

# Análisis de la actividad asistencial. Una perspectiva balanceada entre las distintas visiones y puntos de vista

Francesc Cots Reguant

PID\_00195372



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Actividad asistencial.....</b>	<b>7</b>
1.1. Actividad con ingreso .....	7
1.2. Actividades ambulatorias .....	8
1.2.1. Cirugía mayor ambulatoria .....	8
1.2.2. Cirugía menor ambulatoria .....	8
1.2.3. Hospital de día .....	8
1.2.4. Consultas ambulatorias .....	8
1.2.5. Pruebas diagnósticas y terapéuticas .....	9
1.3. Actividad realizada por el departamento de urgencias .....	9
<b>2. La actividad docente.....</b>	<b>11</b>
<b>3. La investigación.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Diferencia entre episodio y proceso.....</b>	<b>13</b>
<b>5. Sistema de información para la gestión.....</b>	<b>15</b>
<b>6. Sistema de información integral para la gestión. Ejemplo de un cuadro de mando integral.....</b>	<b>17</b>
6.1. Entorno tecnológico y organizativo del sistema de información IMASIS .....	17
6.2. Características del cuadro de mando integral PSMar .....	18
6.3. Características de los indicadores que incorpora SisClinics .....	19
6.4. Listado de indicadores .....	20
<b>7. Anexo. Indicadores cuadro de mando.....</b>	<b>22</b>



## Introducción

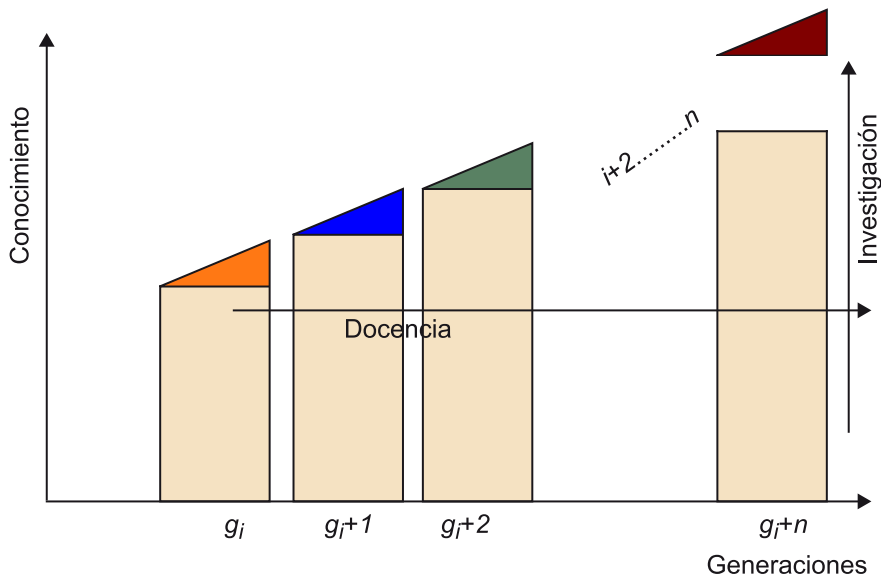
### Actividad, no solamente actividad asistencial

Cuando hablamos de un centro sanitario pensamos inmediatamente en su actividad asistencial como su misión principal. Quizá por ello no resulta del todo evidente que haya otros tipos de actividad que conformen la finalidad de un centro sanitario. Sin dejar de ser cierto que la asistencia es una razón necesaria para hablar de un hospital o un centro de atención primaria, debemos recordar que no es razón suficiente para que un centro asistencial mantenga su actividad en el tiempo y que mejore continuamente su capacidad de resolución.

La labor docente que se realiza en un centro sanitario, ya sea de formación universitaria, formación profesional o bien formación de residentes de las distintas especialidades de grado superior o medio es también una razón necesaria para la perpetuación de la actividad de estos centros. En las especialidades relacionadas con la atención sanitaria (médicos en sus distintas especialidades, enfermeras o bien otros profesionales, como farmacéuticos, biólogos, o físicos), la relación entre formación teórica y práctica es muy intensa, de manera que forma parte de la actividad de los profesionales preparar a sus recambios naturales, a sus sucesores.

Un sector sanitario se descapitaliza si no forma a los futuros profesionales, que deben, cuando menos, reproducir la capacidad profesional de los antecesores. Por ello la docencia es razón necesaria para la supervivencia sector sanitario. Visto desde un punto de vista dinámico, la investigación y la innovación son necesarias para garantía del crecimiento real de un sector que debe responder adecuadamente al incremento de las expectativas sociales.

Gráfico 1. La transmisión del conocimiento de los profesionales de la salud



Un centro sanitario realiza con igual intensidad y necesidad tres grandes tipos de actividad:

- Asistencial
- Docente
- Investigadora

# 1. Actividad asistencial

La actividad asistencial se divide en tres grandes ámbitos:

- Actividad con ingreso
- Actividad ambulatoria
- Actividad de urgencias

## 1.1. Actividad con ingreso

Se considera ingreso cuando el proceso asistencial requiere de más de un día de estancia en el hospital.

Cuando el ingreso hospitalario ha terminado se produce el alta médica. Para el análisis de la actividad en muchas ocasiones nos referimos a las altas realizadas y no a los ingresos. La diferencia es mínima cuando el período analizado es suficientemente largo y la duración de la estancia de los pacientes es la normal en un centro de agudos. La ventaja es que siempre conoceremos toda la información del episodio en el período analizado, puesto que este ya ha terminado.

La información asociada a un proceso de ingreso hospitalario permitirá diferentes análisis posteriores:

- 1) Productividad y costes
- 2) *Case-mix*
- 3) Calidad

### 1) Productividad y costes

La información asociada nos permitirá analizar si el ingreso ha sido programado o bien ha sido fruto de una urgencia, el tiempo de duración del ingreso (el número de estancias), cuántos de ellos han sido en unidades especiales, el tiempo de quirófano y el número de cirujanos por intervención, el consumo de fármacos, prótesis, sangre y productos hematológicos, pruebas y analíticas.

### 2) *Case-mix*

En segundo lugar la información que nos permitirá analizar su *case-mix*: sexo, edad, circunstancia al alta y los diagnósticos y procedimientos realizados.

### 3) Calidad

#### Ejemplo

Por ejemplo, un ingreso por un accidente vascular transitorio o bien por una intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica.

#### Ejemplo de unidades especiales

UCI, coronarias, semiintensivos, quemados u otras unidades con un nivel de cuidados y monitorización superior a las camas convencionales.

Y en tercer lugar, la información necesaria para el análisis de la calidad del proceso y del resultado. Entre las muchas informaciones necesarias, destacan los registros de infecciones nosocomiales, muerte y riesgo asociado de muerte según severidad, edad y patología; caídas, úlceras por presión, efectos adversos de medicamentos, reingresos y reintervenciones, entre otras.

#### Ejemplo de infecciones nosocomiales

Bacteriemias, multirresistentes como los MARSAs, infecciones en herida quirúrgica o bien, neumonías por ventilación mecánica

## 1.2. Actividades ambulatorias

### 1.2.1. Cirugía mayor ambulatoria

Son las intervenciones mayores realizadas en quirófano y con anestesia que no necesitan de una estancia del paciente superior a un día.

#### Ejemplo

Por ejemplo, la intervención de cataratas de la que se habla anteriormente.

**Información útil:** De esta actividad debemos conocer para su evaluación la misma información que para un enfermo ingresado, a excepción del ingreso en planta, ya que su estancia en el hospital se realiza en una unidad de cirugía sin ingreso (UCSI).

#### Ved también

Podéis consultar el gráfico 1 del módulo "El coste como medida de resultado de la actividad asistencial".

### 1.2.2. Cirugía menor ambulatoria

En este apartado se incluyen el resto de procedimientos quirúrgicos, normalmente realizados en el dispensario.

#### Ejemplo

Por ejemplo, intervenciones dermatológicas realizadas en dispensario.

**Información útil:** En este caso, el grado de información se reduce al número de actos realizados, ya que no se dispone de forma generalizada de información que permita una valoración más afinada, como en el caso de los ingresos y del análisis de su *case-mix*.

### 1.2.3. Hospital de día

Ingresos inferiores a una estancia y sin pernocta, en los que el enfermo recibe algún tipo de tratamiento.

#### Ejemplo

La quimioterapia.

**Información útil:** Para este tipo de actividad no se dispone actualmente de mucha información, aparte de los consumos de fármacos, que suelen ser elevados. De momento no se ha generalizado la codificación con CIE-9-MC de la actividad de hospital de día, por lo que no es normal disponer de información para analizar el *case-mix* de estas actividades.

### 1.2.4. Consultas ambulatorias

Se diferencia entre la primera visita y la visita sucesiva o de seguimiento, o incluso entre visita sucesiva de seguimiento de aquellas sucesivas destinadas a actuaciones auxiliares: curas o resultados.



**Información útil:** La información relacionada con estos episodios es también muy pobre por norma general y hasta que no se generalice su codificación por CIE-9-CM no se podrá identificar más que el número de visitas.

### **Primeras visitas**

Consultas programadas donde se realice el primer contacto del paciente con el hospital sobre una patología concreta.

#### **Ejemplo**

La consulta de un enfermo remitido por su médico de cabecera debido a que presenta síntomas que pueden relacionarse con la presencia de cáncer colorrectal.

### **Visitas de seguimiento o sucesivas**

Consultas donde se sigue ambulatoriamente el resultado de las pruebas diagnósticas o de los tratamientos que ha recibido el paciente.

#### **Ejemplo**

Visitas para analizar los resultados de una analítica consecuencia de la primera visita o bien la consulta después del alta de una intervención quirúrgica.

### **1.2.5. Pruebas diagnósticas y terapéuticas**

Se agrupan bajo este epígrafe todas las exploraciones que realizan los laboratorios de analítica o de patología, el departamento de radiodiagnóstico, o la actividad diagnóstica y terapéutica que hacen los diferentes servicios clínicos del hospital.

#### **Ejemplo**

Entre estos últimos, destacan los servicios de neumología, digestivo, cardiología y vascular por el número de pruebas que realizan, aunque que cada vez más, el resto de servicios incorporan diferentes pruebas como parte de su actividad.

### **1.3. Actividad realizada por el departamento de urgencias**

La mayor parte de la actividad ambulatoria definida anteriormente es actividad programada y solamente las exploraciones originadas por una atención en urgencias o bien el ingreso consecuencia de una atención urgente toman también este carácter. Cuando el contacto con los servicios sanitarios se hace de forma urgente el dispositivo necesario para poderle dar respuesta es totalmente distinto. Los centros sanitarios capaces de atender a pacientes con un problema de salud urgente deben contar con un dispositivo de atención permanente, capaz de dar respuesta a cualquier tipo de urgencia médica. Las atenciones realizadas en urgencias tienen diferente trascendencia, ya sean visitas que retornan a su domicilio después de una exploración y un diagnóstico rápidos, o bien que desencadenan un ingreso hospitalario.

#### **Ved también**

En el anexo se muestra un listado de las más importantes aun no teniendo la voluntad de ser exhaustiva.

**Información útil:** Como en el caso de la actividad ambulatoria, la falta generalizada de codificación de la actividad realizada reduce la capacidad de evaluación de la actividad y solamente nos queda como recurso la estratificación de la actividad de urgencias con relación a la especialidad a la que ha sido asignada: ya sea una urgencia pediátrica, ginecológica, traumatológica, médica o de aquella tipología para la cual haya recursos específicos dispuestos.

## 2. La actividad docente

El conjunto de la actividad docente incorpora el tiempo dedicado a la formación reglada en las unidades docentes del hospital, así como el seguimiento y tutoría de los residentes y otros estudiantes en prácticas que necesitan una alta dedicación de los profesionales.

**Información útil:** Se debe incorporar la actividad docente como suma de una actividad realizada y nunca como menos tiempo para realizar actividad asistencial.

### 3. La investigación

La producción científica es indispensable para la mejora continua de los procesos y resultados asistenciales del centro sanitario.

**Información útil:** La dificultad para valorar la actividad investigadora es evidente, de manera que se valora normalmente sobre la base de las publicaciones científicas resultantes, ya sea en números absolutos o bien ponderados por el factor de impacto de las publicaciones donde se han publicado.

## 4. Diferencia entre episodio y proceso

Hemos definido los episodios más relevantes que un centro sanitario suele realizar, o dicho de otra forma, cualquier actividad realizada sobre un paciente puede incluirse en alguno de los apartados descritos anteriormente. Con el conocimiento sobre el volumen de actividades y episodios, podemos dimensionar la relación entre actividad y recursos; y también algunos elementos relacionados con la eficiencia y la calidad. Sin embargo, no tenemos una visión global del proceso o del resultado desde el punto de vista del paciente, al cual le interesa básicamente el resultado final del proceso asistencial y no solamente de los episodios aislados que lo componen. Al paciente, por consiguiente, le importa cómo ha sido atendido de forma continuada desde el inicio de su proceso hasta el momento en que se determina que el proceso ha terminado.

La realidad de los sistemas de información actuales no es especialmente adecuada a la definición de un proceso completo. De hecho, en su mayoría los sistemas de información son reflejo del tipo de gestión que se ha querido o podido realizar en los centros sanitarios. El hospital del siglo XX pretendía una gestión de tipo gerencial-hospitalaria, o dicho de otra forma, que intentaba maximizar el rendimiento de la estructura existente y que por tanto, pretendía profesionalizar la gestión de los recursos para la realización de cada una de las actividades, sin pretender gestionar el proceso en su conjunto.

En distintas unidades de este curso se ha definido el concepto de gestión clínica y su clara vocación de poner al paciente en el centro de los criterios que deben regir la gestión de un hospital. Fruto de los principios de la gestión clínica, se han introducido las **unidades funcionales**, en las que se prima la continuidad asistencial y la protocolización y estandarización de los procesos.

En el apartado de costes y ejemplificándolo con la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal, definíamos un proceso que abarcaba desde las pruebas de extensión para la confirmación de la existencia de un cáncer colorrectal, hasta cómo se relacionaban y sucedían los distintos tratamientos, cómo se organizaban los equipos multidisciplinares para realizarlos, maximizando la experticia de cada uno en las zonas fronterizas donde distintas especialidades pueden intervenir y actuar de manera distinta o, como mínimo, paralela. La existencia de una unidad funcional pasa pues por la definición clara de un proceso (un tipo de enfermo) que, a partir de cumplir lo que podríamos llamar criterios de inclusión, deberá ser atendido de una manera preestablecida y por los profesionales que los protocolos de atención determinen. La existencia de las unidades funcionales es un paso adelante importante en el abordaje de determinadas enfermedades y lo es, en consecuencia, para los sistemas de información. A partir de la existencia de las unidades funcionales deberemos ser capaces de leer la información generada de una manera integral y relacionada con el pro-

### Ved también

Podéis consultar el ejemplo citado en el subapartado 1.7 del módulo "El coste como medida de resultado de la actividad asistencial".

ceso preestablecido. La juventud de las primeras unidades funcionales impide visualizar de forma consolidada cómo deben ser los sistemas de información que darán respuesta a las necesidades de su gestión, es decir, de los procesos estructurados y definidos en su conjunto. Los indicadores no son solamente de volumen de actividades parceladas o bien de su eficiencia en el ámbito de episodio, sino que podemos analizar cómo se desencadena el proceso y qué resultado final se relaciona con la tipología del enfermo atendido. Si se analizan los **intervalos** que se suceden desde la primera visita hasta el diagnóstico definitivo, de este con el primer tratamiento de elección y con los coadyuvantes, así como el **tiempo** que transcurre hasta el final del proceso terapéutico, se podrá relacionar la supervivencia intrahospitalaria y posiblemente la derivada de su seguimiento a diversos años. El **grado de satisfacción del paciente** también tendrá mucho más valor cuando se pueda relacionar con un **proceso concreto**.

En el módulo “El coste como medida de resultado de la actividad asistencial” remarcábamos el hecho de conocer el coste que suponía cada actividad, lo más desagregada posible, para poder valorar más adelante el coste de cada episodio.

De la misma manera, una vez valorado cada episodio se puede valorar cada proceso como la suma de los costes de cada episodio y así poder analizar la eficiencia de un proceso en su conjunto, aportar información sobre el impacto económico de la introducción de una unidad funcional y planificar y modelizar qué impacto pueden tener las medidas de mejora continua que la gestión clínica incorpora como principio fundamental.

## 5. Sistema de información para la gestión

La actividad que se realiza en un hospital debemos poder analizarla de manera sistemática y relacionarla con los recursos que la hacen posible. Para ello contamos con los cuadros de mando que nos reportan de forma sistemática la información sobre la producción de todas las actividades anteriormente descritas. Un cuadro de mando no es más que una manera estructurada de reproducir la información sobre aquellas actividades e indicadores que nos permiten conocer el día a día de un servicio, un hospital o un centro de atención primaria.

Un cuadro de mando puede ser monográfico de un departamento concreto (de urgencias, de personal...) o puede ser integral, es decir, que supone el resumen de manera equilibrada del conjunto de actividades e indicadores que se producen en un centro asistencial. Para que un simple cuadro de mando pase a ser un **cuadro de mando integral**, deben cumplirse una serie de **requisitos** importantes:

- Definición única de las fuentes de información a utilizar. (De no ser así, se pueden producir disfunciones en las valoraciones de determinadas actividades en función de la fuente utilizada.)
- Criterios comunes en todas las actividades e indicadores a la hora de valorar sus unidades y distribución por la estructura del hospital. (De otra forma, una unidad de análisis puede disponer, aun teniendo el mismo nombre, de diferentes criterios a la hora de contabilizar actividad y por ejemplo recursos humanos.)
- Criterios comunes a la hora de definir cuántos y cuáles son los indicadores útiles para cada tipología de actividad y recursos que se quieran monitorizar. (De otra forma tendremos sesgos incomprensibles en el número de indicadores de actividades concretas por el simple hecho de que sea más fácil su cuantificación, o bien debido a criterios individuales de determinados agentes del sistema.)
- Criterios comunes a la hora de definir la estructura de la presentación de los datos y su seguimiento temporal o bien con respecto a estándares externos.

Si además de ser un cuadro de mando integral es capaz de **incorporar elementos estratégicos para valorar el cumplimiento de los objetivos básicos** para la organización, ya podremos estar hablando del *balanced scorecard*. Ideado por **Robert Kaplan** y **David Norton** en 1992, que pretende introducir los objetivos estratégicos en el seguimiento continuado para la toma de decisiones.

No se trata solamente de conocer la cantidad del indicador, debemos conocer hasta qué punto ayuda ese indicador con ese valor a cumplir los objetivos estratégicos establecidos por la organización. En la práctica la diferencia entre un cuadro de mando integral y un *balanced scorecard* es poco clara. Si comprendemos que es necesario relacionar los distintos indicadores con el cumplimiento de los objetivos estratégicos, le daremos el apelativo anglosajón como un certificado de máxima calidad.

En este contexto los **KPI**<sup>1</sup> son los indicadores que nos permiten valorar el cumplimiento estratégico. Por lo tanto, a los **indicadores clave en un *balanced scorecard*** los llamaremos **KPI**.

<sup>(1)</sup> *Key performance indicators.*



## 6. Sistema de información integral para la gestión. Ejemplo de un cuadro de mando integral.

### Antecedentes y justificación

Durante los 25 años de existencia del Parc de Salut Mar, este organismo ha desarrollado un sistema de información pionero que ha permitido a sus profesionales disponer de indicadores a tiempo real de la totalidad de las aplicaciones operacionales que soportan el día a día de los hospitales y centros asistenciales de distinto nivel que lo conforman.

Para entrar definitivamente en la cultura de la gestión clínica y aprovechar al máximo las virtudes del **sistema de información integrado** del PSMAR, a partir de ahora **IMASIS**, así como de las nuevas tecnologías de entorno gráfico, se ha desarrollado un sistema de información de soporte a la gestión clínica.

### Objetivos

- Obtener indicadores sintéticos de gran valor añadido fruto del cruce de información de las distintas aplicaciones en tiempo real.
- Disponer de una presentación gráfica amigable que haga llegar mejor el sentido e intensidad de los indicadores a los clínicos.
- Seleccionar indicadores que permitan la definición de una matriz de informaciones básicas para el seguimiento de la actividad, las listas de espera, el *case-mix*, la calidad, la productividad y los costes de los diferentes servicios clínicos.
- Estandarizar los indicadores para el conjunto de servicios clínicos de atención de enfermos agudos, de salud mental y sociosanitarios.

### 6.1. Entorno tecnológico y organizativo del sistema de información IMASIS

El **IMASIS** es un sistema de información integrado que mantiene el conjunto de aplicaciones informáticas operacionales del PSMar.

Ello incluye admisiones, programación y seguimiento de la actividad asistencial (consultas, hospitalización, CMA, quirófanos y exploraciones complementarias), recursos humanos, facturación, contabilidad, almacenes, farma-

cia, laboratorio, anatomía, radiología, pruebas complementarias. También forman parte del sistema integrado las aplicaciones de infecciones y de análisis de costes. Solamente es externo y necesita una transferencia de información los agrupadores de GRD.

Integra la información con criterios de total homogeneidad de los distintos centros que conforman el PSMar: Hospital del Mar, Hospital de la Esperança, Centro Fórum, INAD<sup>2</sup>, Centre Assistencial Emili Mira, Centro de Asistencia de Urgencias Pera Camps y centros ambulatorios de asistencia primaria (PASSIR, CSMA CSMIJ). En total son 1.350 camas, 33.000 altas, 14.000 intervenciones quirúrgicas, 145.000 urgencias, 390.000 consultas y 34.000 sesiones de hospital de día anuales.

<sup>(2)</sup>Instituto de Neuropsiquitría y Adicciones.

Las distintas aplicaciones de explotación y análisis de la información operacional se realizan mediante un mapeo lógico, que permite agrupar la información de las distintas aplicaciones operacionales y presentarla homogéneamente según los requerimientos expresados por el usuario, lo que se denomina *data warehouse*.

En cuanto al *data warehouse*, merece especial mención todo su proceso, mediante el cual todos los registros informáticos son tratados para que puedan ser analizados de manera homogénea. Para ello se ha diseñado un grupo importante de Tablas de hechos<sup>3</sup> que recogen todas las actividades y recursos empleados en el desarrollo de la actividad general del conjunto de PSMar. Su definición es el punto clave del proceso del sistema de información. Una vez definidas estas *fact tables* se van alimentando de forma continuada desde los sistemas operacionales, de manera que se dispone toda la información necesaria y a la vez cumple los requisitos de homogeneidad y está acotada según se ha definido colegiadamente por el conjunto de la organización.

<sup>(3)</sup>*Fact tables*.

## 6.2. Características del cuadro de mando integral PSMar

1) **Perfil adaptable.** Permite autodefinir el nivel de análisis. La estructura de información se basa en centros de coste y hospitales. Sobre esta estructura desagregada se pueden definir los servicios clínicos finales según un mapeo que agrupa los distintos centros de coste en unidades funcionales para la gestión clínica. Alternativamente se podrá analizar la información agregada por unidades funcionales (en fase de desarrollo). Ello es posible debido a que las unidades funcionales han protocolizado su proceso asistencial y de esta manera el sistema de información IMASIS es capaz de identificar el proceso asistencial del paciente y asignarle todas las actividades que se han realizado en este proceso, que va desde el momento en que se inicia el contacto con algún

centro del IMAS hasta que se le da el alta de dicho proceso una vez realizado el diagnóstico, los distintos tratamientos protocolizados y el seguimiento hasta el fin del proceso asistencial.

**2) Estructura temporal de comparación.** Se define la estructura de comparación temporal de forma única y estable en la que se dibujan hasta cuatro niveles de análisis: el mensual, el acumulado anual, el mes a mes del último año y el anual de los últimos años con información homogénea.

**Nota**

De forma inicial se han incluido 5 años para la información de actividad (*stock*).

**3) Relación directa del indicador con los episodios que lo componen.** De un lado se puede descender desde el indicador sintético hasta el registro individual, pasando por los GRD cuando el indicador está relacionado con la definición de producto hospitalario, o dicho de otra manera, con las técnicas de *case-mix*.

Por otro lado, los indicadores sintéticos se pueden obtener por componentes jerárquicamente menores que el servicio clínico: las secciones y los médicos. El nivel de información de servicio permite una interlocución entre el jefe de servicio y la dirección del centro y los niveles inferiores permiten interlocución entre el jefe de servicio y los responsables de cada sección y con los médicos en particular.

**4) Lectura dirigida según objetivos pactados.** Los indicadores de variación tienen la posibilidad de ser informados de manera que den información gráfica sobre si estas variaciones están por encima o por debajo del rango de variación pactada entre el servicio y la dirección. Ello permite una lectura rápida siguiendo los remarcados en verde y rojo que pueden aparecer para cada indicador.

### 6.3. Características de los indicadores que incorpora SisClinics

#### 1) Características necesarias (requerimientos básicos):

- **Factibilidad y fiabilidad.** Disponer de unas tablas de hechos sólidas permite asegurar que los algoritmos de cálculo de los indicadores siempre nos devuelvan indicadores de calidad. Para asegurar la estabilidad de un indicador lo fundamental es asegurar la estabilidad y calidad de la información que define numerador y denominador del indicador.
- **Validez.** Se valora con el mismo criterio de condición necesaria que no haya discusión alguna sobre la validez del indicador, ya sea técnicamente o conceptualmente.
- **Trazabilidad.** Es necesario que los distintos indicadores tengan la posibilidad de tener una lectura en el corto, medio y largo plazo de una manera

homogénea. Siempre se podrá revisar el indicador hasta llegar al valor de cada elemento que lo compone, es decir, la historia clínica.

## 2) Otras características (valores):

- **Estandarización.** Una virtud básica para cualquier indicador es disponer de valores de referencia estándar o incluso *benchmark* para referenciar nuestra situación relativa. Por ello se ha basado la definición de los indicadores y criterios de ajuste de riesgo en conceptos claramente aceptados por la literatura.
- **Espectro.** Se ha querido minimizar el número de indicadores pero manteniendo la capacidad de dibujar un estado general del servicio analizado en las distintas áreas consideradas básicas: actividad, acceso, *case-mix*, calidad, productividad y costes.
- **Orientados a objetivos de gestión.** Se ha pretendido definir aquellos indicadores que aporten información de todos aquellos aspectos que sea relevante monitorizar como elementos clave para la gestión.

## 6.4. Listado de indicadores

Actividad	Calidad y casuística
Altas	Complejidad (peso GRD)
Estancia media bruta	Tasa de sustitución de la CMA (de lasist)
Presión de urgencias	Razón de funcionamiento estándar
IQ mayores programadas	Mortalidad bruta
IQ mayores urgentes	Razón de mortalidad estándar (IMAR de lasist)
IQ mayores ambulatorias (CMA)	Razón de complicaciones estándar (ICAR de lasist)
IQ menores	Reingresos prematuros (IRAR de lasist)
Primeras visitas CE hospital Visitas sucesivas CE hospital Primeras visitas en Atención Primaria	Episodios con Infección nosocomial
Visitas sucesivas en Atención Primaria	Productividad y costes
Sesiones hospital de día	Médicos y MIR eq. 40h
Tratamientos diagnósticos y terapéuticos	Médicos y MIR con dedicación asistencial
(lista expandible para cada servicio)	Unidad estandarizada de valoración (UEV)
Listas de espera	Productividad por médico con dedicación asistencial
Días espera para primera visita	Coste medio por alta

### Ved también

En el anexo podéis consultar las fichas de los distintos indicadores.

<b>Actividad</b>	<b>Calidad y casuística</b>
Días de espera quirúrgica	Coste relativo del alta
Enfermos en lista de espera quirúrgica	

## 7. Anexo. Indicadores cuadro de mando

Indicadores cuadro de mando

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Altas</b>
Código del indicador	100
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Admisiones
Formato	Valor
Descripción operativa	Altas externas convencionales de hospitalización y de cirugía mayor ambulatoria (CMA)
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Estancia Media Bruta</b>
Código del indicador	101
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Admisiones
Formato	Valor con un decimal
Descripción operativa	Cociente entre la suma de las estancias de las altas externas convencionales de hospitalización y el número de las altas. Es el valor promedio de los días de estancia de las altas del período
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Presión de Urgencias</b>
Código del indicador	102
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Admisiones
Formato	%
Descripción operativa	Cociente entre las urgencias ingresadas y los ingresos totales de hospitalización convencional *100. Es la proporción de las altas del servicio que han ingresado por urgencias
<b>Nombre del indicador</b>	<b>IQ Mayores Programadas</b>
Código del indicador	302
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual

<b>Origen en sistema de información</b>	Quirófanos
<b>Formato</b>	Valor
<b>Descripción operativa</b>	Procedimiento quirúrgico de medía o alta complejidad realizado con anestesia en quirófano de forma programada y con ingreso
<b>Nombre del indicador</b>	<b>IQ Mayores Urgentes</b>
<b>Código del indicador</b>	303
<b>Tipo de indicador</b>	Actividad
<b>Periodicidad</b>	Mensual
<b>Origen en sistema de información</b>	Quirófanos
<b>Formato</b>	Valor
<b>Descripción operativa</b>	Procedimiento quirúrgico de medía o alta complejidad realizado con anestesia en quirófanos de forma urgente y con ingreso
<b>Nombre del indicador</b>	<b>IQ Mayores CMA</b>
<b>Código del indicador</b>	304
<b>Tipo de indicador</b>	Actividad
<b>Periodicidad</b>	Mensual
<b>Origen en sistema de información</b>	Quirófanos
<b>Formato</b>	Valor
<b>Descripción operativa</b>	Procedimiento quirúrgico de medía o alta complejidad realizado con anestesia en quirófano de forma ambulatorio
<b>Nombre del indicador</b>	<b>IQ Menores</b>
<b>Código del indicador</b>	305
<b>Tipo de indicador</b>	Actividad
<b>Periodicidad</b>	Mensual
<b>Origen en sistema de información</b>	Quirófanos
<b>Formato</b>	Valor
<b>Descripción operativa</b>	Procedimiento quirúrgico de baja complejidad realizado en quirófano, dispensario y RAE en régimen ambulatorio
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Visitas Hospital</b>
<b>Código del indicador</b>	00303
<b>Tipo de indicador</b>	Actividad
<b>Periodicidad</b>	Mensual
<b>Origen en sistema de información</b>	Consultas Externas
<b>Formato</b>	Valor

Descripción operativa	Número de visitas realizadas en consultas externas y separadamente entre primeras y sucesivas
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Visitas en Atención Primaria</b>
Código del indicador	00304
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Consultas Externas
Formato	Valor
Descripción operativa	Número de visitas realizadas a Atención Primaria y separadamente entre primeras y sucesivas
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Hospital de día</b>
Código del indicador	00305
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Consultas Externas
Formato	Valor
Descripción operativa	Número de sesiones de Hospital de día
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Tratamientos y diagnósticos y terapéuticos</b>
Código del indicador	00306
Tipo de indicador	Actividad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Consultas Externas
Formato	Valor
Descripción operativa	Relación agregada según consenso con los clínicos del listado de pruebas existentes
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Días de espera para primera visita</b>
Código del indicador	00201
Tipo de indicador	Acceso
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Consultas Externas
Formato	Valor
Descripción operativa	Tiempo de espera previsto en función de la actividad realizada y los pacientes en lista



<b>Nombre del indicador</b>	<b>Días de espera para intervención quirúrgica</b>
Código del indicador	00204
Tipo de indicador	Acceso
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Quirófanos
Formato	Valor
Descripción operativa	Tiempo de espera previsto en función de la actividad realizada y los pacientes en lista
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Complejidad</b>
Código del indicador	00301
Tipo de indicador	Casuística y calidad
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	CMBDAH
Formato	Valor con cuatro decimales
Descripción operativa	Peso GRD medio de las altas. GRD AP
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Tasa de sustitución CMA (ICSIAI indicadores de lasist)</b>
Código del indicador	00302
Tipo de indicador	Casuística y calidad
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	IAmetrics
Formato	%
Descripción operativa	Indicador confeccionado por lasist
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Razón de funcionamiento estándar</b>
Código del indicador	00303
Tipo de indicador	Casuística y calidad
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	IAmetrics
Formato	Valor con cuatro decimales
Descripción operativa	Indicador confeccionado por lasist
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Indicador de complicaciones ajustado por riesgo (ICAR de lasist)</b>
Código del indicador	00304
Tipo de indicador	Casuística y calidad

Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	IAmetrics
Formato	Valor con cuatro decimales
Descripción operativa	Indicador confeccionado por lasist
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Indicador de mortalidad ajustado por riesgo (IMAR de lasist)</b>
Código del indicador	00305
Tipo de indicador	Casuística y calidad
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Admisiones
Formato	Valor con cuatro decimales
Descripción operativa	Indicador confeccionado por lasist
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Indicador de reingresos ajustado por riesgo (IRAR de lasist)</b>
Código del indicador	00307
Tipo de indicador	Casuística y calidad
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	lametrics
Formato	Valor con cuatro decimales
Descripción operativa	Indicador confeccionado por lasist
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Episodios de bacteriemias</b>
Código del indicador	00308
Tipo de indicador	Casuística y calidad
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	Programa de Infecciones
Formato	%
Descripción operativa	Número de bacteriemias intra-hospitalarias (nosocomiales) por altas en el período *100
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Médicos y MIR</b>
Código del indicador	00401
Tipo de indicador	Productividad y costes
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Recursos Humanos
Formato	Valor con un decimal

Descripción operativa	Media de médicos equivalentes a 40 horas del período analizado
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Médicos ajustados con dedicación asistencial</b>
Código del indicador	00402
Tipo de indicador	Productividad y costes
Periodicidad	Mensual
Origen en sistema de información	Fact-tables de Recursos Humanos
Formato	Valor con dos decimales
Descripción operativa	Médicos menos efectivos asignados a urgencias en horario laboral, libranzas de las guardias realizadas y dedicación a procesos reglados de gestión, calidad e investigación
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Unidad estandarizada de valoración (UEV)</b>
Código del indicador	00405
Tipo de indicador	Productividad y costes
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	resumen del propio sistema de indicadores
Formato	Valor
Descripción operativa	Altas por Peso GRD más Primera Visita * 0,045 más Visita Sucesiva * 0,0225 más Hospital de día * 0,086 más urgencias atendidas en horario laboral * 0,0458 más Pruebas ponderadas más intervenciones menores * 0,0965.
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Productividad por médico</b>
Código del indicador	00406
Tipo de indicador	Productividad y costes
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	resumen del propio sistema de indicadores
Formato	Valor
Descripción operativa	Cociente entre actividad ponderada (indicador 405) y el número de médicos ajustados por productividad (indicador 402)
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Coste por alta</b>
Código del indicador	00407
Tipo de indicador	Productividad y costes
Periodicidad	Periódico
Origen en sistema de información	Contabilidad analítica PSMar
Formato	Valor

<b>Descripción operativa</b>	Coste medio de las altas ingresadas y de CMA
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Coste relativo por alta</b>
<b>Código del indicador</b>	00408
<b>Tipo de indicador</b>	Productividad y costes
<b>Periodicidad</b>	Periódico
<b>Origen en sistema de información</b>	Contabilidad analítica PSMar
<b>Formato</b>	Valor con dos decimales
<b>Descripción operativa</b>	Cociente entre el coste medio de alta del Servicio y el coste medio del alta del PSMar