

Hospitales TOP 20

Clasificación de hospitales

Actualización del algoritmo

Julio, 2011

Antecedentes

El análisis de la actividad hospitalaria en hospitales de agudos, y en especial de sus resultados, requiere como paso previo una clasificación de los diferentes centros ya que la diversidad existente en cuanto a tipología de servicios ofrecidos, dimensión y complejidad influye en dicha valoración.

El Catálogo Nacional de Hospitales que edita anualmente el Ministerio de Sanidad (<http://www.msps.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>) utiliza el criterio básico de dimensionamiento estructural basado en el número de camas por lo que se refiere a hospitales de agudos. El propio Ministerio ha estado valorando la aplicación de otros criterios más rigurosos desde el punto de vista técnico en la actualidad basados en un estudio de B. González et al.¹

Desde hace años, en países anglosajones se incluyen como criterios de clasificación de hospitales la docencia y formación, el volumen de camas y en algunos casos la presencia de determinadas especialidades^{2,3}. El programa 100 TOP Hospitals en EEUU de la compañía HCIA (actualmente Thomson), referente para el desarrollo del programa Hospitales TOP 20 en España, utilizó los criterios de número de camas funcionantes, y estatus docente de los hospitales⁴.

En sus inicios, el programa Hospitales TOP 20 utilizó los siguientes criterios para clasificar los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS): número de camas, nivel de docencia en especialidades hospitalarias (ratio residentes/cama), nivel de tecnología (a partir de los datos del CNH) y en los hospitales de mayor especialización la complejidad de la actividad de hospitalización (peso medio de los GRD)⁵. En la segunda edición, se inició la participación de centros privados en cuya clasificación se aplicó el criterio de número de camas para reflejar las diferencias estructurales.

En el año 2008 se introdujo una modificación de la clasificación. En los hospitales del SNS la primera diferenciación venía dada por la existencia o no de oferta de especialidades de referencia, entre las que se incluyeron la cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía y trasplantes de órganos sólidos. Para los hospitales que no presentaban ninguna de estas especialidades – los hospitales generales – se siguió utilizando el número de camas como criterio de clasificación. En los hospitales privados se introdujeron otros criterios además del número de camas para clasificar los centros: número de altas de hospitalización, número de urgencias hospitalarias atendidas y número de DUE contratadas en el centro.

En la actualidad se considera obsoleto el criterio de número de camas de un hospital para su clasificación debido a las diferencias en la eficiencia en la gestión de camas y la progresiva introducción de tipos de tratamiento que no requieren hospitalización convencional. Es por ello que se ha realizado una revisión y actualización del sistema de clasificación de hospitales.

Premisas y requisitos de la clasificación de centros en el programa Hospitales TOP 20

Las premisas en las que se basa la clasificación de centros en el programa Hospitales TOP 20 son las siguientes:

- La clasificación debe permitir elaborar grupos de centros en base a factores que condicionan los resultados de los hospitales (por ejemplo, la complejidad de los pacientes atendidos) y que no son modificables por la intervención de los gestores y profesionales.
- La clasificación debe permitir elaborar grupos con un volumen semejante de centros por el objetivo que persigue el programa: distribuir el reconocimiento a la buena labor de los hospitales de forma equitativa.
- Es aconsejable clasificar los hospitales a partir de datos objetivos procedentes de la fuente de información primaria del programa (CMBD hospitalario) para evitar potenciales sesgos de información por los criterios de declaración que se utilizan en los cuestionarios que complementan los datos analizados.
- Es conveniente utilizar criterios para identificar los ‘puntos de corte’ en las variables utilizadas en la clasificación que puedan actualizarse en el tiempo de acuerdo a las variaciones que se observen en el sector (por ejemplo, los puntos de corte en el volumen de altas de hospitalización que sirve para diferenciar los niveles de hospitales generales).

Criterios para la nueva clasificación de hospitales

Desde el inicio del programa se han diferenciado los “hospitales que trabajan para el SNS” y los “hospitales privados” utilizando el criterio de cuál es la “aseguradora” que paga el servicio: el SNS (presupuestos del Estado) o aseguradoras privadas, ya que los incentivos y objetivos de gestión difieren según sea su financiación.

Así pues, en primer lugar se realiza una primera partición entre hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) y hospitales privados. El criterio de clasificación es la proporción de pacientes atendidos cuya financiación es pública (Hospitales del SNS: 70% o más de los pacientes financiados por los presupuestos generales del estado) (ver gráfico de la distribución en el anexo).

En el grupo de hospitales del SNS no se diferencian actualmente los hospitales por la fórmula jurídica de su gestión ya que el objetivo es identificar las mejores prácticas (benchmarks) y reconocer a los que muestran mejores resultados, independientemente de cual sea su tipo de gestión.

Hospitales del SNS

Primera partición: Hospitales de referencia (dos niveles)

En los hospitales del SNS y de forma similar a la clasificación actualmente existente, se realiza una primera partición entre hospitales con especialidades de referencia y hospitales sin este tipo de especialidades. Los hospitales con especialidades de referencia llevan asociada además la mayor parte de la docencia de las especialidades hospitalarias.

Las especialidades consideradas de referencia son las siguientes: cirugía cardíaca, cirugía torácica y neurocirugía. Los hospitales de referencia deben ofrecer en su cartera de servicios una de estas tres especialidades como mínimo, cumpliendo los criterios que se indican en el anexo. Se establece como criterio de exclusión de este grupo de hospitales la existencia de un volumen mínimo de residentes de especialidades hospitalarias en formación (por debajo del percentil 50, 75 residentes en este caso).

Esta primera partición de hospitales de referencia se divide en dos niveles.

El nivel superior (“Grandes Hospitales de referencia regional y nacional”) se caracteriza por ofrecer en su cartera de servicios trasplantes de órganos sólidos según los criterios indicados en el anexo. Coinciden con los centros de mayor complejidad y estructura del país.

El segundo nivel (“Hospitales con especialidades de referencia”) se caracteriza por presentar al menos una de las especialidades de referencia mencionadas sin ofrecer la realización de trasplantes en su cartera.

Segunda partición: Hospitales generales (tres niveles)

Los centros que no quedan clasificados en hospitales de referencia se dividen en tres niveles de hospitales generales en función de su volumen de actividad (como reflejo de su capacidad operativa) y de la existencia de una actividad mínima de atención a pacientes críticos con procedimientos de elevada complejidad (traqueostomías). El volumen de actividad se valora por el número de altas de hospitalización convencional más las altas de cirugía mayor ambulatoria (episodios en GRD quirúrgico de cero días de estancia y alta a domicilio), excluyendo las altas relacionadas con el parto, embarazo o puerperio (CDM 14) y las altas de neonatos sanos, considerando de éste modo tanto la actividad de internamiento como parte de la ambulatoria.

Así, los hospitales generales que muestran un volumen de traqueostomías igual o superior al P50 de la distribución en los hospitales generales, con una actividad anual igual o superior a 12.000 altas de hospitalización convencional y quirúrgicas a cero días, excluyendo la CDM 14 y los neonatos sanos (percentil 66 de la distribución, aprox.) se consideran “Grandes Hospitales Generales”.

Los hospitales generales que generan entre 7.000 y 12.000 altas anuales excluyendo la CDM 14 y los neonatos sanos (entre el P33 y el P66 de la distribución, aproximadamente) se consideran “Hospitales Generales Medianos”.

Por último, los hospitales generales que realizan menos de 7.000 altas convencionales anuales excluyendo la CDM 14 y los neonatos sanos (por debajo del P33 de la distribución) son considerados como “Hospitales Generales Pequeños”.

Hospitales Privados

Para el grupo de hospitales privados, aquellos que la actividad pública realizada no supera el 70%, el algoritmo discrimina también dos particiones iniciales.

Primera partición: Grandes Hospitales Privados (un solo nivel)

Este nivel de hospitales agrupa aquellos centros privados que disponen de los servicios denominados de referencia en la clasificación de hospitales del SNS (cirugía cardíaca, cirugía torácica y neurocirugía) y realizan un volumen determinado de dicha actividad (ver criterios en el anexo).

Segunda partición: Hospitales Privados sin patologías de referencia (dos niveles)

Los hospitales que no muestran actividad de hospitalización en especialidades de referencia se dividen en dos niveles en función de su volumen de actividad de hospitalización convencional excluyendo las altas relacionadas con el parto, embarazo o puerperio (CDM 14) y neonatos sanos, y sumando la actividad quirúrgica a cero días, del mismo modo que los hospitales del SNS. Esta variable refleja la capacidad operativa del centro.

Los hospitales privados que generan más de 6.000 altas de hospitalización convencional y quirúrgicas a cero días, excluyendo la CDM 14 y los neonatos sanos (por encima del P50 de la distribución, aproximadamente) se consideran “*Hospitales Privados Medianos*”.

Los hospitales privados que atienden 6.000 altas o menos de hospitalización convencional anuales excluyendo la CDM 14 y los neonatos sanos (por encima del P50 de la distribución, aproximadamente) se consideran “*Hospitales Privados Pequeños*”.

Bibliografía

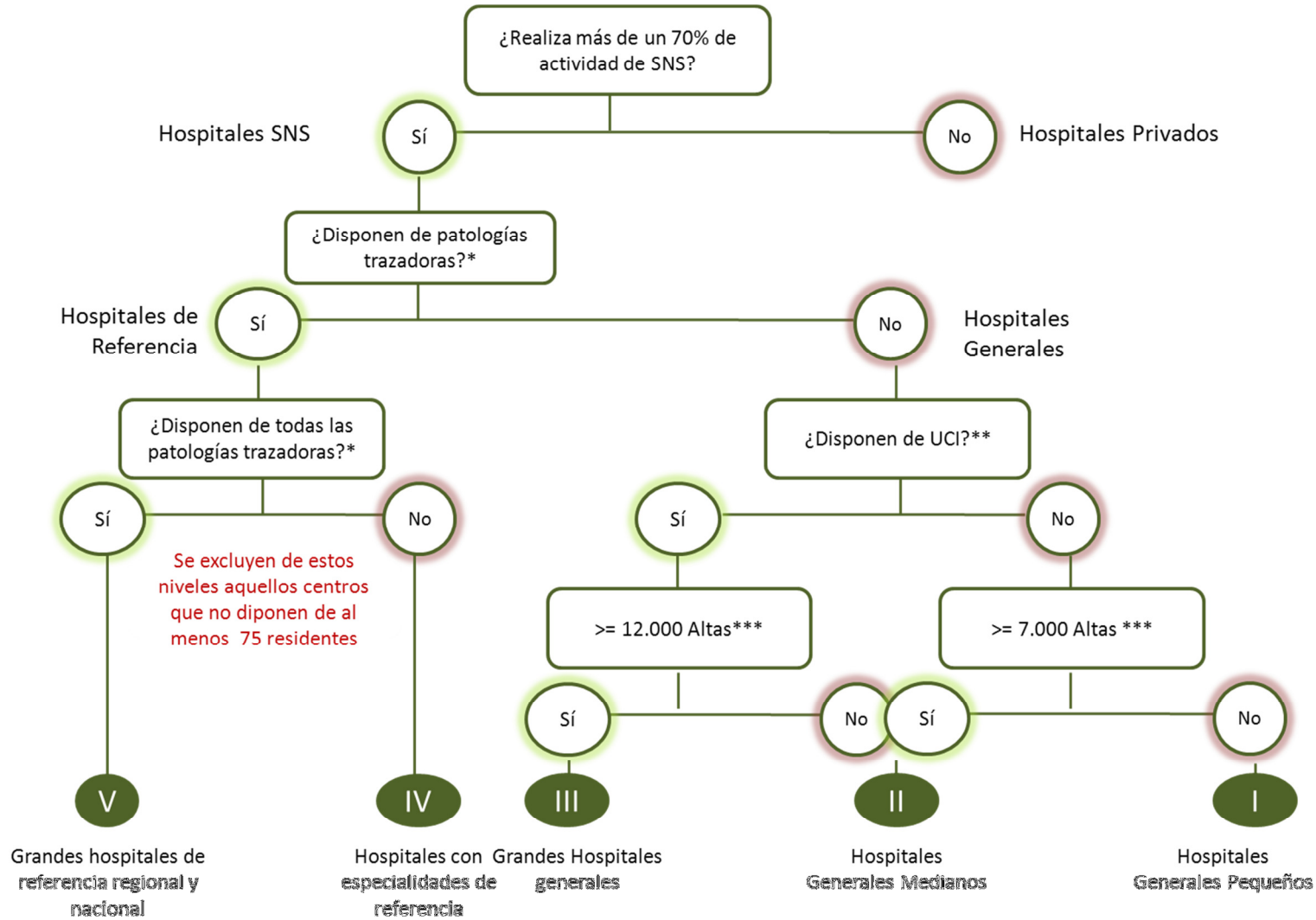
¹ Clasificación de hospitales públicos españoles mediante el uso del análisis de conglomerados, realizado por el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y gestión de la Universidad de las Palmas (2007). Publicado en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

² Neumann, Bruce R. A statistically based method for identifying hospital classification criteria. Public Health Rep. 1980 May–Jun; 95(3): 232–242

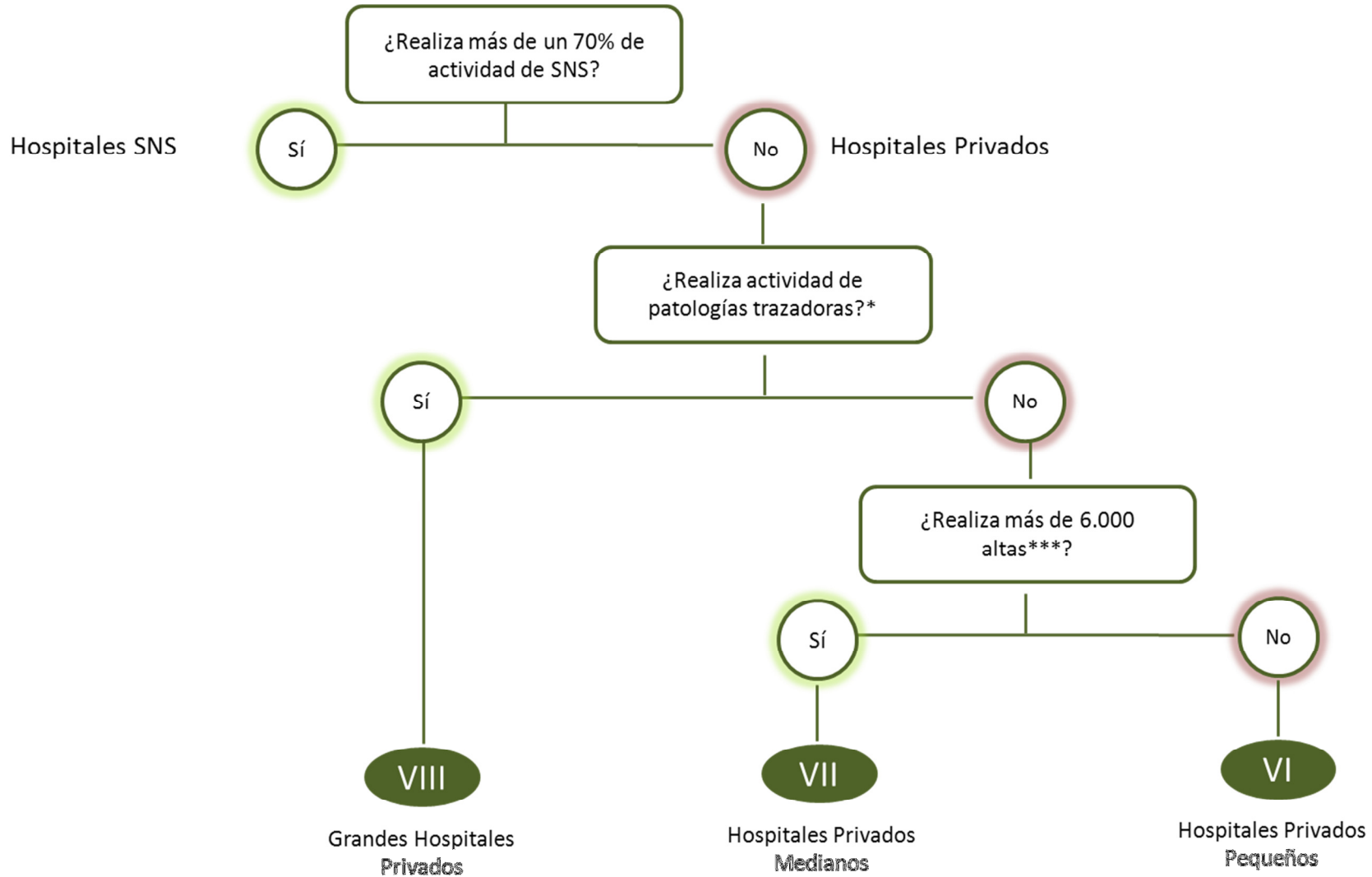
³ Public Hospitals Act / Loi sur les hôpitaux publics. REGULATION 964 - Amended to O. Reg. 321/01. CLASSIFICATION OF HOSPITALS.
(<http://www.health.gov.on.ca/english/public/contact/hosp/hospcode.html>)

⁴ 100 TOP HOSPITALS™: Benchmarks for Success. 1999 by HCIA, L.L.C.

⁵ Garcia Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial 2001;16:107-116.



El Punto de corte 75 residentes corresponde con el Percentil 5 de toda la distribución de hospitales con especialidades de referencia. *Las patologías trazadoras se describen en el Anexo.**La disponibilidad de UCI se analiza por el número de traqueostomías, el Punto de corte 7 traqueostomías corresponde a la media de la distribución de hospitales sin especialidades de referencia. *** Las Altas hacen referencia a altas de hospitalización convencional más actividad quirúrgica a cero días, excluyendo la actividad de la CDM 14 y neonatos sanos.



***El punto de corte de 6.000 altas de hospitalización convencional y actividad quirúrgica a cero días, sin CDM 14 ni neonatos sanos corresponde al Percentil 50 de la distribución de hospitales sin patologías de referencia. *Las patologías trazadoras se describen en el Anexo.

ANEXO

Definición: Especialidades de referencia

Las especialidades de referencia son aquellas, que por la complejidad que requiere la atención hospitalaria que realizan precisan de unos equipamientos y tecnologías de elevado coste. Se asocian a estructuras hospitalarias complejas, con las carteras de servicios más amplias y a la función docente más especializada y completa.

Criterios de cálculo:

Cirugía Cardíaca: Altas de Hospitalización de agudos con GRD de válvulas cardíacas y bypass (GRD= 104; 105; 107; 106; 109; 545; 546; 547; 108). Se considera que un centro realiza cirugía cardíaca cuando realiza al menos 50 casos en esta selección de GRD.

Cirugía Torácica: Altas de Hospitalización de agudos con GRD de intervenciones torácicas mayores (GRD= 075; 538). Se considera que un centro realiza cirugía torácica cuando realiza al menos 25 casos en esta selección de GRD.

Neurocirugía: Altas de Hospitalización de agudos con GRD de craneotomías (GRD= 001; 002; 530). Se considera que un centro realiza neurocirugía cuando realiza al menos 25 casos en esta selección de GRD.

Definición: Trasplantes de órganos sólidos (corazón; hígado; pulmón, páncreas y renal)

Criterio de cálculo: Altas de Hospitalización de agudos con GRD de trasplantes (GRD= 103; 480; 795; 829; 805; 302). Se considera que un centro realiza trasplantes cuando realiza al menos 25 casos en esta selección de GRD.

Definición: Traqueostomías

Criterio de cálculo: Altas de hospitalización de agudos con procedimiento 31.1; 31.21; 31.29

Altas de hospitalización convencional más quirúrgicas a cero días, sin patología obstétrica ni neonatos sanos

Criterio de cálculo: Altas de Hospitalización de agudos sin patología obstétrica (CDM<>'14') ni GRD 629, además de altas quirúrgicas a cero días.