sant Boi (Barcelona)
430228	I	Pius Hospital de Valls	Valls (Tarragona)
080898	II	Hospital Sant Joan de Déu de Martorell	Martorell (Barcelona)
081398	II	Consorti Sanitari de l'Anoia	Igualada (Barcelona)
080109	III	Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu-Hospital Clínic de Barcelona	Barcelona
480176	III	Hospital de Cruces	Barakaldo (Bizkaia)

Los hospitales TOP se han ordenado según el número del Catálogo Nacional de Hospitales (CNH).

ANEXO 8

23.672

32.941

71.263

Definición de los indicadores
de evaluación

Indicadores de evaluación Hospitales TOP 20

ÍNDICE DE MORTALIDAD AJUSTADO POR RIESGO (IMAR)

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

La mortalidad intrahospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial científico-técnica más importantes. En los hospitales de agudos es deseable reducir al máximo la mortalidad.

CÁLCULO

Cociente entre el número de pacientes fallecidos y el número esperado de pacientes fallecidos en función del riesgo de muerte de cada paciente individual.

COMENTARIO

El modelo de mortalidad ajustada por riesgo de Iasist contempla las diferencias en las características de los hospitales y el tipo y severidad de los pacientes tratados.

VALORES FAVORABLES

Bajos

ÍNDICE DE COMPLICACIONES AJUSTADO POR RIESGO (ICAR)

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Este indicador mide las complicaciones del proceso asistencial durante el ingreso hospitalario. La medición de este fenómeno ha cobrado interés en los últimos años por el objetivo sanitario de reducir los efectos no deseados de la práctica asistencial y mejorar la seguridad del paciente.

CÁLCULO

Cociente entre el número observado de pacientes con complicación dividido por el número esperado de pacientes con complicación en función del riesgo de complicación de cada paciente individual.

COMENTARIO

Se valoran 25 grupos de complicaciones generales y ocho complicaciones centinela. El modelo de complicaciones ajustadas por riesgo de Iasist contempla las diferencias en las características de los hospitales y el tipo y severidad de los pacientes tratados.

VALORES FAVORABLES

Bajos

ÍNDICE DE READMISIONES AJUSTADO POR RIESGO (IRAR)

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Desde el punto de vista de calidad asistencial, es deseable el menor número de readmisiones no programadas que estén relacionadas con el proceso asistencial desarrollado en el episodio hospitalario original.

CÁLCULO

Cociente entre el número observado de readmisiones urgentes, a 30 días del episodio de ingreso original y relacionadas con ese episodio, y el número esperado de readmisiones de las mismas características, durante los primeros once meses del año analizado, en función de las características del paciente y su patología.

COMENTARIO

El modelo maximiza la identificación de readmisiones por circunstancias relacionadas con la calidad asistencial, aislando en lo posible las readmisiones motivadas por factores organizativos de la asistencia. El modelo de readmisiones ajustadas por riesgo de Iasist contempla las diferencias en las características de los hospitales y el tipo y severidad de los pacientes tratados.

VALORES FAVORABLES

Bajos

ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EVITABLES AJUSTADO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Uno de los objetivos principales del sistema sanitario es evitar el máximo número de ingresos hospitalarios mediante los dispositivos asistenciales de atención primaria, atención especializada ambulatoria y atención a las urgencias. Este indicador mide el grado de discrecionalidad en los criterios de ingreso hospitalario por parte del hospital.

CÁLCULO

Cociente entre el número de episodios de hospitalización 'evitables' observado y el número esperado, en función de la edad, sexo de cada paciente y el nivel del hospital.

COMENTARIO

Este indicador se basa en las Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) y la adaptación realizada por Caminal et al. (2001). De las 87 ACSC originales se evalúan las 45 que no deberían haber ingresado en el hospital, independientemente del cuidado recibido en atención primaria. El valor esperado se calcula mediante un ajuste indirecto por edad, sexo y nivel hospitalario para cada ACSC.

VALORES FAVORABLES

Bajos

ÍNDICE DE CIRUGÍA SIN INGRESO AJUSTADO (ICSIA)

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Para medir la orientación efectiva de la actividad del hospital hacia servicios ambulatorios, en razón de su mejor coste-efectividad.

CÁLCULO

Cociente entre el número de episodios observados de cirugía sin ingreso y el número esperado en función de la probabilidad individual de cada paciente de ser intervenido por CSI (cirugía sin ingreso).

COMENTARIO

Se utiliza una clasificación de 204 grupos de procedimientos potencialmente ambulatorizables mediante criterio empírico. El modelo de Iasist contempla las diferencias en las características de los hospitales y las características del paciente y su severidad (edad, sexo, agrupación específica de procedimiento quirúrgico o diagnóstico y comorbilidades).

VALORES FAVORABLES

Altos

ÍNDICE DE ESTANCIAS AJUSTADO POR RIESGO (IEAR)

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

La estancia media es el indicador sintético más utilizado en la gestión de hospitales. Una menor estancia media ajustada por las características de los pacientes indica, por lo general, un consumo más eficiente de los recursos hospitalarios así como un menor riesgo para el paciente.

CÁLCULO

Cociente entre la estancia media observada y la estancia media esperada en función del riesgo del paciente.

COMENTARIO

La estancia media esperada se estima a partir de un modelo de regresión múltiple que contempla las diferencias en las características de los hospitales y las características y severidad de los pacientes tratados.

VALORES FAVORABLES

Bajos

COSTE DE APROVISIONAMIENTOS POR UNIDAD DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA (UPH) AJUSTADO**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

Este indicador pone en relación la producción total realizada por un hospital y los gastos de productos sanitarios en que incurre para realizarla. Los aprovisionamientos constituyen la partida de coste más gestionable, especialmente en los hospitales de gestión directa de la administración sanitaria.

CÁLCULO

El cociente entre los gastos de farmacia hospitalaria y suministros sanitarios y el total de actividad realizada por cada uno de los hospitales, ponderada de acuerdo con su coste diferencial esperado.

COMENTARIO

El denominador del cociente convierte los distintos productos del hospital a unidades de producción homogéneas, en función de su coste esperado. Este indicador se utiliza solamente en los hospitales del SNS.

VALORES FAVORABLES

Bajos

PRODUCTIVIDAD (UNIDADES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA/TRABAJADOR FTE)**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

El indicador relaciona la producción total realizada por un hospital y el número de trabajadores sanitarios que emplea para realizarla. Se valora la partida de coste más importante en los hospitales (el de personal) de forma que se evita el factor de distorsión de las diferentes escalas salariales en los distintos territorios, aspecto que no es gestionable por los hospitales.

CÁLCULO

El cociente entre el total de actividad realizada por cada uno de los hospitales, ponderada de acuerdo con su coste diferencial esperado, y el número total de trabajadores sanitarios a tiempo completo.

COMENTARIO

El numerador del indicador convierte los distintos productos del hospital a unidades de producción homogéneas, en función de su coste esperado. El denominador, por su parte, convierte el total de trabajadores sanitarios a trabajadores a tiempo completo. Este indicador se utiliza solamente en los hospitales del SNS.

VALORES FAVORABLES

Altos

COSTE POR UNIDAD DE PRODUCCIÓN AJUSTADO**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

Este indicador pone en relación la producción realizada por un hospital y los gastos en que éste incurre para realizarla.

CÁLCULO

El cociente entre los gastos de explotación y el total de actividad, ponderada de acuerdo con su coste estándar estimado, realizada por cada uno de los hospitales.

COMENTARIO

El denominador del cociente convierte los distintos productos del hospital a unidades de producción homogéneas, en función de su coste esperado. Este indicador se utiliza solamente en los hospitales privados.

VALORES FAVORABLES

Bajos

Indicadores específicos de evaluación del Área de Respiratorio

TASA DE COMPLICACIONES AJUSTADA POR PROCEDIMIENTO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Puesto que algunas complicaciones son inevitables, y se acumulan principalmente en los episodios con actividad quirúrgica del hospital, se ha decidido incorporar esta medida a la evaluación de las neoplasias de tráquea, bronquio y pulmón con tratamiento quirúrgico para la extirpación radical de la neoplasia.

CÁLCULO

Para el cálculo del indicador se realiza una estandarización directa de la tasa de complicaciones, suponiendo que todos los centros presentan la misma casuística en cada uno de los procedimientos de ajuste.

COMENTARIO

Los hospitales con valores inferiores ocupan mejores posiciones.

VALORES FAVORABLES

Bajos

ÍNDICE DE REITERACIÓN POR PACIENTE AJUSTADO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Este indicador valora, desde una perspectiva longitudinal y durante un periodo determinado, la carga hospitalaria que suponen los pacientes en una patología crónica. Aunque se correlaciona con el índice de readmisiones ajustado que tiene un enfoque episódico, el índice de reiteración mide un fenómeno diferente desde una perspectiva de paciente: un patrón de ingresos que afecta la organización asistencial de los hospitales. En el análisis de la EPOC se opta por incluir como indicador el promedio de ingresos por paciente en el periodo de tiempo analizado (año 2008).

CÁLCULO

Cociente entre el número de ingresos del proceso seleccionado observados y el número

de episodios esperados de los pacientes que los generan, si los pacientes reiteraran como la norma de comparación, ajustado por la edad, sexo y severidad de la EPOC, con la técnica de estandarización indirecta.

COMENTARIO

Este indicador sólo se calcula para los episodios de EPOC.

VALORES FAVORABLES

Bajos

RAZÓN DE FUNCIONAMIENTO ESTÁNDAR POR PACIENTE AJUSTADO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Otra forma de analizar la eficiencia hospitalaria en la atención de una patología crónica es analizar el número total de estancias que genera un paciente durante un periodo determinado de tiempo, independientemente de la estancia media que presenta en cada uno de los episodios de hospitalización. Debido a las diferencias encontradas en la organización de los servicios y de los ingresos se ha optado por complementar la información que aporta la estancia de un paciente en un episodio de EPOC con la información que aporta la estancia global de un paciente a lo largo de un periodo de tiempo definido, en este caso el año 2008.

CÁLCULO

Cociente entre el número de días de estancia generados por el proceso seleccionado y el número de estancias esperadas de los pacientes que los generan, si los pacientes funcionasen como la norma de comparación, ajustado por la edad, sexo y severidad de la EPOC, con la técnica de estandarización indirecta.

COMENTARIO

Este indicador sólo se calcula para los episodios de EPOC.

VALORES FAVORABLES

Bajos

Indicadores específicos de evaluación del Área del Sistema Nervioso

RAZÓN DE READMISIONES ESTANDARIZADA (RRE)

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Los reingresos constituyen un indicador de evaluación asistencial muy valorado por los profesionales. Este indicador mide las readmisiones reiteradas durante el periodo estudiado. Es deseable el menor número de readmisiones que estén relacionadas con el proceso asistencial desarrollado en el episodio hospitalario original.

CÁLCULO

La RRE es la razón entre el porcentaje de readmisiones (readmisiones urgentes a 30 días relacionadas con el episodio inicial) del hospital y el porcentaje esperado si tratara a sus pacientes con la tasa de readmisión por GRD y nivel de severidad del grupo.

COMENTARIO

Se ha calculado una RRE para ECV isquémica y ECV hemorrágica separadamente. Para el cálculo de la posición se promedian los 'scores' de la RRE de la ECV isquémica y de la RRE de la ECV hemorrágica para cada hospital.

VALORES FAVORABLES

Bajos

Indicadores específicos de evaluación del Área de Corazón

ÍNDICE DE MORTALIDAD AJUSTADO POR RIESGO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

COMENTARIO

Se ha desarrollado un modelo específico de mortalidad ajustado por riesgo para los episodios en los que se registra una ACTP o un bypass aortocoronario. La justificación del indicador y su interpretación son idénticas a las del modelo general IMAR.

ÍNDICE DE HEMORRAGIAS POSTOPERATORIAS AJUSTADO POR RIESGO

COMENTARIO

Se ha desarrollado un modelo específico de complicaciones ajustado por riesgo para los episodios en los que se registra una hemorragia postoperatoria en episodios de ACTP o bypass aortocoronario. La justificación del indicador y su interpretación son idénticas a las del modelo general ICAR.

ÍNDICE DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS AJUSTADO POR RIESGO

COMENTARIO

Se ha desarrollado un modelo específico de complicaciones ajustado por riesgo para los episodios en los que se registra una infección postoperatoria en episodios de ACTP o bypass aortocoronario. La justificación del indicador y su interpretación son idénticas a las del modelo general ICAR.

RAZÓN DE READMISIONES ESTANDARIZADA (RRE)**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

Los reingresos constituyen un indicador de evaluación asistencial muy valorado por los profesionales. Este indicador mide las readmisiones urgentes a 30 días relacionadas con el episodio original. Es deseable el menor número de readmisiones que estén relacionadas con el proceso asistencial desarrollado en el episodio hospitalario original.

CÁLCULO

La RRE es la razón entre el porcentaje de readmisiones (readmisiones urgentes a 30 días relacionadas con el episodio inicial) del hospital y el porcentaje esperado si tratara a sus pacientes con la tasa de readmisión por GRD y nivel de severidad del grupo.

COMENTARIO

Se ha calculado una RRE para ICC, IAM, ACTP, bypass y arritmia separadamente.

VALORES FAVORABLES

Bajos

PORCENTAJE DE ACTP PRIMARIA EN IAM**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria ha demostrado ser una buena terapia en cuanto a la restauración del flujo coronario, con una baja incidencia de isquemia recurrente, reinfarto, accidente cerebrovascular y muerte.

CÁLCULO

Cociente entre episodios con diagnóstico principal de IAM en los que se realiza una ACTP en el episodio del IAM y el total de episodios con diagnóstico principal de IAM.

VALORES FAVORABLES

Altos

PORCENTAJE DE BYPASS CON UTILIZACIÓN DE ARTERIA MAMARIA INTERNA**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

Las ventajas clínicas y beneficios de utilización de la arteria mamaria interna en lugar de la vena safena son muchos, siendo el menor riesgo de obstrucción la más significativa según los estudios desarrollados en las dos últimas décadas.

CÁLCULO

Cociente entre el número de episodios con procedimiento de bypass aortocoronario realizados con un injerto arterial y el número total de episodios con procedimiento de bypass aortocoronario.

VALORES FAVORABLES

Altos

Indicadores específicos de evaluación del Área de Cirugía Digestiva

TASA DE COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Actualmente está aceptado que la técnica de elección en el tratamiento de la colelitiasis, en el momento en que se decide la intervención quirúrgica, es la colecistectomía laparoscópica, mucho menos agresiva y con mejores resultados finales, aunque no se descarta, como es lógico, la realización de colecistectomías abiertas.

CÁLCULO

Cociente entre los episodios programados en los que se practica una colecistectomía laparoscópica y el número total de episodios programados en los que se practica una colecistectomía, sea o no laparoscópica.

COMENTARIO

Se excluyen los episodios urgentes.

VALORES FAVORABLES

Altos

TASA DE INGRESOS URGENTES POR DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Este indicador pretende valorar el nivel de justificación de los ingresos urgentes debidos a la existencia de dolor abdominal. Se entiende que la proporción de pacientes en los que no se aclara la causa del dolor abdominal puede orientar acerca de la capacidad del hospital para establecer una orientación adecuada de estos pacientes en el servicio de urgencias.

CÁLCULO

Cociente entre el número de episodios urgentes con dolor abdominal inespecífico como diagnóstico principal y el número de episodios cuyo cuadro clínico cursa frecuentemente con dolor abdominal agudo (selección de patologías por códigos CIE-9-MC).

COMENTARIO

Se excluyen un número importante de patologías que en determinados casos pueden cursar con dolor abdominal siendo éste, sin embargo, un síntoma poco habitual.

VALORES FAVORABLES

Bajos

TASA DE AMPUTACIONES RECTALES EN NEOPLASIAS DE RECTO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

En las neoplasias rectales, la tendencia existente es realizar, siempre que la localización del tumor lo permita, intervenciones conservadoras, evitando las amputaciones de recto, técnica agresiva que, además, obliga necesariamente a la realización de una colostomía definitiva, con los problemas que ello implica para los pacientes.

No obstante, no es posible el análisis de los resultados de estas intervenciones sobre el control de la enfermedad neoplásica a medio o largo plazo.

CÁLCULO

Cociente entre el número de episodios en los que el diagnóstico principal del ingreso ha sido neoplasia rectal o anal y se ha realizado una amputación de recto, y el total de episodios con el mismo problema sometidos a cualquiera de las intervenciones de resección colorrectal.

VALORES FAVORABLES

Bajos

Indicadores específicos de evaluación del Área de la Mujer

TASA DE GASTRECTOMÍAS TOTALES EN NEOPLASIAS DE ESTÓMAGO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

En los tratamientos quirúrgicos de la neoplasia gástrica se está imponiendo la realización de resecciones totales del estómago como medio que permite un mejor control de la enfermedad neoplásica. No obstante, al igual que en el caso de la neoplasia rectal, no es posible el análisis de los resultados de estas intervenciones sobre el control de la enfermedad neoplásica a medio o largo plazo.

CÁLCULO

Cociente entre el número de episodios en los que el diagnóstico principal ha sido neoplasia gástrica y se ha realizado una gastrectomía total, y el total de episodios con el mismo problema sometidos a cualquier intervención.

VALORES FAVORABLES

Altos

TASA DE CESÁREAS AJUSTADA POR RIESGO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

El incremento del número de cesáreas como modelo de parto es constante. Éste es un procedimiento quirúrgico con riesgos que está sujeto a criterios de indicación. La indicación inadecuada de una cesárea puede aumentar el riesgo y refleja una inapropiada utilización de recursos.

CÁLCULO

Cociente entre el número de cesáreas realizadas y el número total de partos atendidos. La tasa de cesáreas se ajusta por riesgo (alto/bajo) expresando la tasa de cesáreas que tendrían los hospitales si trataran con sus propias tasas la misma proporción de partos de alto/bajo riesgo que los hospitales de su nivel.

COMENTARIO

Se consideran partos de alto riesgo aquellos episodios con presencia de determinados diagnósticos como presentación anómala, embarazo pretérmino o postérmino, embarazo múltiple, desproporción pelvi-fetal, fiebre materna, septicemia, otras complicaciones preparto o durante el parto, o bien los episodios en los que la edad de la madre está por encima de 40 años o por debajo de 18 años.

VALORES FAVORABLES

Bajos

TASA DE CIRUGÍA RADICAL EN CÁNCER DE MAMA**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

La cirugía de la neoplasia de mama ha combinado en los últimos años técnicas cada vez más conservadoras con una mejora en los resultados de supervivencia. En este contexto se considera un indicador de calidad la menor proporción de cirugía radical en las intervenciones de cáncer de mama.

CÁLCULO

Cociente entre el número de mastectomías radicales y el número total de intervenciones quirúrgicas en las neoplasias de mama.

COMENTARIO

Se excluyen los casos con metástasis (tanto del numerador como del denominador).

VALORES FAVORABLES

Bajos

PORCENTAJE DE INGRESOS PREPARTO SOBRE EL TOTAL DE PARTOS**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

Hay una amplia discrecionalidad y variabilidad en los criterios de ingreso preparto por lo que se pretende identificar el nivel de frecuencia de ingreso en estos casos. El indicador pretende discriminar centros con ingresos discrecionales con mayor volumen del esperado en el entorno.

CÁLCULO

Cociente entre el número de ingresos por falsos dolores de parto, amenaza de aborto y otros diagnósticos preparto sin procedimiento quirúrgico sobre el total de partos.

VALORES FAVORABLES

Bajos

TASA DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA**POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

El uso de técnicas laparoscópicas está muy extendido en las intervenciones ginecológicas resultando la mejor opción frente a otras técnicas más invasivas debido a su menor probabilidad de complicaciones y a su mayor rapidez de recuperación.

CÁLCULO

Cociente entre el número de intervenciones ginecológicas realizadas por laparoscopia y el número total de intervenciones ginecológicas potencialmente realizables por laparoscopia. Se realiza un ajuste según el tipo de procedimiento ginecológico (histerectomía y todos los demás).

VALORES FAVORABLES

Altos

Indicadores adicionales**PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA****POR QUÉ LO UTILIZAMOS**

Un mayor número de partos por vía vaginal evita los riesgos y la utilización de recursos de la cesárea. Se considera adecuado conseguir un parto vaginal después de una experiencia previa de cesárea siempre y cuando sea pertinente.

CÁLCULO

Cociente entre el número total de partos por vía vaginal en mujeres con partos anteriores realizados por cesárea y el número de partos totales en mujeres con partos anteriores realizados por cesárea.

COMENTARIO

Es un indicador que se puede ver afectado por la no codificación del concepto de cesárea previa entre los diagnósticos secundarios. Una buena documentación del proceso forma parte de las buenas prácticas.

VALORES FAVORABLES

Altos

PORCENTAJE DE PARTOS VAGINALES CON EPISIOTOMÍA

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

En los últimos años se han publicado evidencias científicas que cambian la indicación de episiotomía, aportando datos sobre los mejores resultados de políticas restrictivas en su uso, anteriormente de práctica casi sistemática. Varias publicaciones ponen de relieve la dificultad de cambio de esta práctica. Se pretende medir el proceso de adopción de cambios de práctica.

CÁLCULO

Cociente entre el número de partos vaginales con episiotomía y el número total de partos vaginales.

COMENTARIO

La falta de registro de la episiotomía favorece el buen resultado en el indicador, por lo que se han excluido los hospitales con porcentajes de episiotomías inferiores al 10%.

VALORES FAVORABLES

Bajos

PORCENTAJE DE PARTOS CON ANESTESIA EPIDURAL

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

Uno de los objetivos en la mejora de la atención al parto es la oferta de anestesia epidural a las mujeres.

CÁLCULO

Cociente entre el número de partos vaginales con anestesia epidural y el número total de partos vaginales.

COMENTARIO

La falta de registro de la anestesia epidural dificulta una valoración precisa de este importante indicador por lo que se excluye de la evaluación.

VALORES FAVORABLES

Altos

PORCENTAJE DE COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO

POR QUÉ LO UTILIZAMOS

La valoración de la calidad de la asistencia al parto a través de las complicaciones (hipoxia, fracturas, hemorragias) en el recién nacido es otro indicador muy valorado.

CÁLCULO

Cociente entre el número de recién nacidos con complicaciones (hipoxia, fracturas y hemorragias) y el número total de partos.

COMENTARIO

Algunos hospitales no ingresan al recién nacido en el mismo centro donde nace y otros no identifican la procedencia del niño ni si ha nacido o no fuera del hospital, por lo que no se ha incluido como indicador para el TOP 20 del área de la mujer.

VALORES FAVORABLES

Bajos

COMISIÓN CIENTÍFICA

Dr. Alfonso Castro
Director del Área de Corazón del Complejo
Hospitalario Universitario A Coruña

Prof. Beatriz González
Catedrática de Economía del Departamento
de Métodos Cuantitativos, Economía y Gestión
de la Universidad de Las Palmas

Sra. Clara Grau
Sociedad Española de Directivos de Salud

Dr. Carlos Humet
Grup Assistència

Dr. Ricard Meneu
Vicepresidente de la Fundación Instituto
de Investigación en Servicios de Salud
(IISS), Valencia

Prof. Carles Murillo
Catedrático de Economía Aplicada del
Departamento de Ciencias Experimentales y
de la Salud del Centro de Investigación en
Economía (CRES) de la Universidad Pompeu
Fabra (Barcelona)

Prof. Manuel Peiró
Director de Programas de la Dirección
de Servicios Integrados de Salud de Esade

Dr. Joan M.V. Pons
Agencia de Evaluación de Tecnología
e Investigación Médicas de Cataluña

Dra. Alejandra Prados
Directora del Área de Producción del
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Dr. Joan Rodés
Director del IDIBAPS, Hospital Clínic
de Barcelona

Dr. Manuel Santiñá
Sociedad Española de Calidad Asistencial

Dr. Gonzalo Varea
Jefe de Servicio de Cirugía Torácica,
Complejo Asistencial Universitario de
Salamanca

AGRADECIMIENTOS

Los editores agradecen el asesoramiento
prestado en el enfoque analítico de las
respectivas áreas clínicas evaluadas a:

Dra. Inmaculada Alfageme, de la Sociedad
Española de Patología Respiratoria (SEPAR)

Dr. Xavier Crusi, del Servicio de Cirugía
Ortopédica y Traumatología del Hospital
de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Dr. Josep M. Lailla, vicepresidente de la
Sociedad Española de Ginecología
y Obstetricia (SEGO)

Dr. Jorge Matías-Guiu, de la Sociedad
Española de Neurología (SEN)

A todos los profesionales participantes en
los Benchmarking Clubs del Área de Corazón
y de Cirugía Torácica por las valiosas
aportaciones realizadas.

Ninguno de ellos es responsable, en su caso,
de cualquier error que los autores hayan
podido cometer.

HOSPITALES TOP 20 2009

HOSPITALES GENERALES PEQUEÑOS

- > Hospital de Sant Celoni
- > Hospital de Campdevàrol Comarcal del Ripollès
- > Hospital Sant Jaume d'Olot
- > Hospital de Molina. Molina de Segura

HOSPITALES GENERALES MEDIANOS

- > Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
- > Hospital Santa Bàrbara. Puertollano
- > Fundació Salut Empordà. Figueres
- > Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

GRANDES HOSPITALES GENERALES

- > Hospital de Torrevieja
- > Fundació Hospital Asil de Granollers
- > Consorci Sanitari del Maresme - Hospital de Mataró
- > Hospital de Móstoles

HOSPITALES CON ESPECIALIDADES DE REFERENCIA

- > Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí
- > Hospital Universitari Mútua Terrassa
- > Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
- > Hospital de la Ribera. Alzira

GRANDES HOSPITALES DE REFERENCIA REGIONAL Y NACIONAL

- > Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu- Hospital Clínic de Barcelona
- > Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat
- > Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
- > Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

HOSPITALES PRIVADOS DE TAMAÑO Y ESTRUCTURA PEQUEÑOS

- > Clínica Fundació FIATC. Barcelona
- > Grupo Hospitalario Quirón, S.A. Valencia

HOSPITALES PRIVADOS DE TAMAÑO Y ESTRUCTURA MAYORES

- > Clínica Corachán. Barcelona
- > USP Clínica Sagrado Corazón. Sevilla

ÁREA DEL SISTEMA NERVIOSO

- > Hospital Universitari Mútua Terrassa
- > Hospital de la Ribera. Alzira
- > Hospitals del Mar i de l'Esperança (IMAS). Barcelona
- > Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

ÁREA DE RESPIRATORIO

- > Hospital de Torrevieja
- > Capio - Fundación Jiménez Díaz. Madrid
- > Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona
- > Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

ÁREA DE CORAZÓN

- > Hospital de Fuenlabrada
- > Hospital Santa Bàrbara. Puertollano
- > Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
- > Complejo Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife
- > Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca
- > Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

ÁREA DE CIRUGÍA DIGESTIVA

- > Hospital de Torrevieja
- > Fundación Hospital de Calahorra
- > Hospital Clínic de Barcelona
- > Hospital de la Ribera. Alzira

ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

- > Hospital de Torrevieja
- > Hospital de Molina. Molina de Segura
- > Hospital Clínic de Barcelona
- > Complejo Hospitalario San Pedro. Logroño

ÁREA DE LA MUJER

- > Hospital de Sant Boi
- > Pius Hospital de Valls
- > Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
- > Consorci Sanitari de l'Anoia. Igualada
- > Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu- Hospital Clínic de Barcelona
- > Hospital de Cruces. Barakaldo

© Iasist, S.A.
Todos los derechos reservados.

Edita
Iasist, S.A.

Realización
Hores extraordinàries

Diseño gráfico
Aleix Artigal

Primera edición
Noviembre de 2009

Impresión
Gràfiques Cuscó

Depósito legal
B-00.000-2009

Esta publicación no puede ser parcial o totalmente reproducida, grabada o transmitida, por ningún medio electrónico, mecánico u óptico, incluidas las fotocopias, o por cualquier sistema de recuperación o almacenamiento sin previo y expreso permiso por escrito de los editores. Los editores asumen la gestión y elaboración de la información que se presenta en esta publicación. No son responsables en cambio de la veracidad de los datos de origen facilitados por los hospitales. La información contenida tiene como objetivo servir de base para comparaciones y evaluaciones generales, pero no como única fuente para recomendar o sancionar determinados parámetros. Los editores no se hacen responsables de cualquier uso que pueda comportar perjuicios o daños a los usuarios -personales o institucionales- de esta información o a terceras personas.

Iasist es una empresa de servicios profesionales de valor añadido que ofrece a proveedores y financiadores de servicios sanitarios la información de contenido clínico y económico necesaria para la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios prestados a los pacientes. Para ello, dispone de grandes bases de datos, tanto nacionales como internacionales.

Iasist es la empresa líder del sector en España gracias a la confianza y fidelidad de cientos de hospitales, administraciones públicas, compañías aseguradoras y grandes proveedores de servicios sanitarios.

ESPAÑA

Rambla de Catalunya, 2-4, 6º

08007 Barcelona

T: +34 93 301 40 61

F: +34 93 317 25 97

iasist@iasist.com

PORTUGAL

Rua Anchieta, 5, 4º Esq. (ao Chiado)

1200-023 Lisboa

T: +351 21 340 41 80

F: +351 21 347 63 39

vcorreia@iasist.com

www.iasist.com