

LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA HORA DE LA VERDAD

Un Modelo de Transformación para España

La necesidad de estándares y recomendaciones
(medir o morir)

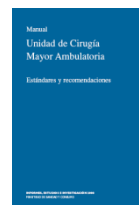
Francisco Javier Elola Somoza.
Director Fundación IMAS (Instituto para
la Mejora de la Asistencia Sanitaria)

16 de julio de 2014

1. Estándares y recomendaciones
2. El círculo virtuoso de la calidad
3. Evidencias
4. Diferencias y desigualdades
5. Transparencia
6. Qué se hace (o no) en el Sistema Nacional de Salud
7. Qué y quien debe hacer

Documentos de estándares y recomendaciones. 19 elaborados, 14 publicados

- Cirugía Mayor Ambulatoria
- Hospital de Día
- Maternidad Hospitalaria
- Bloque Quirúrgico
- Unidad de Cuidados Paliativos
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Pacientes Pluripatológicos
- Central de Esterilización
- Unidades de Depuración Extrarrenal
- Enfermería Hospitalización Polivalente
- Urgencias Hospitalarias
- Área del Corazón
- Sueño
- Tratamiento del Dolor
- Área del Cáncer
- Área del A. Digestivo
- Área de Neurociencias
- Diagnóstico y tratamiento por la imagen
- Laboratorio Clínico Central



Documentos de estándares y recomendaciones.

Grupo de trabajo:

- Responsables del Ministerio de Sanidad. DG Calidad (Dirección Institucional)
- Representantes de Sociedades Científicas (Dirección Científica)
- Expertos
- Dirección Técnica: Elola Consultores

Programa suspendido desde 2012

Muy escasa evidencia propia (del SNS)

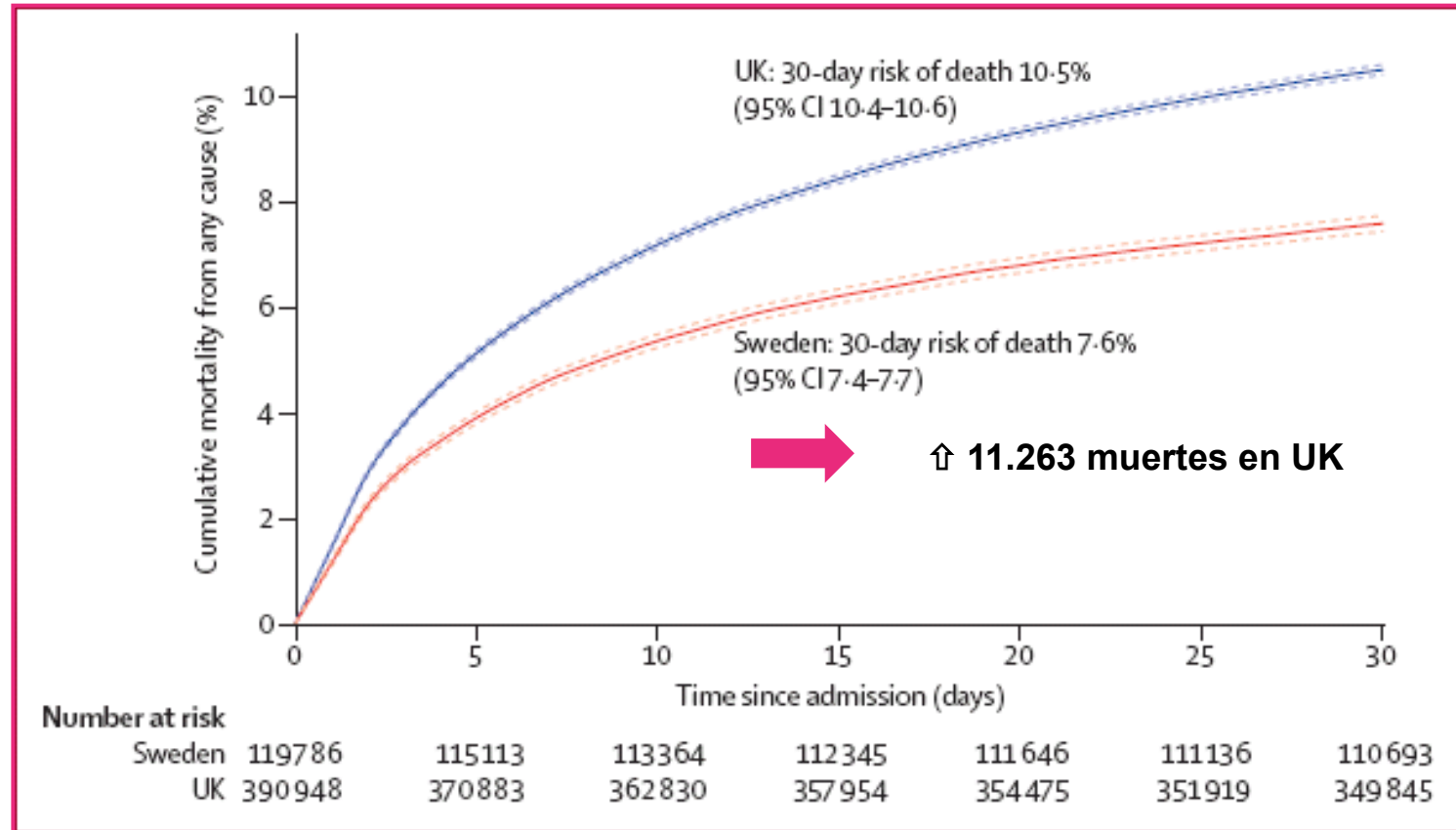






Evidencia disponible

Chung S-C y cols. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK. Lancet 2014;383:1305–12

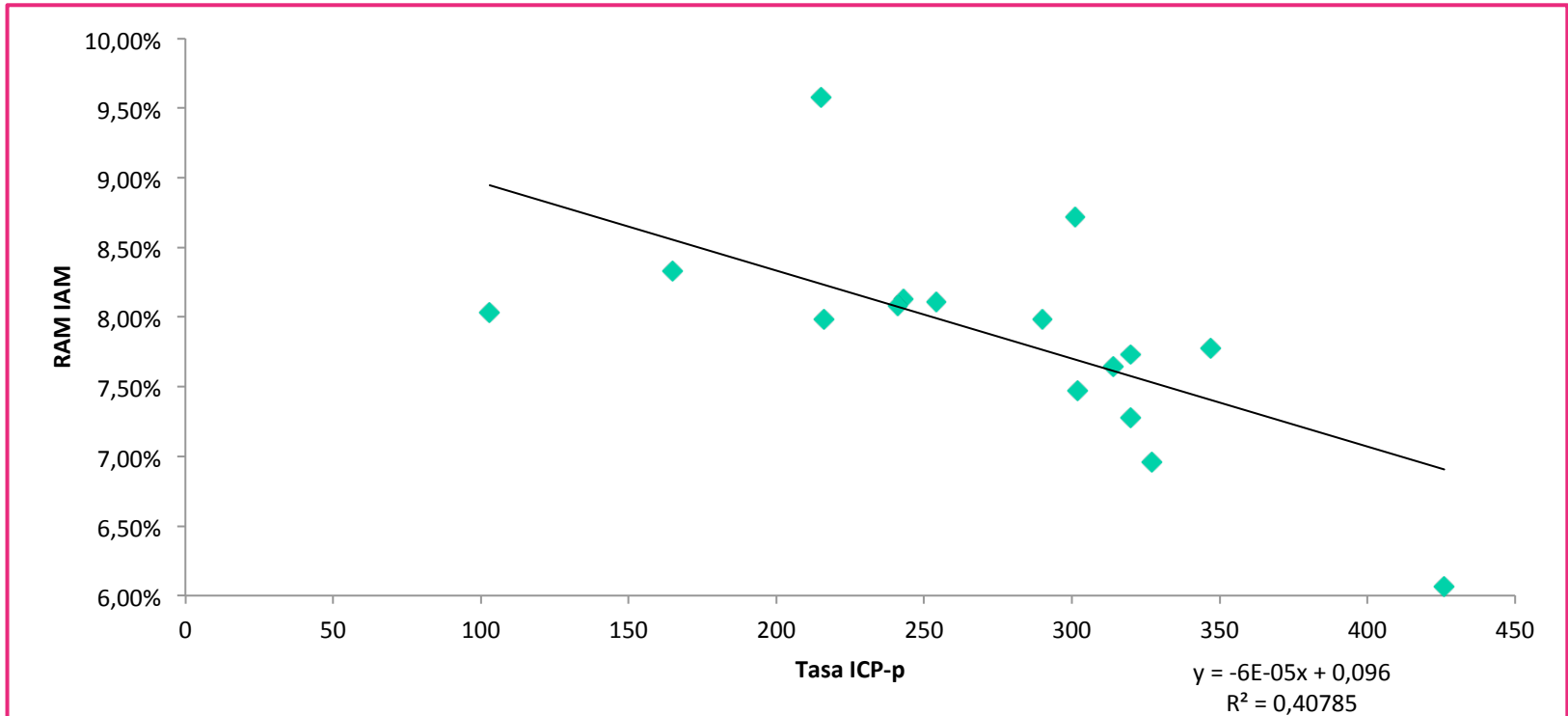


Mayor tasa de angioplastia primaria y β bloqueantes al alta en Suecia

En España no se puede reproducir el trabajo al no disponer de un registro de pacientes con SCA

Evidencia disponible

Fuente: RECALCAR. Modelo de ajuste de riesgo: Bertomeu y cols. REC 2013. CMBD: 2011

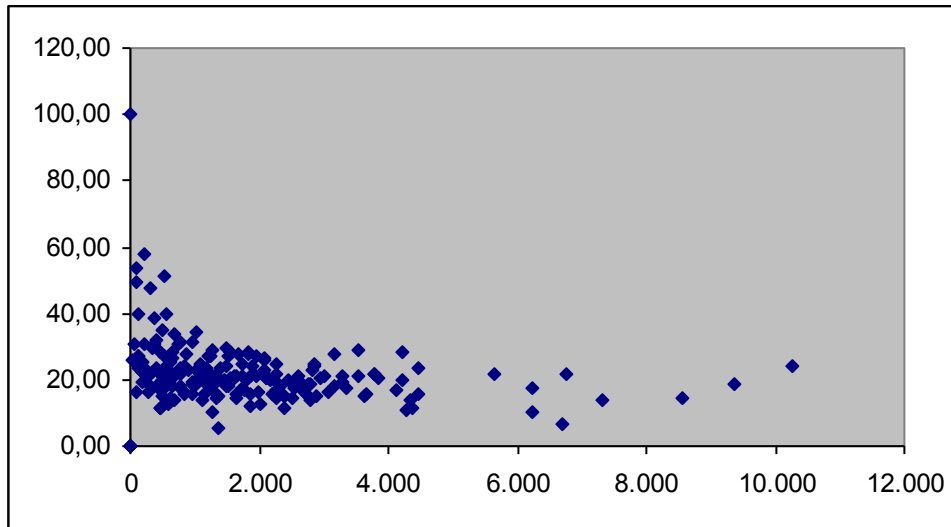


Menor mortalidad cuanto mayor tasa de angioplastia primaria entre Comunidades Autónomas

Desigualdades en salud producto de distintas políticas sanitarias

Evidencia disponible

Fuente: Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y recomendaciones. MSPS. 2009



	< 600	600-1.200 <	1.200-2.400	> 2.400	Total
Número de hospitales	53	41	58	47	199
Media % cesáreas	26,13	21,82	20,30	18,62	21,70
DS (+/-) % Cesáreas	10,60	5,34	4,98	4,62	7,35
< 600 : 600-1.200	0,01				
< 600 : 1.200-2.400	0,0004				
< 600 : > 2.400	0,00001				
600-1200 : 1.200-2.400		0,14			
600-1200 : > 2.400		0,004			
1200-1400 : > 2.400			0,07		

Mayor tasa de cesáreas cuanto menor volumen de partos

Abundante evidencia científica que relaciona volumen con resultados, no sólo en procedimientos sino también en procesos médicos (N Eng J Med 2010;362:1110-8)

Evidencia disponible



European Journal of Internal Medicine 17 (2006) 322 – 324

EUROPEAN JOURNAL OF
**INTERNAL
MEDICINE**

www.elsevier.com/locate/ejim

Original article

Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends

R. Barba*, J.E. Losa, M. Velasco, C. Guijarro, G. García de Casasola, A. Zapatero

Unidad de Medicina Interna, Fundación Hospital Alcorcón, C/Budapest nº1 Alcorcón 28922, Madrid, Spain

Received 16 July 2005; received in revised form 17 January 2006; accepted 17 January 2006

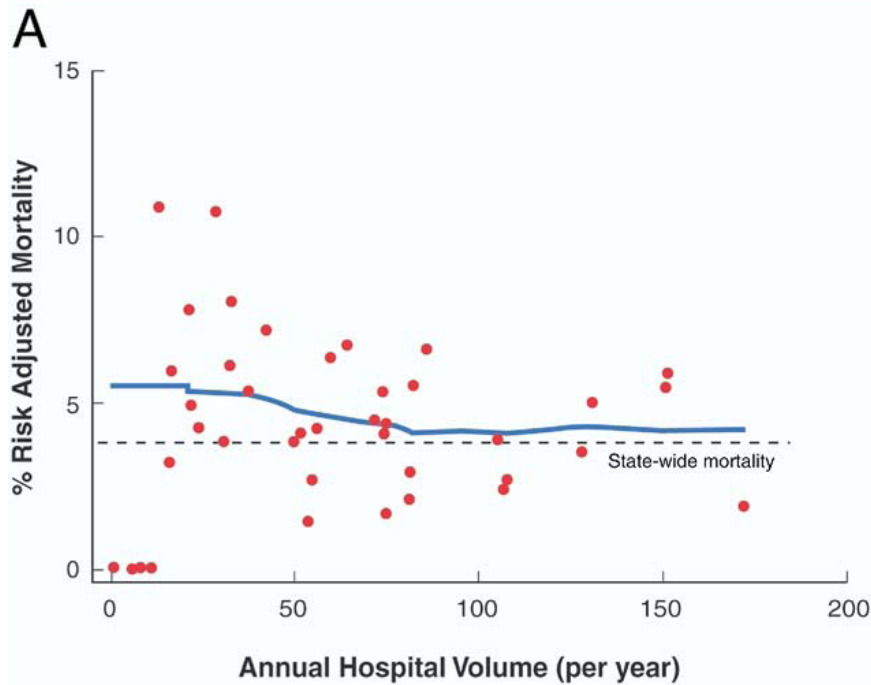
- Los pacientes que ingresan los viernes tienen una estancia media de 1,5 días superior a los que lo hacen los lunes y mayor mortalidad precoz (O.R.: 1,6).

(Barba R, Losa JE, Velasco M, Guijarro C, Garcia C, Zapatero A. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. Eur J Intern Med 2006; 17:322-324; American Journal of Medical Quality, 2010).

La organización burocrática de la sanidad sienta fatal a los pacientes



Evidencia disponible



NY State Registry 2000-02

Journal of the American College of Cardiology
© 2009 by the American College of Cardiology Foundation
Published by Elsevier Inc.

Vol. 53, No. 7, 2009
ISSN 0735-1097/09/\$36.00
doi:10.1016/j.jacc.2008.09.056

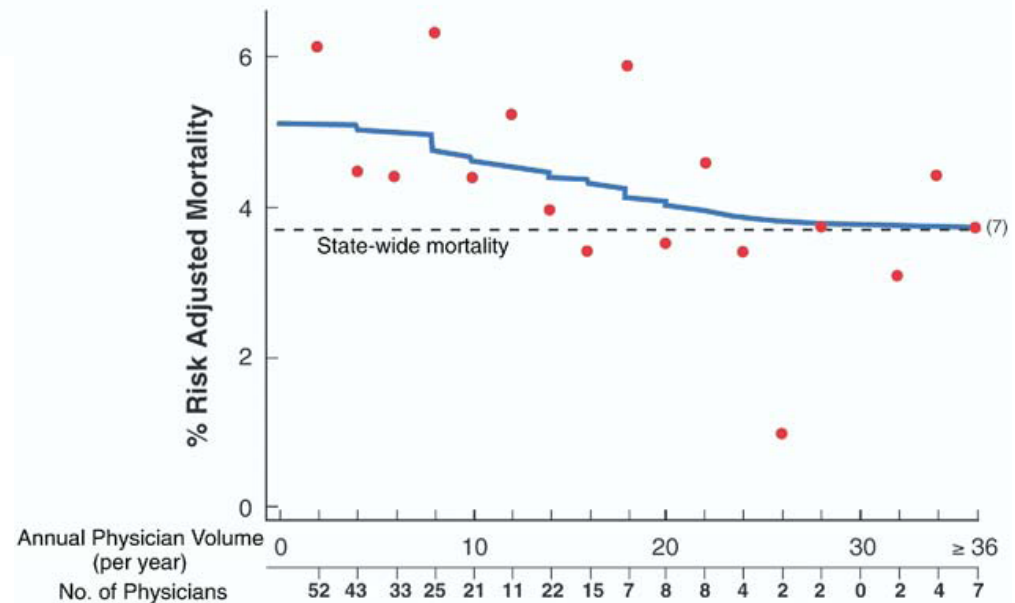
CLINICAL RESEARCH

Interventional Cardiology

Effect of Physician Volume on the Relationship Between Hospital Volume and Mortality During Primary Angioplasty

V. S. Srinivas, MBBS,* Susan M. Hailpern, DrPH, MS,† Elana Koss, MD,* E. Scott Monrad, MD,* Michael H. Alderman, MD†

J Am Coll Cardiol 2009;53:574–9

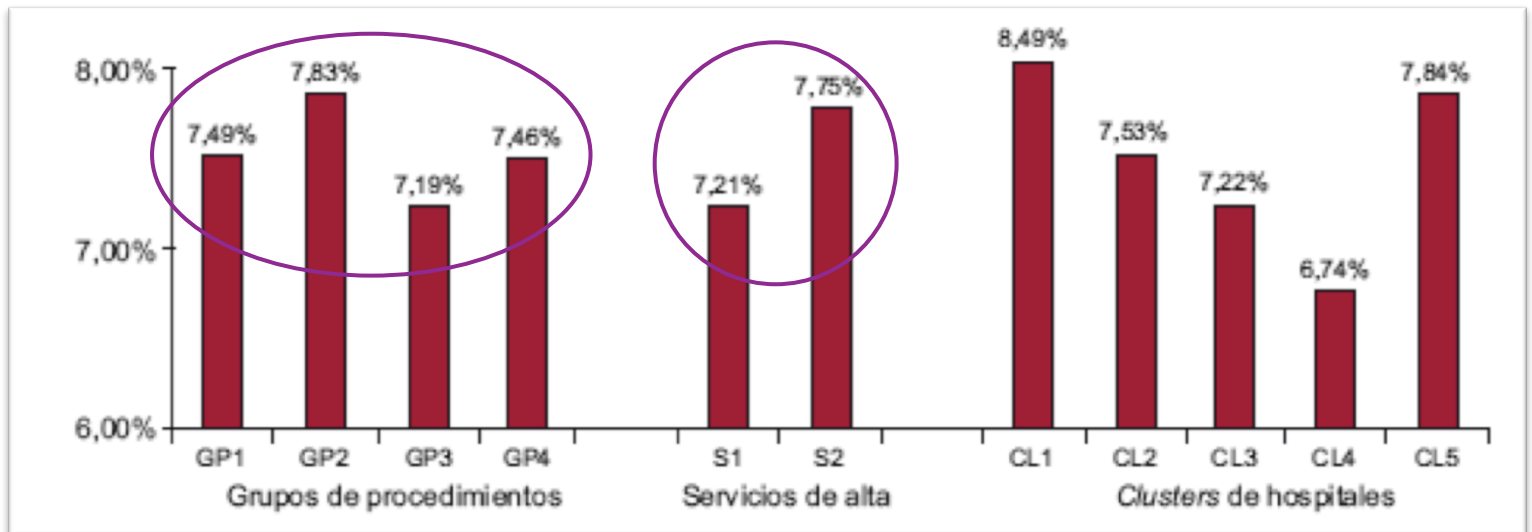


Evidencia disponible

Artículo original

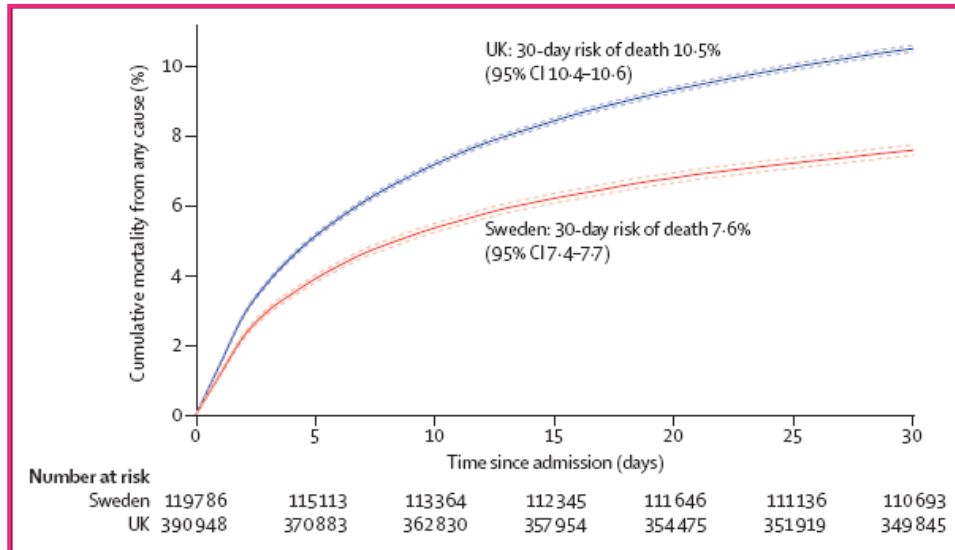
Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR

Vicente Bertomeu^a, Ángel Cequier^b, José L. Bernal^c, Fernando Alfonso^d, Manuel P. Anguita^e, Javier Muñoz^f, José A. Barrabés^g, David García-Dorado^g, Javier Goicolea^h y Francisco J. Elola^{i,*}



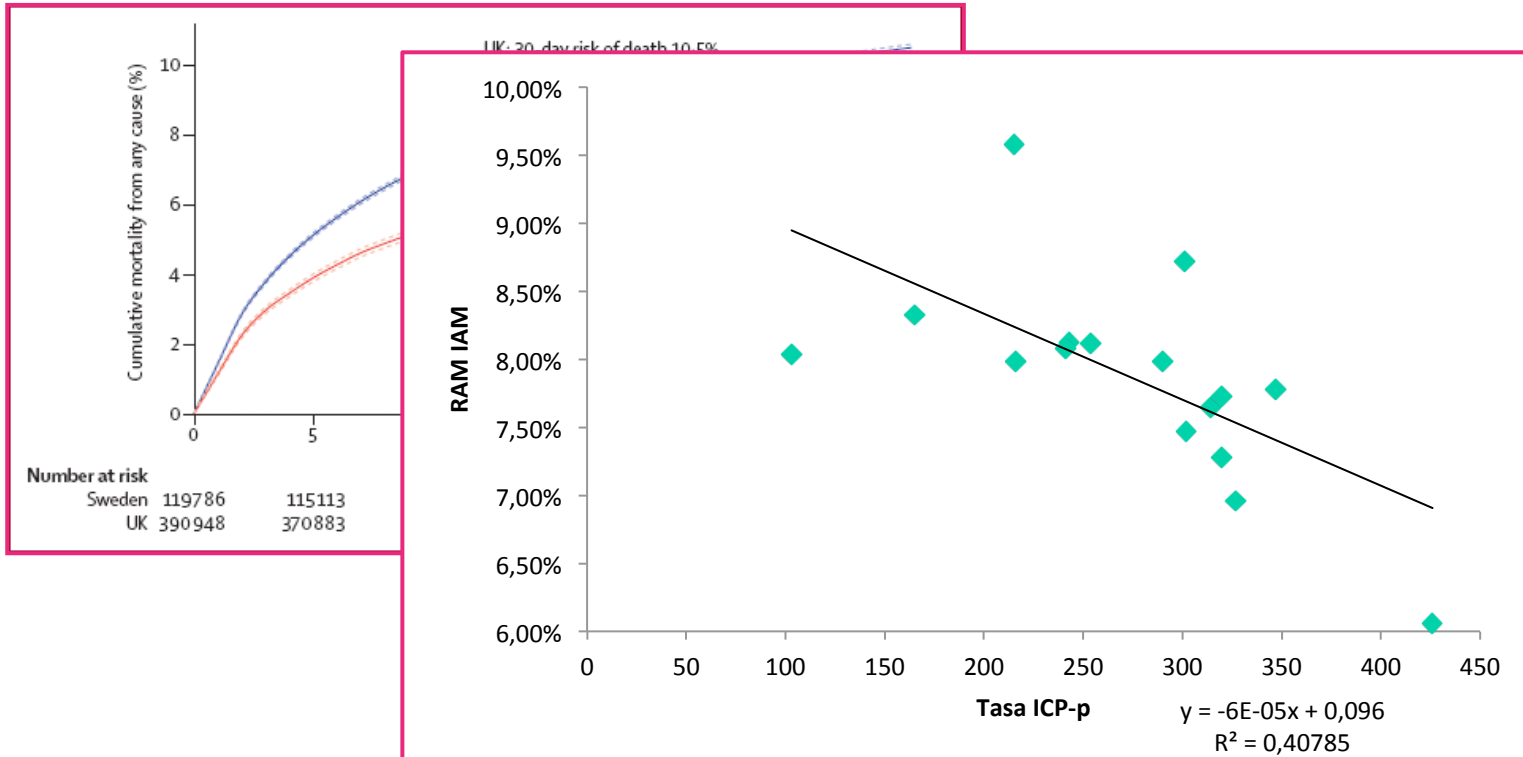
Las características del hospital, ser atendido por un servicio de cardiología y el intervencionismo coronario se asocian con la supervivencia intrahospitalaria del paciente con infarto. Se recomienda la creación de redes asistenciales en el Sistema Nacional de Salud que favorezcan el intervencionismo coronario y la participación de los servicios de cardiología en el manejo de pacientes con infarto agudo de miocardio

Evidencia disponible



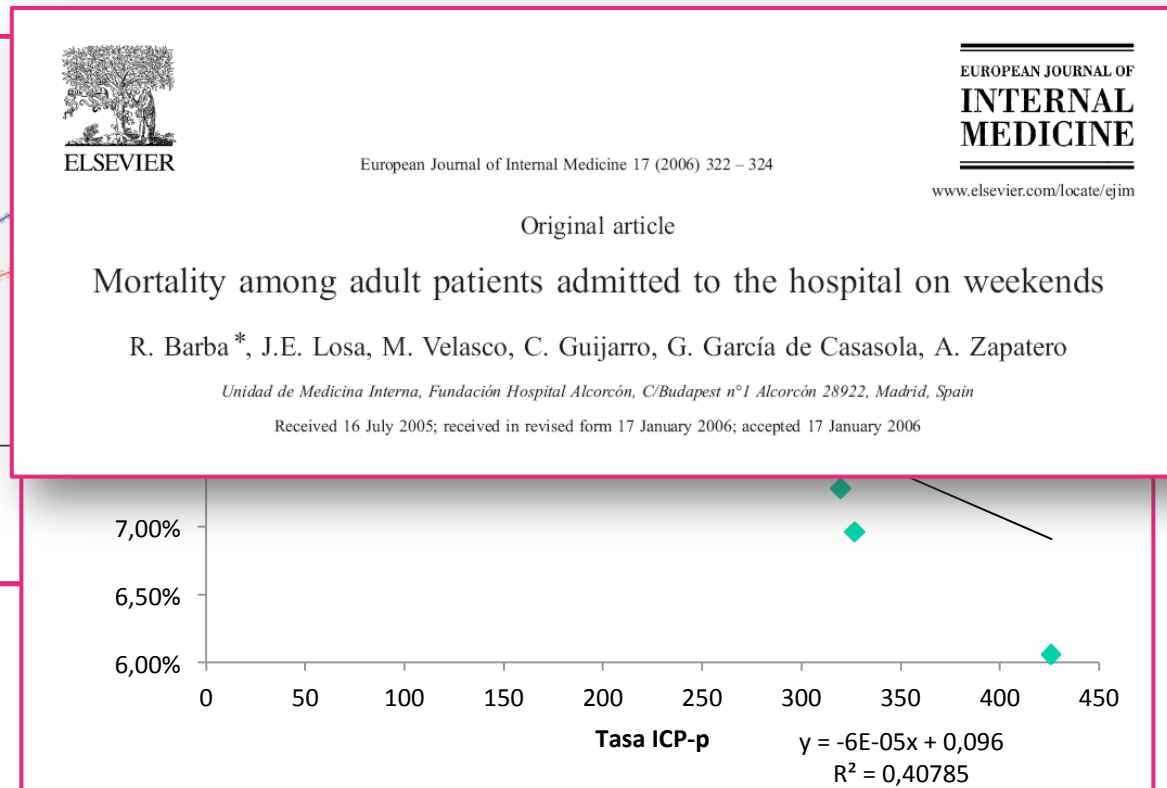
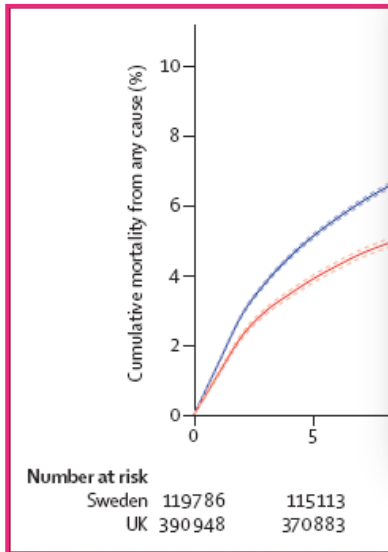
La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

Evidencia disponible



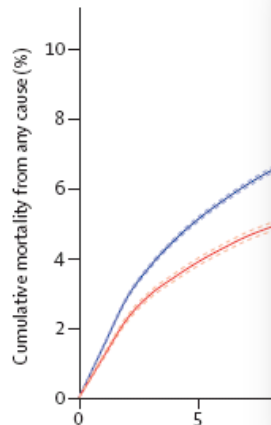
La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

Evidencia disponible



La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

Evidencia disponible



European Journal of Internal Medicine 17 (2006) 322 – 324

EUROPEAN JOURNAL OF
**INTERNAL
MEDICINE**

www.elsevier.com/locate/ejim

Original article

Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends

R. Barba *, J.E. Losa, M. Velasco, C. Guijarro, G. García de Casasola, A. Zapatero

Unidad de Medicina Interna, Fundación Hospital Alcorcón, C/Budapest nº1 Alcorcón 28922, Madrid, Spain

Received 16 July 2005; received in revised form 17 January 2006; accepted 17 January 2006

- Number
- Los pacientes que ingresan los viernes tienen una estancia media de 1,5 días superior a los que lo hacen los lunes y mayor mortalidad precoz (O.R.: 1,6).

(Barba R, Losa JE, Velasco M, Guijarro C, Garcia C, Zapatero A. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. Eur J Intern Med 2006; 17:322-324; American Journal of Medical Quality, 2010).

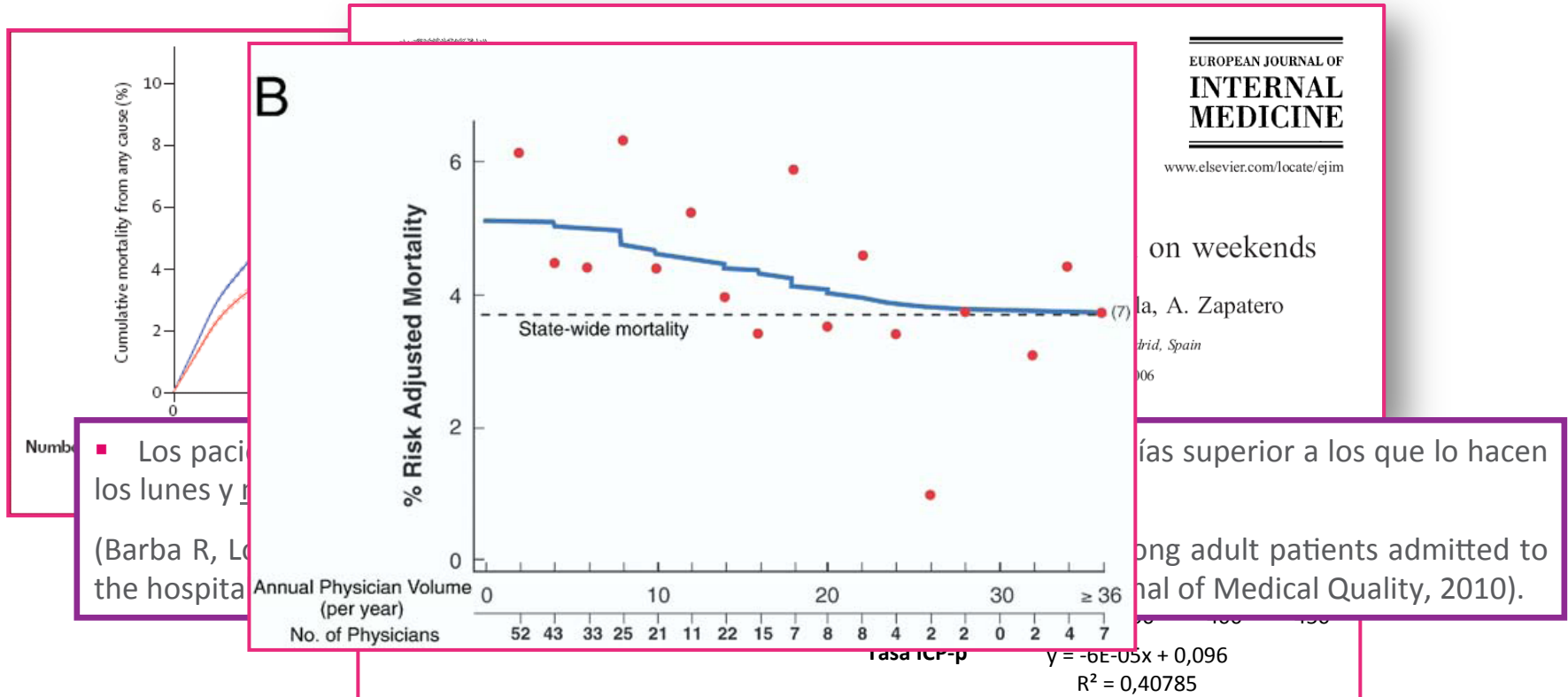
Tasa ICP-p

$y = -6E-05x + 0,096$

$R^2 = 0,40785$

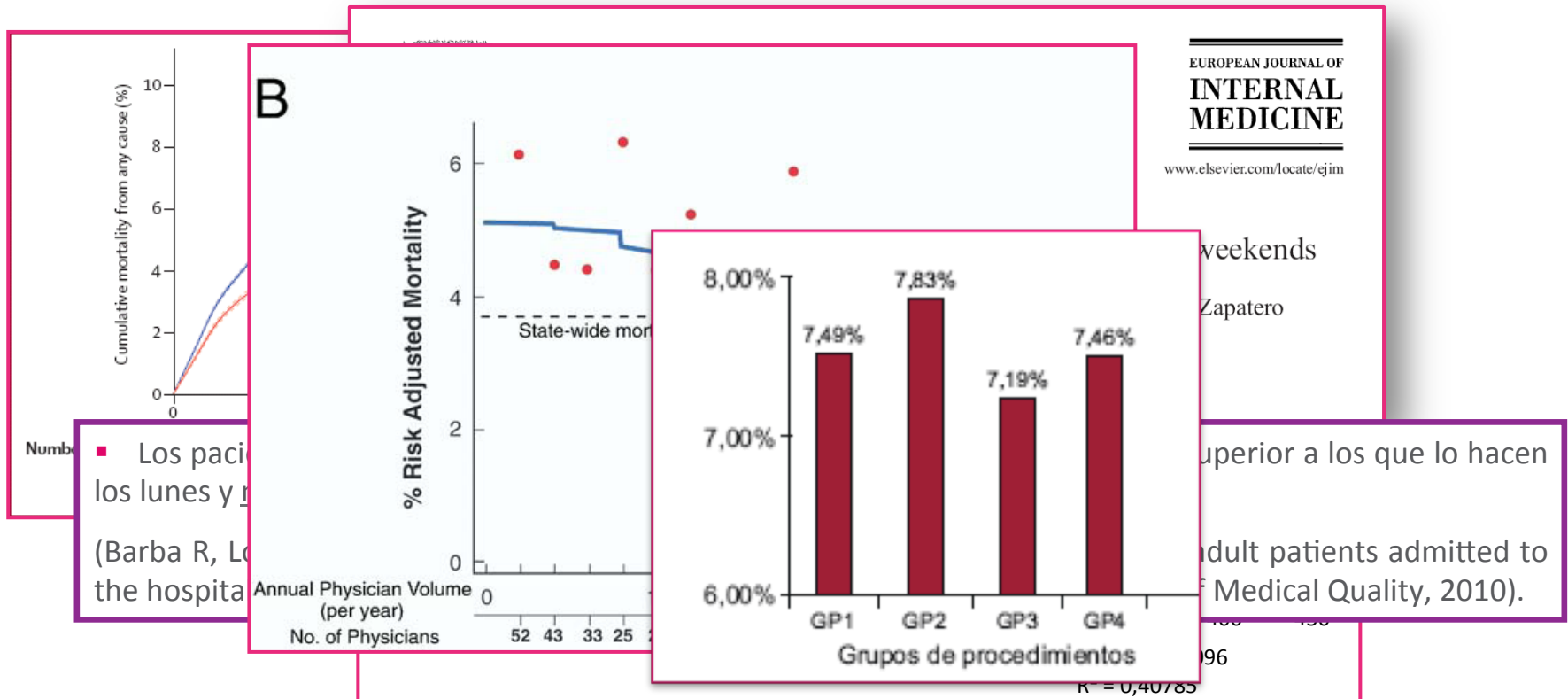
La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

Evidencia disponible



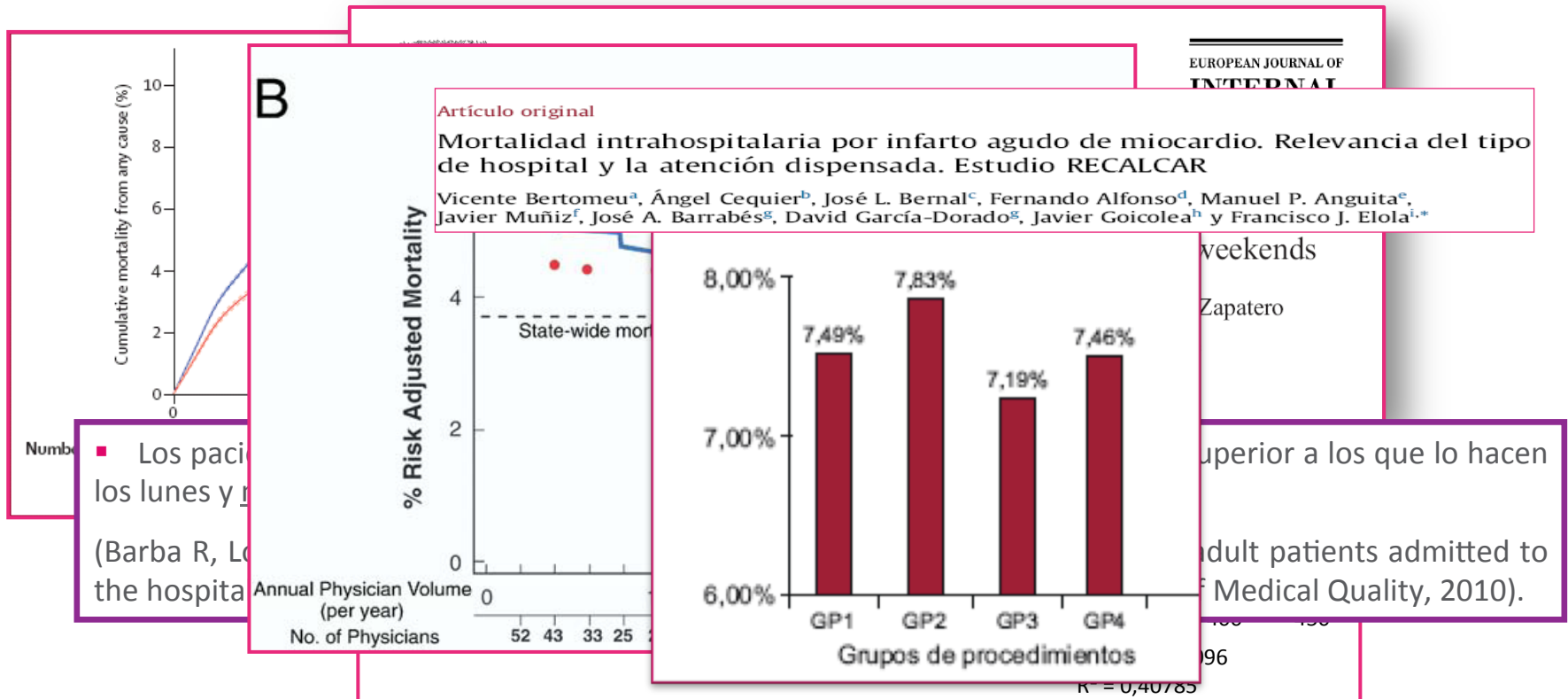
La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

Evidencia disponible



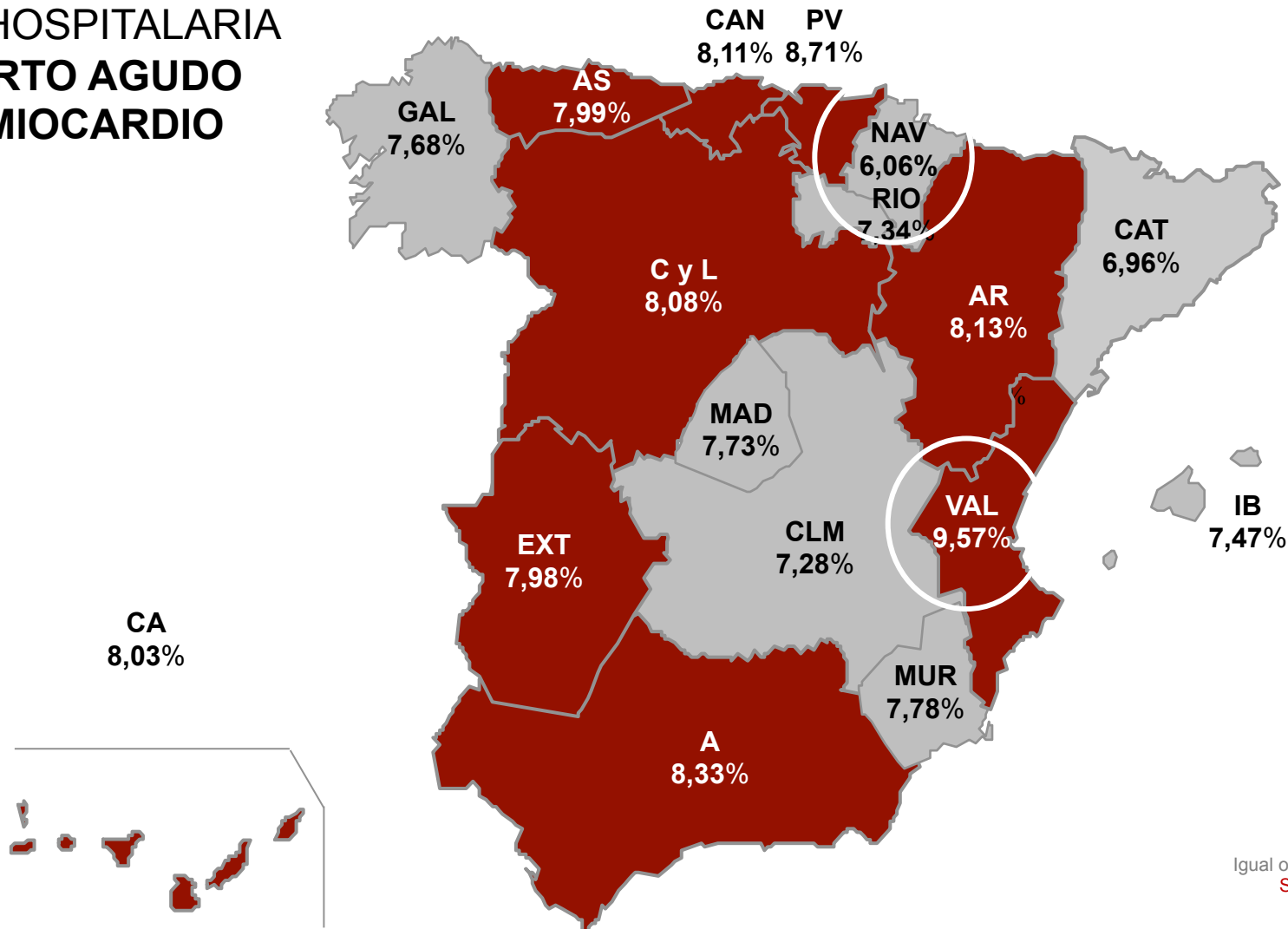
La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

Evidencia disponible



La organización y gestión en sanidad condicionan la actividad clínica y se traducen en resultados en salud

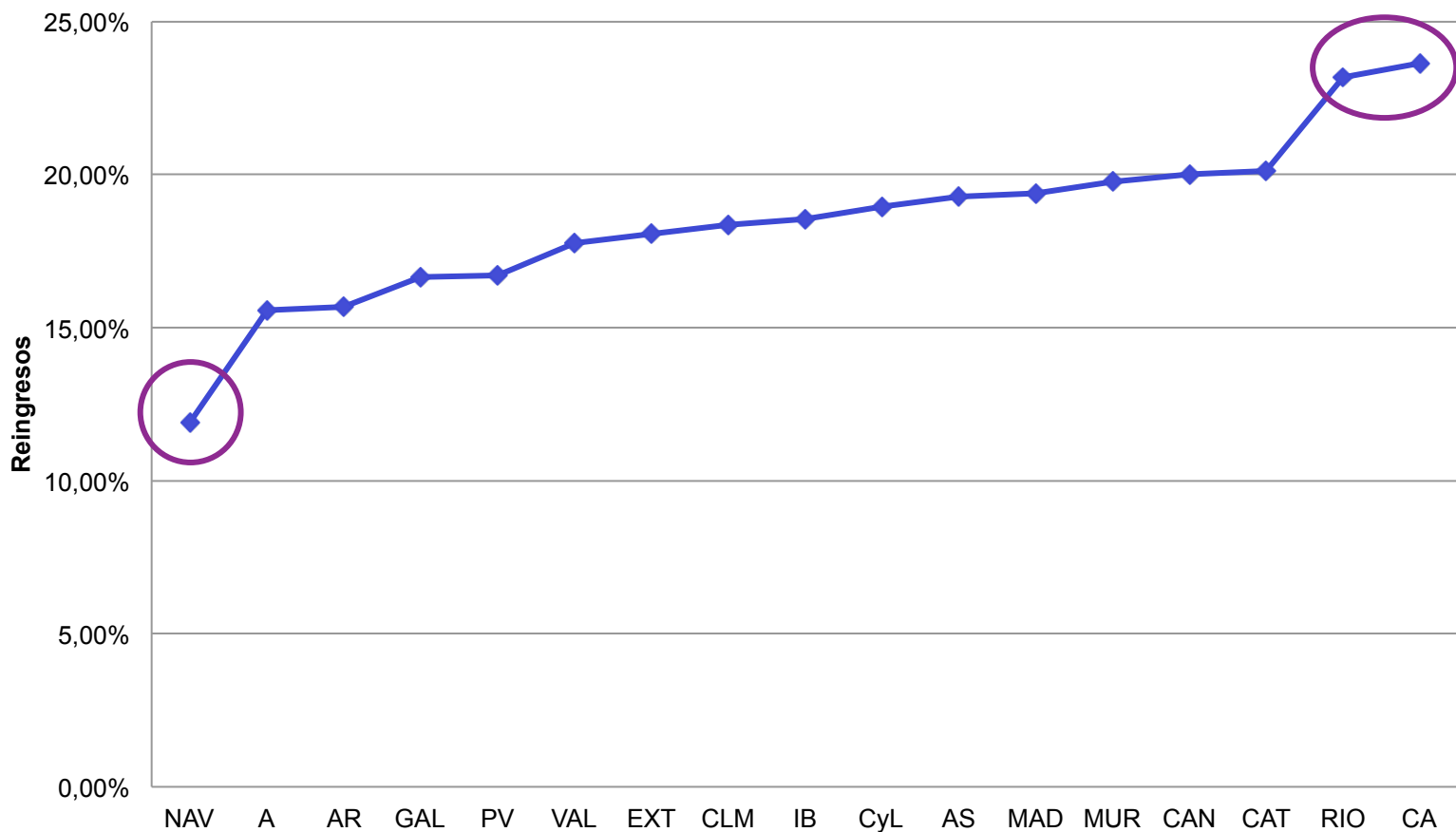
MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO



Igual o inferior a la media
Superior a la media

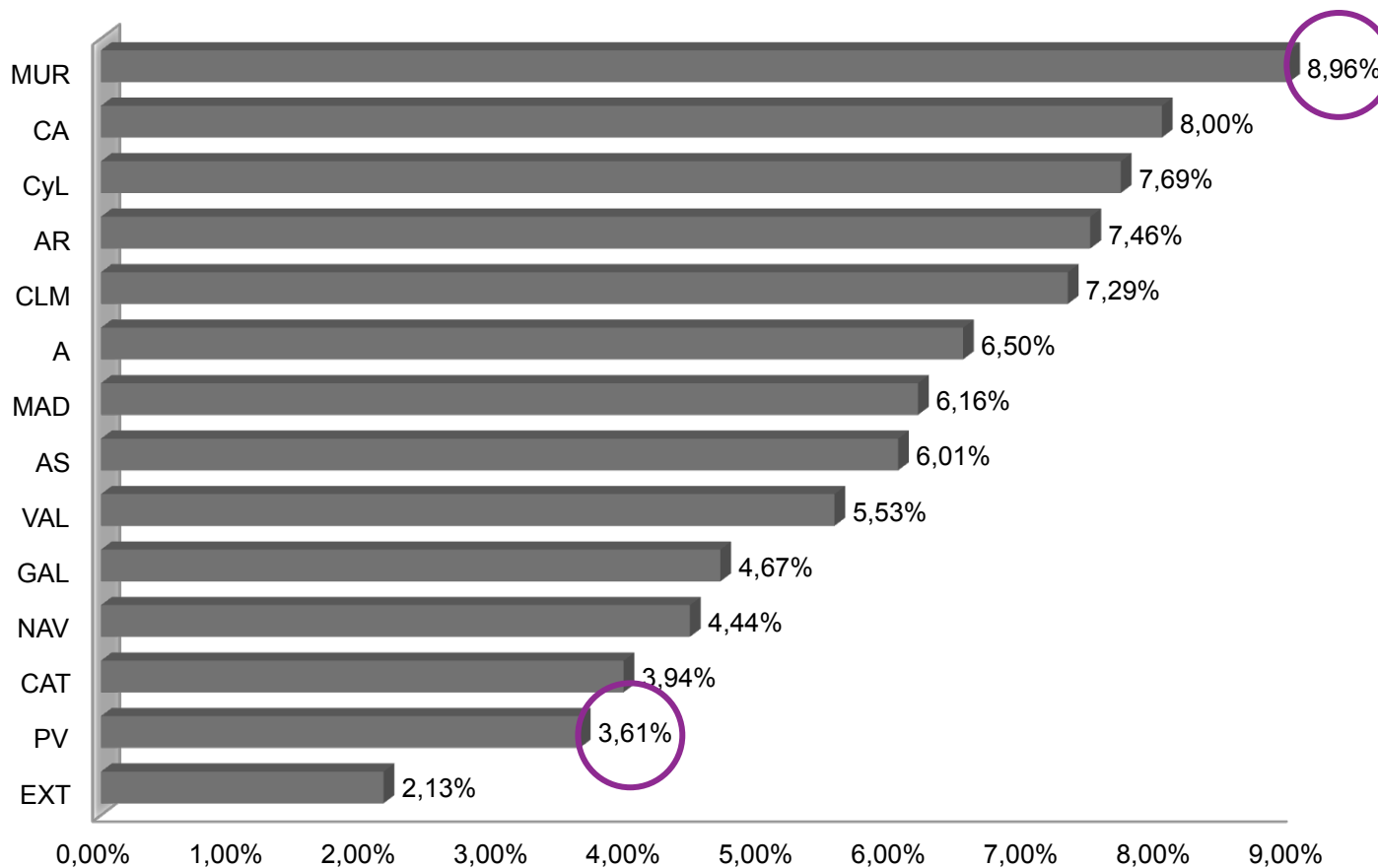
Desigualdades

REINGRESOS (a 30 días)
**INSUFICIENCIA
CARDIACA CONGESTIVA**



Desigualdades

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
TRAS BY-PASS AORTOCORONARIO



Desigualdades

	CC AA	REMAR IAM	DS REMAR IAM (HOSP.)
1	Andalucía	8,33%	0,83%
2	Aragón	8,13%	0,85%
3	Asturias	7,99%	1,39%
4	Baleares	7,47%	0,63%
5	Canarias	8,03%	1,87%
6	Cantabria	8,11%	0,54%
7	Castilla y Laón	8,08%	0,79%
8	Castilla-La Mancha	7,28%	1,07%
9	Cataluña	6,96%	1,67%
10	Comunidad Valenciana	9,57%	2,55%
11	Extremadura	7,98%	0,42%
12	Galicia	7,64%	1,14%
13	Madrid	7,73%	1,18%
14	Murcia	7,78%	0,96%
15	Navarra	6,06%	
16	País Vasco	8,71%	1,20%
17	Rioja	7,34%	
TOTAL		7,84%	0,75%

Las variabilidad entre hospitales de la misma Comunidad Autónoma es aún mayor que entre Comunidades Autónomas

Desigualdades

Las diferencias existen, entre Comunidades Autónomas y entre hospitales

Algunas de estas diferencias pueden estar justificadas (los modelos de ajuste de riesgo no explican el 100% de la variabilidad, otros problemas metodológicos, condicionantes demográficos y geográficos, etc.)

Sin embargo, cuando las diferencias no son explicables probablemente indican auténticas desigualdades en salud, algunas derivadas de políticas sanitarias distintas y deberían inducir la corrección de los aspectos organizativos y de gestión que condicionan peores resultados

Transparencia

Mount Sinai

U.S. National Rate

Rate of unplanned readmission for heart attack patients	No Different than U.S. National Rate	18.3%
Death rate for heart attack patients	No Different than U.S. National Rate	15.2%
Rate of unplanned readmission for heart failure patients	No Different than U.S. National Rate	23.0%
Death rate for heart failure patients	Better than U.S. National Rate	11.7%
Rate of unplanned readmission for pneumonia patients	Worse than U.S. National Rate	17.6%
Death rate for pneumonia patients	Better than U.S. National Rate	11.9%
Rate of unplanned readmission after hip/knee surgery	No Different than U.S. National Rate	5.4%
Rate of unplanned readmission after discharge from hospital (hospital-wide)	No Different than U.S. National Rate	16.0%

Transparencia

Alta complejidad	Casos	Altas	RME	IC	
H. Clínico San Carlos	84	1.194	0,99	0,79	1,23
H. Fundación Jiménez Díaz	36	500	0,81	0,57	1,13
H.G.U. Gregorio Marañón	77	983	1,10	0,87	1,38
H.U. 12 Octubre	80	942	1,17	0,93	1,45
H.U. de La Princesa	44	577	1,18	0,86	1,59
H.U. La Paz	61	966	1,04	0,80	1,34
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	50	670	1,22	0,90	1,61
H.U. Ramón y Cajal	68	825	1,08	0,84	1,37

Fuente: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org>

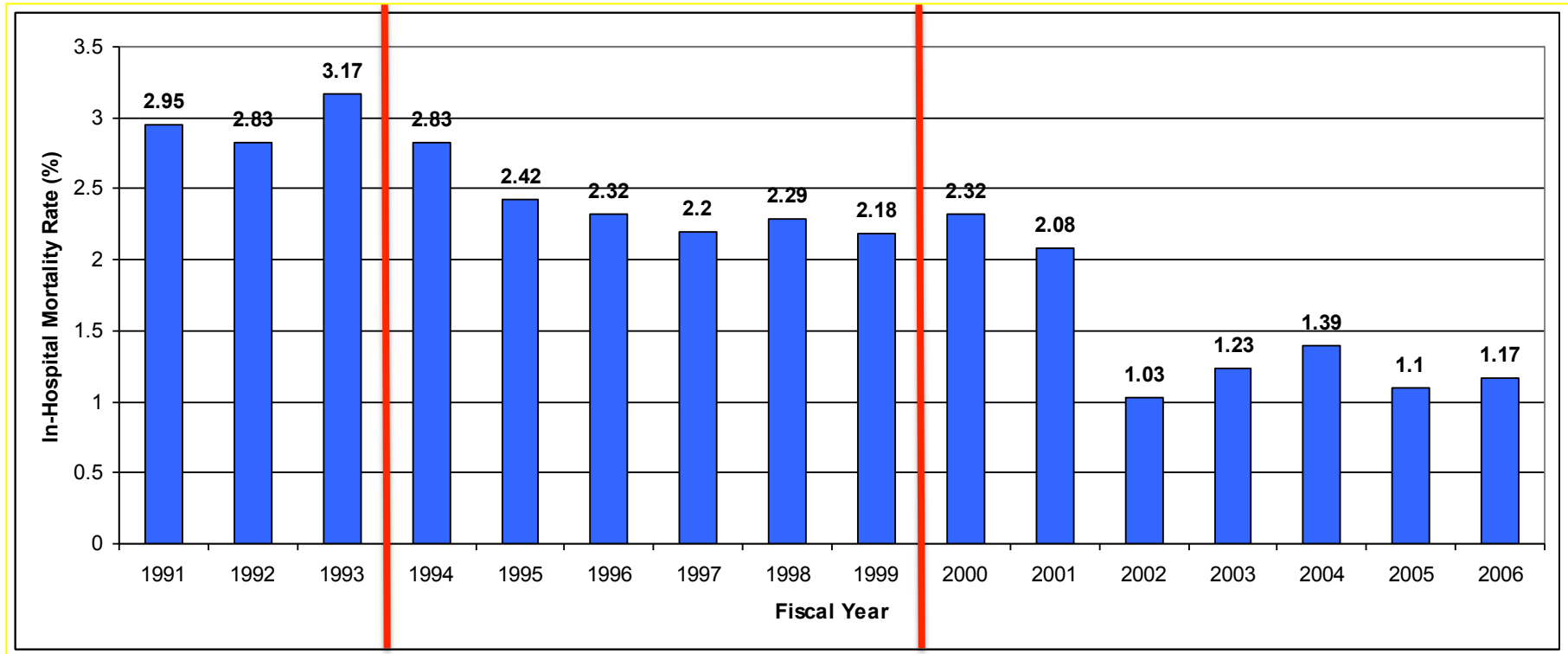
Nom_Indicador_Pare	Centre_CdB	Valor
Mortalitat ajustada per malalties seleccionades	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	0,97
Mortalitat per aneurisma d'aorta abdominal	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	0,83
Mortalitat en infart agut de miocardi amb elevació seg	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	0,98
Mortalitat en malaltia cardíaca congestiva	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	1,03
Reingressos a 30 dies per causes seleccionades	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	0,95
Reingressos a 30 dies per malaltia pulmonar obstructi	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	0,83
Reingressos a 30 dies per insuficiència cardíaca conge	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	1,03
Reingressos a 30 dies per complicacions de la diabetis	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	1,20
Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda post	HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL BARCELONA	1,48

Fuente: <http://www20.gencat.cat>

Transparencia

Transparencia

¿Sirve para algo (además de para llevarse “broncas”)?



Confidential
reporting

Public
reporting

Trends in in-hospital mortality rates after isolated CABG surgery in Ontario 1991-2006

Qué se hace (o no) en el Sistema Nacional de Salud

Se hacen “estándares y recomendaciones”, que no tienen carácter normativo y no se revisan

Se dispone de fuentes de información muy valiosas (CMBD del SNS, otras), que son escasamente conocidas por los clínicos y pobremente utilizadas para la planificación y gestión

Algunas Comunidades Autónomas han desarrollado “observatorios de resultados”, que podrían beneficiarse de un número de datos y elementos comparación de mayor tamaño y calidad si se hiciera en el ámbito del Sistema Nacional de Salud

Algunas Sociedades Científicas elaboran estándares con diferentes niveles de calidad científica y escasa evidencia empírica (pocos registros), que no obligan

Existen muy pocos registros, tanto de unidades asistenciales como de procesos / pacientes

Alunas Sociedades Científicas están iniciando registros de unidades e investigación en resultados de salud, analizando la asociación entre estructura y actividad y resultados (RECAL_CAR, RECAL_MIN y REACL_OM)

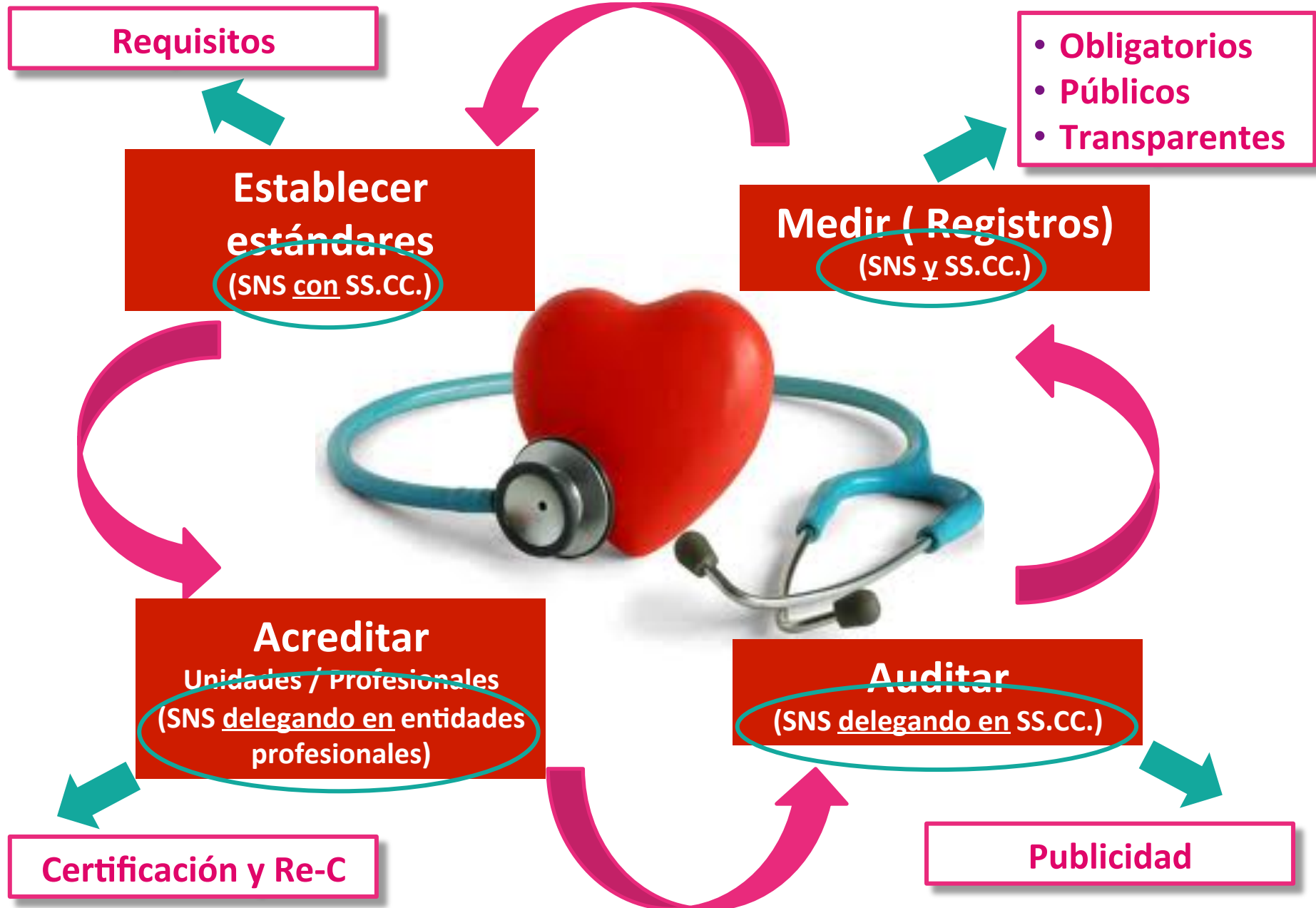
Qué se hace (o no) en el Sistema Nacional de Salud

Cuando nos comparamos con otros países occidentales desarrollados se hace poco en :

- 1. Desarrollo de evidencia propia (registros).**
- 2. Investigación en resultados.**
- 3. Establecimiento de estándares.**
- 4. Participación de las entidades científico-profesionales.**

Existen asimismo pocos (en relación, incluso con países con estructura federal) instrumentos de cohesión del Sistema Nacional de Salud (Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa, 2007)


Qué y quien debe hacer



Medir o no medir, no es el dilema

Medir o morir, es la cuestión



A red heart is the central focus, with a blue stethoscope wrapped around it. The stethoscope's chest piece is on the left, and its ear pieces are on the right. The background is plain white.

**Muchas
gracias por
su atención**