



ORIGINAL BREVE

Central de Resultados del ámbito sociosanitario en Cataluña. Evolución 2013–2018



Ingrid Bullich-Marín ^{a,b,c,*}, Anna García-Altés ^{d,e,f}, Ramon Miralles-Baseda ^{g,h},
M. Eulàlia Juvé-Udina ^{i,j,k}, Eva M. Melendo-Azuela ^{a,c,k} y Sebastià Santaeugènia-González ^{a,c}

^a Plan director sociosanitario, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^b Departamento de Enfermería del Parc Taulí, Hospital Universitario, Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT), Sabadell, Barcelona, España

^c Grupo de investigación en Cronicidad de la Cataluña Central (C3RG), Vic, Barcelona, España

^d Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona, España

^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

^f Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^g Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^h Dirección Clínica Territorial de Cronicidad Metropolitana Norte, Instituto Catalán de la Salud, Badalona, Barcelona, España

ⁱ Dirección de cuidados, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España

^j Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona, España

^k Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de agosto de 2021

Aceptado el 25 de enero de 2022

On-line el 19 de febrero de 2022

Palabras clave:

Atención intermedia

Sociosanitario

Benchmarking

Transparencia

Enfermería

RESUMEN

Objetivo: La Central de Resultados (CdR) nace con la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados por los diferentes agentes del sistema sanitario, en base a medidas relevantes. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de los indicadores utilizados en la CdR del ámbito sociosanitario (CdR-SS), incluyendo algunos indicadores sensibles a la práctica enfermera.

Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal de los 6 informes de CdR-SS (2013–2018). Se analizan indicadores que incluyen actividad realizada, días de estancia, consecución de objetivos rehabilitadores, altas a domicilio, mortalidad y úlceras por presión.

Resultados: Hubo un aumento de la actividad en las diferentes líneas y una disminución en los días de estancia. Los resultados mostraron heterogeneidad entre centros. La mejora funcional y las altas a domicilio mostraron una tendencia creciente, mientras que la mortalidad tendió a disminuir. Se mantuvo estabilidad en la prevalencia de úlceras por presión de grados III–IV.

Conclusiones: La CdR-SS ha incluido diferentes indicadores en los diversos informes para mejorar la capacidad de evaluación y benchmarking sociosanitario. Los informes de CdR-SS aportan transparencia y rendimiento de cuentas del ámbito e invitan a profundizar en la mejora de este sector, mostrando que evoluciona hacia la atención intermedia con la entrada de subagudos y la mayor eficiencia de convalecencia. La incorporación de indicadores sensibles a la práctica enfermera contribuye a visibilizar los cuidados y al colectivo enfermero.

© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Results Centre of Social and Health Care Network in Catalonia. Evolution 2013–2018

ABSTRACT

Objective: The Results Centre's (RC) mission is to measure, evaluate and disseminate the results achieved by the different agents of the health system, based on relevant measures. The purpose of this research is to describe the evolution of indicators used in the social and health care network RC (RC-SH), including some indicators sensitive to nursing practice.

Keywords:

Intermediate care

Social and health care

Benchmarking

Accountability

Nursing

* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: ingridbullich@yahoo.es, ingridbullich@gmail.com, ibullich@tauli.cat (I. Bullich-Marín).

Method: Observational, descriptive cross-sectional study based on data from 6 RC-SH reports (2013–2018). Indicators including activity carried out, days of stay, achievement of rehabilitation goals, discharge to home, mortality and pressure ulcers are analysed.

Results: There was an increase in activity on the different social and health resources and days of stay decrease. Results were heterogeneous between centres. Functional improvement and home discharge showed an increasing trend, while mortality tended to decrease. The prevalence of grade III–IV pressure ulcers was maintained.

Conclusions: RC-SH reports have included different indicators to improve the capacity of evaluation and benchmarking for social and health network. These reports provide transparency and accountability in the field and invite further improvement in this sector. Also RC-SH results show that social and health network evolves towards intermediate care with the entry of subacute resources and the greater efficiency of convalescence. The incorporation of indicators sensitive to nursing practice contributes to making nurses and nursing care visible.

© 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El envejecimiento de la población se asocia a un aumento de personas mayores frágiles y con enfermedades crónicas, hecho que hace necesario que los sistemas sanitarios adapten sus recursos para mejorar su atención¹. El Plan de Salud de Cataluña 2011–2015 planteó una transformación del sistema sanitario, en el que tomaron relevancia los recursos de atención sociosanitaria, orientándolos a la atención intermedia, con la finalidad de evitar ingresos o estancias innecesarias en hospitales de agudos, maximizar la independencia y potenciar el retorno al domicilio, evitar o disminuir la institucionalización de larga duración y ofrecer atención paliativa a aquellas personas con enfermedad en fase avanzada o terminal^{2,3}.

Cualquier política sanitaria debe sostenerse en la evidencia disponible y ser evaluada sólidamente, ofreciendo transparencia y rendición de cuentas⁴. En este contexto, se crea la Central de Resultados (CdR)⁵ que tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados por los diferentes agentes del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña. La CdR ofrece *feedback* del rendimiento de los centros de manera nominal, en base a medidas relevantes, potenciando la calidad de la atención e identificando tendencias, problemas emergentes y experiencias de gestión sanitaria exitosas⁶. Los primeros informes de la CdR del ámbito sociosanitario (CdR-SS) aparecieron en 2013 y desde entonces se han publicado 6 informes que han permitido crear la cultura de la evaluación y *benchmarking* entre los centros⁵.

Los informes de CdR-SS han incorporado sistemáticamente indicadores sensibles a la práctica enfermera (influidos por la variación en la calidad o cantidad de los cuidados) con la finalidad de medir la aportación enfermera⁷. Entre los más frecuentemente identificados están los relacionados con las úlceras por presión (UPP), la mortalidad y las actividades de la vida diaria⁸.

El objetivo de este trabajo es describir la evolución de los resultados obtenidos en las unidades de hospitalización sociosanitaria según la CdR-SS, con interés en analizar algún indicador sensible a la práctica enfermera.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo de tendencias de los indicadores que contienen los 6 informes de la CdR-SS.

Ámbito de estudio

Los servicios de hospitalización sociosanitaria se encuentran en 96 centros distribuidos en todo el territorio catalán. Se dispone en

total de 4.530 camas de larga estancia -LE-; 3.676 de atención intermedia (2.245 convalecencia, 411 de cuidados paliativos [UCP], 715 de media estancia polivalente y psicogeriatría y 305 subagudos)².

Objetos de estudio

Entre los indicadores de los 6 informes de CdR-SS con datos nominales por centro basados en el conjunto mínimo básico de datos de recursos sociosanitarios (CMBD-RSS) -*anexo 1*-, se analizan los de hospitalización generales (actividad realizada, días de estancia) y aquellos identificados como sensibles a la práctica enfermera (altas a domicilio, mortalidad, UPP y mejora funcional)⁷ que disponen de datos como mínimo de 3 años (para ver tendencias).

Resultados

Las personas atendidas y los episodios ofrecen una visión del volumen de actividad realizada, que cada vez es a personas más mayores. Todas las líneas realizaron más actividad, especialmente la línea de subagudos, que pasó de no existir a atender a 10.865 personas en el 2017 (*tabla 1*).

La estancia media de LE disminuyó en casi 2 meses. También en la convalecencia decrecieron progresivamente los días de estancia (2,5 días en la mediana y en 7 días la media), aunque para el grupo más prevalente (grupo RUG-III A -rehabilitación-) la mediana se mantuvo. Esta estabilidad también se observó en subagudos con medias y medianas inferiores a 10 días. En UCP hubo una leve disminución de días de estancia mediana, a pesar de que la media se dobló en 2017 (*tabla 1*).

El perfil rehabilitador en convalecencia y LE tendió a aumentar, llegando casi a un 75% y a un 50% respectivamente, y entre el 70 y 75% de pacientes fueron alta a su domicilio habitual. Alrededor del 60% de estas personas en convalecencia lo hicieron con un mejor estado funcional (mediana de 4 puntos de mejora en el índice de actividades de la vida diaria). En subagudos el retorno a domicilio fue próximo al 70%, disminuyendo 2,9 puntos en los últimos años. En UCP el porcentaje de altas a domicilio se situó en el 2017 cerca del 22% siendo 4 puntos superior que en 2012 (*tabla 1*).

El porcentaje de altas por defunción en personas con RUG-III A en convalecencia y LE fue del 5,1% y del 11,4% en el 2017, valores inferiores a años previos cuando este porcentaje se calculó respecto al total de episodios. En subagudos, este porcentaje también decreció en los últimos años, siendo del 10,7% en 2017. En UCP, se mantuvo cerca del 70%, habiendo disminuido ligeramente desde el 2012 (*tabla 1*).

Las UPP de cualquier grado en convalecencia oscilaron entre el 1,9% y el 2,3% y las UPP grados III y IV mostraron valores 3 o 4 veces inferiores (entre 0,5% y 0,7%) (*tabla 1*). Se observó una gran variabilidad entre centros, oscilando las UPP de cualquier grado del

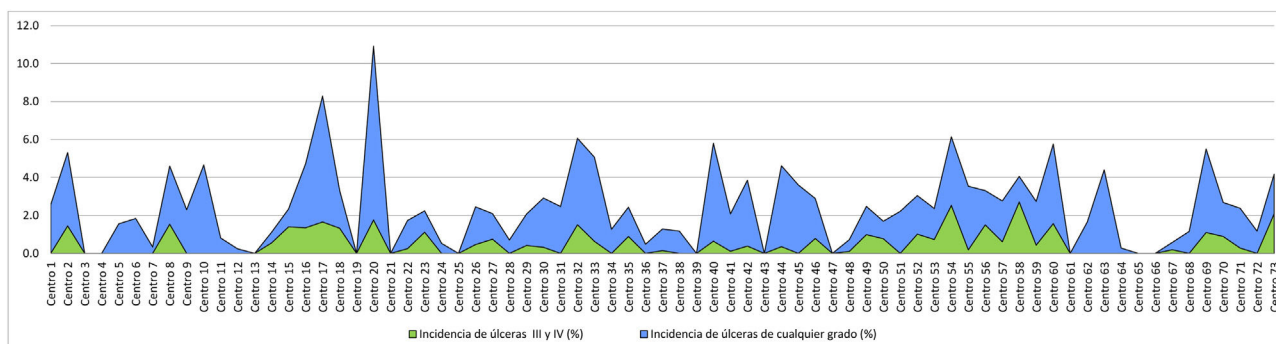
Tabla 1

Indicadores asistenciales de actividad en las unidades de hospitalización sociosanitaria. Cataluña, datos 2012-2017

Indicadores	Dimensiones de desagregación	Número de informe CdR ámbito sociosanitario					
		1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º
		Datos					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Larga estancia</i>							
Número de personas atendidas	Total	13.974	14.036	15.362	16.969	16.633	16.592
Número episodios	Total	15.310	15.746	16.789	17.003	18.027	17.949
Estancia mediana	Total	62,0	64,0	56,0	55,0	52,0	61,0
	Grupo RUG-III A	-	-	-	49,0	48,0	57,0
Estancia media	Total	175,1	165,5	-	131,2	120,6	117,7
Edad media	Total	79,5	79,4	-	80,0	80,2	80,0
% Episodios	Destinación domicilio	29,8	57,0	59,0	-	-	-
	Circunstancia de alta defunción	17,2	16,7	16,3	12,5	-	-
	Grupo RUG-III A	-	-	-	47,6	48,4	49,4
	RUG-III A con destinación domicilio	-	-	-	68,9	68,9	70,0
	Grupo RUG-III A con alta por defunción	-	-	-	12,5	13,3	11,4
	Grupo RUG-III B, C y D	-	-	-	42,3	43,2	42,8
	Incidencia de úlceras por presión grado III-IV	-	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8
	Incidencia de úlceras por presión de cualquier grado	-	2,2	2,2	2,9	2,9	3,0
<i>Convalecencia</i>							
Número de personas atendidas	Total	22.648	25.376	26.333	30.955	28.610	30.435
Número episodios	Total	26.206	29.601	29.333	31.232	31.732	33.675
Estancia mediana	Total	35,0	31,0	34,0	34,0	34,0	32,5
	Grupo RUG-III A	-	-	-	35,0	35,0	34,0
Estancia media	Total	41,4	-	-	35,1	35,7	34,5
Edad media	Total	80,0	80,4	-	80,4	80,4	80,5
% Episodios	Destinación domicilio	68,8	69,2	69,3	-	-	-
	Circunstancia de alta defunción	8,7	7,9	7,2	-	-	-
	Grupo RUG-III A	-	-	-	71,1	71,9	74,1
	RUG-III A con destinación domicilio	-	-	-	73,8	73,3	73,6
	Grupo RUG-III A con alta por defunción	-	-	-	5,5	5,1	5,1
	Grupo RUG-III A que han mejorado estado funcional	-	-	-	58,4	58,4	61,3
	Grupo RUG-III B, C y D	-	-	-	23,8	23,9	22,3
	Incidencia de úlceras por presión grado III-IV	-	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5
	Incidencia de úlceras por presión de cualquier grado	-	2,1	2,3	1,9	2,0	2,0
Mediana de puntos de mejora de los episodios que han mejorado	Grupo RUG-III A	-	-	-	4,0	4,0	4,0
<i>Cuidados paliativos</i>							
Número de personas atendidas	Total	7.555	8.208	8.845	10.420	9.210	9.801
Número de episodios	Total	8.446	9.200	9.947	10.454	10.059	10.684
Estancia mediana	Total	10,0	9,0	9,0	9,0	9,0	8,5
	Episodios con circunstancia de alta defunción	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Estancia media	Total	16,7	-	-	14,6	14,7	28,9
Edad media	Total	75,3	75,5	-	77,0	77,5	77,8
% Episodios	Circunstancia de alta defunción	72,4	71,5	69,7	70,3	69,4	70,3
	Con destinación a domicilio	17,4	-	-	21,8	22,0	21,6
<i>Subagudos</i>							
Número de personas atendidas	Total	-	1.267	6.345	9.626	9.587	10.865
Número de episodios	Total	-	1.366	7.394	9.665	10.864	12.318
Estancia mediana	Total	-	9,0	9,0	8,0	8,0	8,0
Estancia media	Total	-	-	-	9,6	9,2	8,8
Edad media	Total	-	82,4	-	84,9	85,1	85,4
% Episodios	Circunstancia de alta defunción	-	-	-	11,9	11,2	10,7
	Destinación domicilio	-	-	-	71,5	70,5	68,6

RUG III A: grupo del *Resource Utilization Groups* III que requieren rehabilitación específica. RUG III B, C, D: grupos del *Resource Utilization Groups* III que requieren tratamientos extensivos (B), cuidados especiales (C) o presentan complejidad clínica (D).

Fuente: Propia a partir de los 6 Informes de Central de Resultados del ámbito sociosanitario del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Datos 2012-2017.



* Por razones de fiabilidad no se han publicado los datos de los centros con menos de 10 episodios en seguimiento.

Figura 1. Tasa de prevalencia de lesiones de cualquier grado y tasa de incidencia de lesiones grados III y IV. Centros con actividad de convalecencia. Cataluña, datos 2017.

* Por razones de fiabilidad no se han publicado los datos de los centros con menos de 10 episodios en seguimiento. Fuente: Propia a partir del Informe de Central de Resultados del ámbito sociosanitario del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Datos 2017.

0,0% en 12 centros hasta el 9,2% en un centro y las UPP de grado III y IV entre el 0,0% en 32 centros hasta el 2,7% en un centro (fig. 1).

Discusión

Los resultados muestran un aumento en la actividad año tras año en un contexto en el que hay estabilidad de recursos en convalecencia y UCP, un decrecimiento de más de 1.000 camas de LE y la creación de subagudos (305 camas)², se ha conseguido un incremento de la eficiencia de la red sociosanitaria. Los días de estancia en convalecencia se acercan progresivamente a los de atención intermedia del Reino Unido (*bed based* –25,7 días– y *re-ablement* –31,3 días–)⁹, lo cual lo consolida como recurso de atención intermedia, junto con subagudos.

El porcentaje creciente de altas a domicilio en convalecencia y subagudos, cercanas a los estándares de atención intermedia (70%)¹⁰, responde a una atención efectiva y se utiliza como indicador resultados en salud positivos. En UCP se relaciona con un mayor número de personas con enfermedades avanzadas que ingresa por control de síntomas². Indirectamente, indica la consecución de los objetivos terapéuticos y la estabilización y máxima autonomía de la persona¹¹.

Por contra, las altas por defunción se vinculan a resultados negativos, especialmente en convalecencia y subagudos ya que el objetivo es la estabilización y la recuperación. Aunque el estado funcional y cognitivo, la edad y el diagnóstico son variables relacionadas con el destino al alta⁹, la disminución de mortalidad supone una evolución favorable y la aproximación a los estándares marcados en atención intermedia (inferior al 10%)¹⁰.

Los indicadores de UPP analizados en la CdR-SS son de prevalencia (no de incidencia), hecho que limita poder relacionar directamente estos resultados con una correcta práctica enfermera. Se considera que la presencia de UPP puede causar el ingreso a un centro sociosanitario, que supone carga de trabajo para las enfermeras, estancias hospitalarias más largas, con menor recuperación funcional y una menor probabilidad de volver a casa¹².

El análisis de los indicadores en los informes de CdR-SS se realiza en función de la factibilidad, relevancia y validez de la información disponible en el CMBD-RSS⁵. Son datos crudos descriptivos que se calculan de forma independiente a pesar de que muchos indicadores están interrelacionados. Tampoco interaccionan con variables definitorias de pacientes que son clave para los resultados y que se podrían utilizar en modelos de ajuste de riesgo¹³. Esta limitación supone una capacidad parcial de explicar y compara la calidad asistencial. Posteriores acciones y estudios deberían dirigirse a encontrar fuentes de datos próximas a las historias clínicas de los pacientes y a mejorar los sistemas de recogida y análisis de

la información para seguir avanzando en la definición de indicadores complejos ajustados por edad, sexo, nivel de fragilidad o estado funcional y cognitivo previo⁹, entre otros, para mejorar la comparabilidad entre centros. A pesar de que el proceso de *benchmarking* sea complejo debido a que no se cumple el principio de homotecia en el ámbito sociosanitario, la CdR-SS ha potenciado el *cotilleing*¹⁴ para identificar buenas prácticas e ideas como método imprescindible de gestión, mejora del ejercicio profesional y rendimiento en el sistema sanitario catalán¹⁵.

Conclusiones

La disponibilidad pública de los datos en la CdR-SS supone un gran avance en la rendición de cuentas y facilita la evaluación y comparación entre los centros. A su vez permite conocer el comportamiento de la red en base a los estándares establecidos identificando aquellos con mejores resultados.

El balance de los 6 años permite observar el enfoque creciente hacia la atención intermedia en cuanto a mayor enfoque rehabilitador, la aparición de la línea de subagudos y una mayor eficiencia de los recursos sociosanitarios de media estancia. También muestra un cambio de tendencia en la LE, con reducción importante de la temporalidad y un enfoque rehabilitador.

El balance de la experiencia de la CdR-SS invita a pensar en cómo disponer de mejores indicadores para evaluar y comparar la calidad asistencial entre centros, incluyendo aquellos sensibles a la práctica enfermera, que tienen un menor bagaje en nuestro entorno pero que permitirán visualizar la aportación enfermera al sistema.

Contribuciones de los autores

IBM concibió y diseñó el estudio, además de escribir y revisar los sucesivos borradores. AGA contribuyó en el diseño del estudio y participó en la redacción de los diferentes apartados, además de revisar los diferentes borradores del texto. RMB y MEJU contribuyeron en el diseño del estudio, participaron en la redacción de la introducción y discusión, además de revisar los diferentes borradores. EMMA preparó y analizó los datos y redactó los resultados, además de revisar los diferentes borradores del texto. SSG contribuyó en el diseño del estudio y participó en la redacción del apartado de metodología, además de revisar los diferentes borradores del texto. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final. IB es la responsable del artículo.

Declaración de transparencia

La autora para la correspondencia, Ingrid Bullich Marín, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; que ninguna información relevante ha sido omitida; y que todas las discrepancias entre autores/autoras han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todos los profesionales asistenciales del ámbito sociosanitario su labor diaria. También a los profesionales de la *Divisió d'Anàlisi i Avaluació*, del *Àrea d'Atenció Sanitària del Servei Català de la Salut* (CatSalut), especialmente a Elisabeth Vallès, y al equipo de Central de Resultados, sin cuya colaboración no hubiese sido posible realizar este artículo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.regg.2022.01.008](https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.01.008).

Bibliografía

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37–43.
2. Bullich-Marín I, Sánchez-Ferrín P, Cabanes-Duran C, Salvà-Casanovas. Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:342–7.
3. Melis R, Olde Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ*. 2004;329:360–1.
4. Trilla A. Transparencia del sistema de salud: rendir cuentas ya no es opcional. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:395–7.
5. Central de Resultats [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya [consultado 8 Dic 2021]. Disponible en: <http://observatorisalat.gencat.cat/ca/central.de.resultats/>.
6. García-Altés A, Argimon JM. [Transparency in public health decision-making]. *Gac Sanit*. 2016;30 Suppl 1:9–13.
7. García-Altés A, Subirana-Cascuberta M, Llorens D, Bullich-Marín I, Brugués A, Teixidor M, et al. The experience of Catalonia measuring nurse-sensitive indicators: Trends study 2012–2018. *J Nurs Manag*. 2021;00:1–9.
8. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: A rapid appraisal [Internet]. Londres: National Nursing Research Unit. King's College London; 2008. p. 38 [consultado 9 Dic 2021]. Disponible en: [metrics-finalreport.pdf \(kcl.ac.uk\)](https://www.kcl.ac.uk/nursing/metrics-finalreport.pdf).
9. NHS Benchmarking Network. NAIC Key Resources & Dates. [Internet]. Londres: East London NHS Foundation Trust [consultado 11 Dic 2021]. Disponible en: [NAIC Key Resources & Dates — NHS Benchmarking Network](https://www.nhs.uk/benchmarking-network/naic-key-resources-dates/).
10. Inzitari M, Espinosa L, Pérez MC, Roqué M, Argimón JM, Farré J. Intermediate hospital care for subacute elderly patients as an alternative to prolonged acute hospitalization. *Gac Sanit*. 2012;26:166–9.
11. Santaegüenia SJ, Mas MA, Tarazona-Santabalbina FJ, García-Lázaro M, Alventosa AM, Gutiérrez-Benito A, et al. Clinical effectiveness of an intermediate care inpatient model based on integrated care pathways. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20:1–7.
12. Wang H, Niewczyk P, DiVita M, Camicia M, Appelman J, Mix J, et al. Impact of pressure ulcers on outcomes in inpatient rehabilitation facilities. *Am J Phys Med Rehabil*. 2014;93:207–16.
13. Salvà A, Roqué M, Vallès E, Bustins M, Bullich I, Sánchez P. Prognostic factors of functional status improvement in individuals admitted to convalescence care units. *Eur Geriatr med*. 2015;6:341–7.
14. Moracho O. Benchmarking o Cotilleing. Eficiencia en acción. *Rev Calid Asist*. 2011;26:278–80.
15. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;CD000259.