

# La qualitat de l'atenció hospitalària a Catalunya segons la visió dels professionals de la salut i els ciutadans

Mercè Mercader<sup>1</sup>, Glòria Oliva<sup>2</sup>, Josep Davins<sup>1</sup>, Laura Muñoz<sup>3,4</sup>, Noemí Robles<sup>4,5</sup>, Mireia Espallargues<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Sub-direcció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques. Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; <sup>2</sup>Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica. Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; <sup>3</sup>Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); <sup>4</sup>Red de Investigació en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC); <sup>5</sup>Universitat Autònoma de Barcelona.

## Introducció

La qualitat i la seguretat assistencials són elements clau que els sistemes sanitaris —i, en especial, els d'utilització pública com ara ho és el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT)— han de garantir a la ciutadania a la qual ofereixen els serveis. Definir la qualitat assistencial no és tan senzill com podria semblar inicialment, donat que es tracta d'un atribut que engloba i que pot incloure conceptes de vegades difícils d'objectivar, de quantificar o, fins i tot, d'acordar amb un consens professional i expert suficientment sòlid i extens. Cal afegir que les organitzacions sanitàries són altament complexes i que el seu producte final més important és el resultat en salut de la població atesa i, en definitiva, contribuir a millorar l'estat de salut dels ciutadans globalment. Per tant, l'impacte social de la qualitat i la seguretat assistencials dels dispositius sanitaris que integren el SISCAT és molt elevat. Això fa que, des de la perspectiva d'una sanitat pública justa i equitativa, aquests aspectes o dimensions de l'atenció sanitària siguin considerats com a punts crítics i essencials que caldrà garantir, avaluar i monitorar des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

També és essencial garantir la transparència i el retorn dels resultats assistencials obtinguts, mitjançant un tractament i anàlisi de la informació disponible que sigui útil, accessible i adaptada als interessos dels diferents agents implicats en la salut, tant a nivell professional com a nivell de la societat, la comunitat i les persones que vulguin disposar de la informació que considerin necessària.

## Com avançar en la definició de la qualitat assistencial

Malgrat la constatació d'una extensa literatura científica sobre aquest tema, millorar la definició i la identificació de la qualitat dels serveis sanitaris a Catalunya continua essent un dels grans reptes per al nostre sistema sanitari. Ni és tan fàcil definir-la, com ens podria semblar inicialment, ni tampoc ho és assolir un consens sobre els àmbits, aspectes i indicadors ni sobre la metodologia més adequada per mesurar-la. Tampoc és fàcil disposar de totes les fonts d'informació sistemàtiques i robustes per poder analitzar els resultats en qualitat de tots els dispositius assistencials, donat que els sistemes d'informació del SISCAT es troben en nivells diferents de desenvolupament.

Un dels reptes que es planteja a Catalunya, per millorar la definició de la qualitat assistencial de manera més sintètica i entenedora, és poder identificar quins són els aspectes més importants de la qualitat i la seguretat del pacient segons l'opinió dels diferents actors que interveuen en els processos d'atenció. La visió dels diferents col·lectius professionals —medicina, infermeria, gestors, planificadors, d'atenció a l'usuari— i la visió dels pacients, ciutadans, famílies i comunitats pot ser en gran mesura molt diferent i pot incloure una gran diversitat de matisos. Així, és evident que no tothom donarà la mateixa importància o valor als mateixos components de l'atenció sanitària donat que, entre altres coses, cadascú hi juga un rol específic (gestors sanitaris, professionals assistencials, pacients i familiars dels pacients, entre d'altres) i cada actor hi té uns interessos, una cultura, unes expectatives i unes necessitats diferents.

També és important tenir en compte, en el moment de definir la qualitat i la seguretat assistencials, quines són les característiques del nostre entorn sociopolític i quins són els trets fonamentals del model sanitari català, àmpliament reconegut a nivell local i també a nivell internacional. Així, l'elevat nivell d'excel·lència assolit pel nostre model també comporta un grau elevat d'exigència tècnica i científica que caracteritza el nostre entorn sanitari i la xarxa assistencial. Segurament per aquest motiu, en els

Correspondència: Mercè Mercader  
Sub-direcció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques  
Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària  
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya  
Travessera de les Corts, 131-159  
08028 Barcelona  
Tel. 935 566 221  
Adreça electrònica: mmercader@catsalut.cat

darrers 30 anys la qualitat assistencial ha estat habitualment explicitada com un dels eixos principals a desplegar des de la política sanitària a Catalunya.

Per tant, caldria arribar a un equilibri entre les diferents visions, cultures, expectatives i opinions; és a dir, es requereix afavorir un ampli consens sobre els elements fonamentals que haurien de caracteritzar la qualitat i la seguretat assistencials dels dispositius sanitaris a Catalunya.

### **Noves propostes per avaluar la qualitat i la seguretat assistencials a Catalunya: el projecte marca Q**

Avançar en noves fórmules per conèixer millor quins serveis estan oferint a la població els dispositius sanitaris del SISCAT, analitzar com ho estan fent, si utilitzen els recursos de manera sostenible i adequada, quins resultats en la millora de la salut n'obtenen i què n'opinen els diferents actors implicats en el procés assistencial, són eines essencials per al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per poder continuar impulsant la millora contínua de la qualitat global dels dispositius assistencials. En definitiva, avançar en l'avaluació dels serveis sanitaris.

El desenvolupament dels sistemes d'informació sanitària està posant a l'abast de les organitzacions sanitàries el coneixement sobre el seu funcionament i resultats. Actualment ja s'ha consolidat a la xarxa sanitària una valoració elevada sobre la importància de l'avaluació per poder identificar els problemes i emetre judicis de valor així com la possibilitat de millorar. La utilització d'indicadors i d'informació sanitària sistemàtica i de qualitat disponibles per poder millorar són característiques del nostre sistema sanitari i, de manera contínua, són discutides, analitzades, revisades i actualitzades per part de professionals dels diferents àmbits del sistema sanitari, amb la finalitat de poder garantir uns serveis d'excel·lència.

En aquest sentit, tot i reflectint aquesta realitat, un dels quatre eixos del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 continua essent l'atenció de qualitat, que inclou una línia estratègica d'actuació anomenada *Gestió de l'excel·lència i la seguretat assistencial* i un seguit d'accions i projectes a desenvolupar dirigits a la promoció de les millors pràctiques en relació amb la qualitat i la seguretat assistencials.

Una d'aquestes accions és el *Projecte marca Q de qualitat*, que té com a finalitat dissenyar una eina que permeti identificar la qualitat assistencial —en un sentit ampli—, seguidament utilitzar-la per fer una avaluació comparativa entre els dispositius assistencials i, per últim, poder donar un retorn dels resultats als proveïdors assistencials, per tal que puguin comparar-se amb aquells que n'hagin mostrat millors resultats (*benchmarking*).

Inicialment, el projecte s'ha portat a terme per als hospitals d'aguts del SISCAT sense ànim de lucre, amb

la previsió d'extensió progressiva a la resta de dispositius assistencials.

El projecte marca Q ha estat promogut per la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitàries (DGOPRS) del Departament de Salut i desenvolupat conjuntament amb l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

### **Objectius del Projecte marca Q**

L'objectiu general ha estat construir un indicador combinat o sintètic de diversos indicadors de qualitat assistencial per poder objectivar i valorar la qualitat de l'atenció hospitalària pública d'aguts.

Com a objectius específics s'ha considerat necessari:

- Definir el model dimensional i seleccionar els indicadors que millor expressin la qualitat assistencial dels hospitals.
- Desenvolupar l'estratègia més adequada per a la confecció de l'indicador sintètic.
- Implementar l'indicador sintètic en els hospitals d'aguts del SISCAT i, mitjançant un procés de *benchmarking*, establir criteris d'excel·lència en qualitat.

### **Metodologia**

Per a la construcció de l'indicador sintètic de qualitat hospitalària s'han seguit tres fases, de les quals en descriurem les dues primeres en aquest article.

#### **a) Definició del model dimensional de qualitat assistencial dels hospitals**

Per a la selecció de les dimensions i dels indicadors individuals de qualitat s'ha dut a terme una revisió exhaustiva de la literatura, grups de discussió amb experts i un procés de consens extens, mitjançant una enquesta en línia amb la plataforma *Health Consensus* (HC; basada en una modificació del mètode Delphi), amb professionals de la salut, en la qual s'ha obtingut la importància relativa (pesos) de les dimensions i els indicadors. Finalment, s'han realitzat dos grups focals amb pacients i cuidadors, per tal de contrastar els resultats obtinguts en el procés de consens extens d'indicadors amb l'opinió dels usuaris dels serveis sanitaris i de ciutadans representants dels pacients.

#### **b) Selecció de les mesures individuals a incloure a l'indicador sintètic**

Mitjançant la revisió dels sistemes d'informació sanitaris disponibles al SISCAT, al Departament de Salut i al Servei Català de la Salut, es van identificar els indicadors individuals disponibles per als hospitals generals d'aguts.

Es van descartar aquells indicadors individuals amb un 20% o més dels hospitals amb el valor més alt (efecte sostre) o més baix (efecte terra) possible per a aquell indicador. Els indicadors individuals finals es van agrupar en les dimensions seleccionades.

### c) Combinació de les mesures individuals i *benchmarking*:

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

Per a cada indicador individual, i per a cada dimensió, també s'ha calculat la mitjana de la puntuació que els experts van donar durant el procés de consens extens mitjançant l'HC (primera fase). Aquests valors s'han fet servir per ponderar els indicadors individuals i les dimensions a l'hora de construir l'indicador sintètic.

## Resultats

A continuació es presenten els resultats de la primera fase, definició del model dimensional de qualitat assistencial dels hospitals, i de la segona, selecció i ponderació de les dimensions i indicadors de qualitat de l'atenció hospitalària.

### a) Dimensions seleccionades

S'ha definit el model dimensional a partir de la revisió de la literatura i d'experiències similars nacionals i internacionals. Pel que fa a les dimensions de la qualitat, s'ha adaptat el model de la *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH) de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), resultant en les següents dimensions: efectivitat clínica i adequació, eficiència i sostenibilitat, orientació cap als professionals, seguretat dels pacients i atenció centrada en el ciutadà.

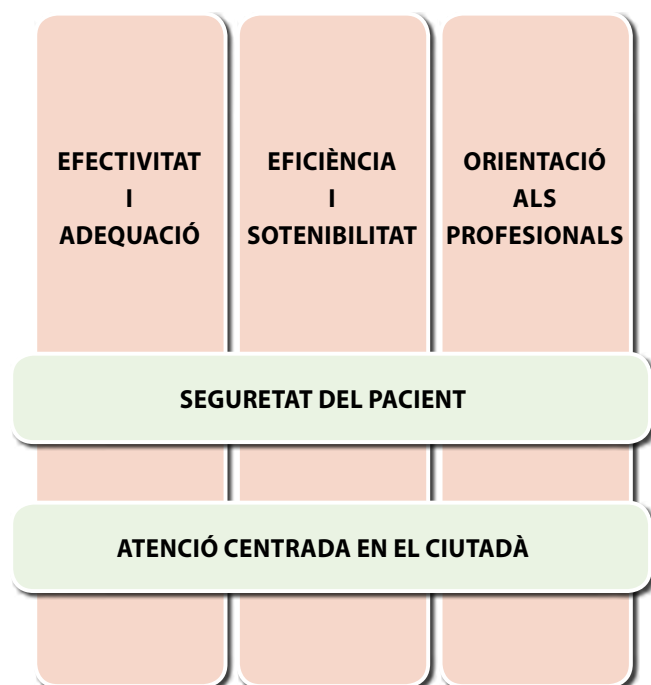


FIGURA 1. Model dimensional marca Q

### b) Indicadors seleccionats

– De la revisió bibliogràfica, van resultar un total de 94 indicadors. Aquesta selecció es va presentar i discutir juntament amb el model dimensional en el marc de grups de discussió amb 50 experts de diferents perfils professionals.

– Posteriorment, aquest model dimensional i els indicadors proposats van ser sotmesos a un procés de consens extens, mitjançant una enquesta en línia amb la plataforma HC, en el qual van participar el 43% (n = 308) dels més de 713 professionals convidats de perfils seleccionats: clínics, planificadors, gestors sanitaris i d'atenció a l'usuari.

– Del conjunt d'indicadors, els professionals van seleccionar-ne 27 que van considerar més rellevants per avaluar la qualitat assistencial hospitalària (amb una puntuació entre 8 i 9, en una escala del 0 al 9, per part de més del 75% de cada col·lectiu professional) i també van proposar-ne alguns de diferents.

– Posteriorment es van presentar i discutir aquests indicadors en el si de 2 grups focals integrats per representants de pacients i cuidadors.

– Fruit d'aquest procés i de la discussió de l'equip de treball es varen identificar nous indicadors rellevants per a l'avaluació de la qualitat que no s'havien especificat en etapes prèvies, resultant en total 57 indicadors.

– Posteriorment, aquests indicadors es van revisar, se'n va comprovar la disponibilitat als sistemes d'informació del SISCAT i es van descartar aquells amb un efecte sobre o terra o bé que aportaven la mateixa informació.

El resultat final va ser de 47 indicadors individuals, agrupats en 4 dimensions: efectivitat clínica i adequació (12 indicadors), eficiència i sostenibilitat (8), seguretat del pacient (9) i atenció centrada en la ciutadania (18). El pes de cada dimensió obtingut a partir de l'HC va ser de 8,48 punts, 7,91 punts, 8,78 punts i 7,96 punts, respectivament. A la Taula 1 es mostren les dimensions i els indicadors individuals seleccionats, amb la ponderació que van obtenir a l'enquesta.

Va quedar excloua la dimensió d'orientació cap als professionals per manca de disponibilitat dels indicadors proposats per aquesta dimensió.

## Conclusions

S'ha pogut obtenir la informació de la major part dels indicadors seleccionats a partir del consens previ, excepte pel que fa a la dimensió sobre orientació cap als professionals, per manca de disponibilitat d'informació.

Aquest treball ha permès identificar algunes necessitats d'informació que actualment no són encara disponibles i que són considerades importants per a l'avaluació de la qualitat i la seguretat assistencials per part dels professionals de la salut i dels ciutadans. És per això que pot ajudar a definir línies de millora que caldria potenciar des del Departament de Salut.

TAULA 1. Dimensions i indicadors individuals seleccionats per al càlcul de l'indicador sintètic i el seu pes obtingut a la fase de consens extens, mitjançant la plataforma en línia *Health Consensus*

Dimensió (pes de la dimensió en una escala de 0 al 9)	Indicadors individuals	Pes de l'indicador individual
<b>Efectivitat clínica i adequació</b>  (8,48)	Mortalitat hospitalària per patologies seleccionades (a l'alta i a 30 dies)	7,46
	Reingressos per patologies seleccionades	6,79
	Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions	7,98
	Mortalitat hospitalària en condicions de baix risc	8,43
	Pacients amb codi infart atesos en menys de 120 minuts (ECG-baló)	7,73
	Temps entrada sala-baló de pacients en codi infart	7,73
	Temps porta-agulla en trombolisi intravenosa per ictus isquèmic	7,73
	IQF: indicador "Selecció"	8,01
	IQF: indicador "Ús racional de nous medicaments"	7,30
	Hemorràgia o hematoma postoperatoris	7,86
	Insuficiència respiratòria postoperatoria	7,86
	Embolisme pulmonar o trombosi venosa profunda postoperatoris	7,86
<b>Eficiència i sostenibilitat</b>  (7,91)	Rendibilitat dels ingressos d'explotació	6,90
	Cash-flow generat	7,02
	Solvència	6,98
	Cost estimat per UME assistencial	6,98
	Cost anual per pacient en MHDA: antiretrovirals per VIH	6,85
	Cost anual per pacient en MHDA: immunosupressors biològics	6,85
	Raó de funcionament estàndard	7,24
	Cirurgia major ambulatoria	7,48
<b>Seguretat del pacient</b>  (8,78)	Úlceres per pressió	8,19
	Bacterièmia de catèter vascular venós	8,47
	Bacterièmia de catèter venós central associada a la nutrició parenteral	8,47
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de còlon	8,41
	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai en la cirurgia electiva de recte	8,41
	Pneumònia associada a ventilació mecànica	8,37
	Punció o laceració accidental	8,35
	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	8,37
	Caigudes en pacients hospitalitzats	8,09
<b>Atenció centrada en la ciutadania</b>  (7,96)	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits intervinguts	7,13
	Temps d'espera per procediments quirúrgics garantits i no garantits pendents d'intervenció	7,13
	Índex de reclamacions en l'hospitalització d'aguts per contacte	7,92
	Tracte i relació personal del metge i les infermeres	8,24
	Competència professional	8,50
	Continuïtat assistencial	8,30
	Organització/coordinació	8,16
	Satisfacció global dels usuaris	7,84
	Informació rebuda durant l'estada a l'hospital	8,16
	Consentiment informat	8,48
	Ajuda a controlar o millorar el dolor	7,92
	Accessibilitat percebuda/temps d'espera a urgències	7,64
	Accessibilitat percebuda/temps a la llista d'espera	7,64
	Informació rebuda durant l'estada a urgències	8,16
	Intimitat del pacient	7,92
	Confidencialitat	7,92
Suport i atenció psicosocial	7,60	
Poder donar la seva opinió	7,92	

Glossari: IQF: índex qualitat farmacèutica; UME: unitat mèdica assistencial; MHDA: medicació hospitalària de dispensació ambulatoria.

D'altra banda, la selecció de dimensions i indicadors de qualitat ha permès tant identificar les diferents visions de cada col·lectiu professional com poder prioritzar aquells que actualment són més valorats per la seva importància i que, per tant, podran tenir més pes en el moment d'analitzar els resultats. També ha permès validar l'opinió professional, tot incorporant la visió dels pacients i els ciutadans obtinguda mitjançant els grups focals.

Caldrà, ara, seleccionar la millor estratègia possible de construcció de l'indicador sintètic de qualitat, ponderant els indicadors individuals i les dimensions d'acord amb les opinions expressades per ampli consens. I serà molt important facilitar el retorn dels resultats de l'avaluació comparativa a tots els centres i als professionals que han participat en aquest procés de consens ampli; l'avaluació ha de servir per tal que continuï la discussió i per poder posar a prova la seva utilitat per millorar la qualitat.

### REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Agency for Healthcare Research and Quality [seu Web]. Rockville, MD: U. S. Department of Health & Human. Inpatient Quality Indicators Overview. Disponible a: [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi\\_resources.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_resources.aspx). Accés el 21 de juliol de 2017.
2. Canadian Institute for Health Information. Canada [seu Web]. Disponible a: <http://www.cihi.ca>. Accés el 21 de juliol de 2017.
3. Centers for Medicare and Medicaid Services [seu Web]. Hospital quality initiatives: Hospital Quality Alliance. Baltimore, MD. Disponible a: [http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/33\\_HospitalQualityAlliance.asp](http://www.cms.hhs.gov/HospitalQualityInits/33_HospitalQualityAlliance.asp). Accés el 21 de juliol de 2017.
4. Centre for Prevention and Health Services Research. Dutch Health Care Performance Report 2010. Bilthoven, The Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Disponible a: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260602006.pdf>. Accés el 21 de juliol de 2017.
5. European Community Health Indicators Monitoring [seu Web]. Disponible a: [http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object\\_class/echishort\\_echim\\_health-systems.html](http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_class/echishort_echim_health-systems.html). Accés el 21 de juliol de 2017.
6. Generalitat de Catalunya. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació sanitària de Catalunya. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/model\\_sanitari\\_catala/historia\\_del\\_model/losc\\_25\\_anys/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/losc_25_anys/). Accés el 21 de juliol de 2017.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Pla de Salut 2016-2020; 2016. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/Pla\\_salut/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/). Accés el 21 de juliol de 2017.
8. International Quality Indicators Project [seu Web]. Disponible a: <http://www.internationalqip.com/indicators-es.aspx>. Accés el 21 de juliol de 2017.
9. OECD [seu Web]. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing; 2011. Disponible a: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en). Accés el 21 de juliol de 2017.
10. The Joint Commission. Performance measurement initiatives. Disponible a: <http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/PerformanceMeasurement/default.htm>. Accés el 21 de juliol de 2017.
11. World Health Organization. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2007.