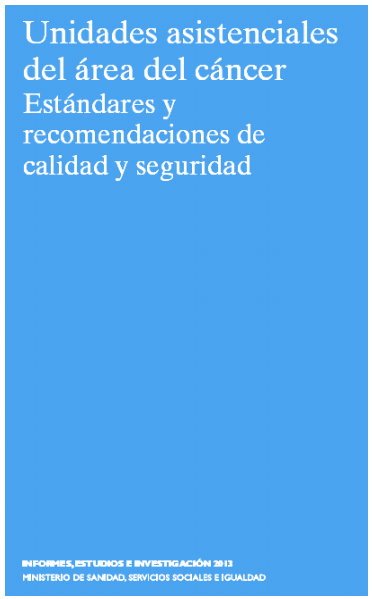
Pilar Garrido - PRESIDENTA DEL CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD

RECALOM

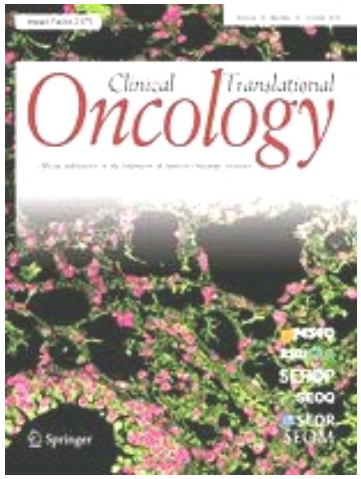
#QueEsGestionClinica

Antecedentes. Una estrategia enfocada a la calidad

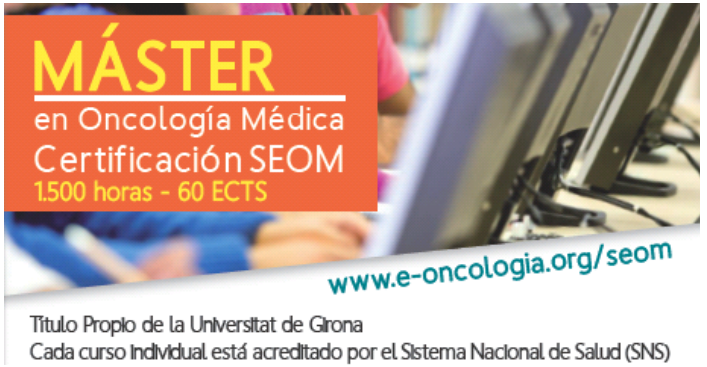












RECAL-OM

- ELABORAR UN DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA ONCOLÓGICA EN ESPAÑA

- DESARROLLAR PROPUESTAS DE POLÍTICAS DE MEJORA DE CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER EN EL SNS

Comité RECALOM

- Pilar Garrido. Presidenta SEOM. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
- Rosario García Campelo. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
- Jorge Aparicio Urtasun. Hospital Universitario La Fe (Valencia).
- Francisco Barón. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- Joan Brunet. ICO Girona.
- José Ángel García Saenz. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).
- Cristina Gravalos. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)
- Dolores Isla. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- Bartomeu Massuti. Hospital General Universitario de Alicante.
- Mariano Provencio. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Fundación IMAS

- Francisco Javier Elola Somoza. Director.
- Cristina Fernández Pérez. Análisis Estadístico.

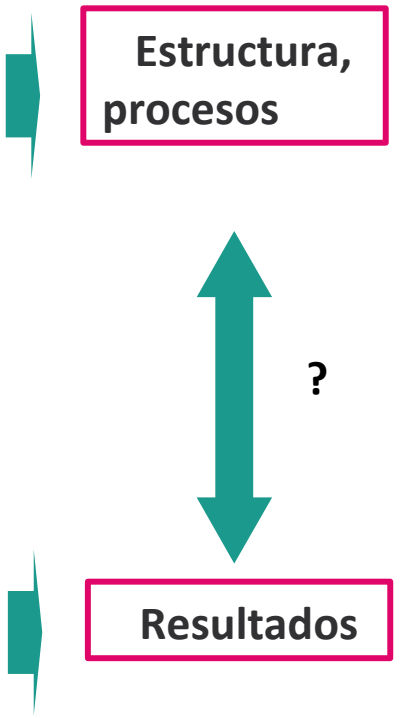
Aroa González Moreno. Documentalista.

Objetivos

- Desarrollar un Registro de Unidades de Oncología Médica (SOM).
- Elaborar, basándose en el análisis del Registro, propuestas de políticas de mejora de la calidad y eficiencia de la oncología médica en el SNS.
- Facilitar un sistema de “benchmarking” de los SOM que permita su mejora continua.
- Facilitar a los distintos equipos de investigación el material preciso para poner en relación estructura y procesos con resultados.
- Elaborar un informe sobre la situación de los SOM en España.
- Disponer de una base de datos que permita poder informar a las autoridades y a entidades multinacionales sobre los recursos y actividad de los SOM en España.

Metodología

- Base de datos de unidades (encuesta -web- a J de Sº):
  - Caracterización de la unidad, hospital y área de salud donde está ubicada.
  - Datos de estructura (cartera de servicios, recursos humanos).
  - Datos de actividad.
  - Docencia e investigación.
  - Análisis de buenas prácticas.
- Análisis de la base de datos del CMBD SNS (Altas "Enfermedades del Área del Cáncer", excluyendo quirúrgicas).



ALCANCE

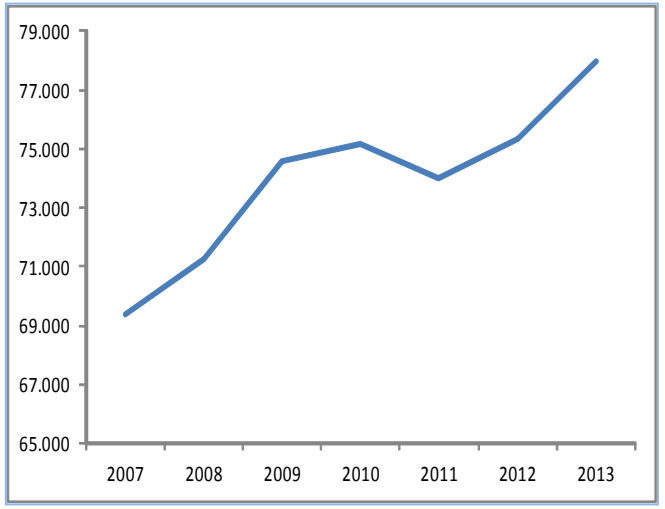
- El organizativo, geográfico y poblacional del SNS.
- El referido a los recursos especializados de las unidades y servicios de Oncología Médica.
- Los SOM cubiertos por el registro RECALOM se integran en hospitales generales de agudos con más de 100 camas instaladas (cluster 1-5)
- **CMBD-OM período 2009-2013**, abarcando las altas dadas por hospitales del SNS que cumplen alguno de los siguientes criterios:
  - Que el diagnóstico principal corresponda al de las enfermedades del área del cáncer
  - Que hayan sido dados de alta por los servicios de Oncología Médica

LA EXPLOTACIÓN DE DATOS DEL CMBD
ALTAS SOM Y ESPECIALIDADES MÉDICA
2007-2013

Nº Casos SOM 2007-2013

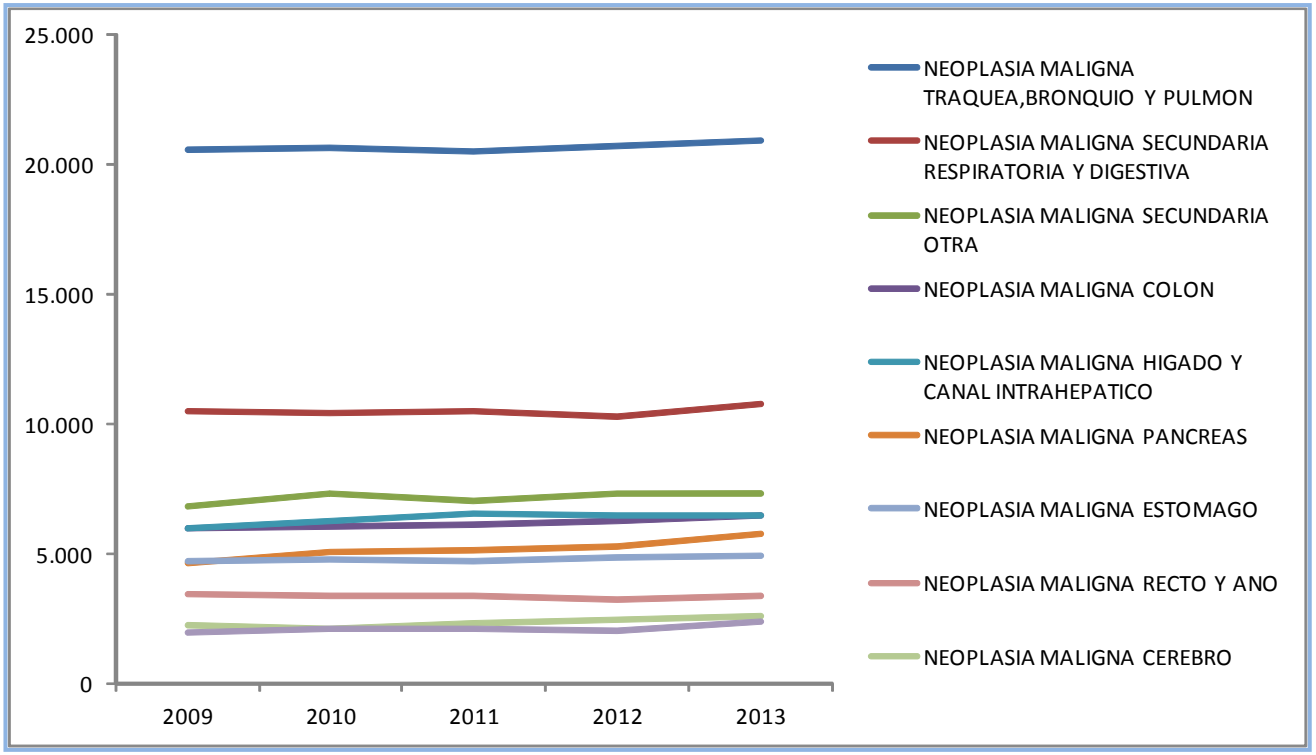
	Casos	Estancia Media	TBM
2007	69.357	10,06	20%
2008	71.232	9,89	19%
2009	74.560	9,73	19%
2010	75.178	9,57	20%
2011	74.014	9,27	19%
2012	75.342	9,07	19%
2013	77.981	9,19	19%

Evolución 2003-2013 Casos UOM



- Aumento 12% altas dadas por SOM
- Ligera reducción Estancia Media
- TBM estable 19%

Evolución 2009-2013 de las altas por localizaciones de cáncer de órgano sólido en OM y especialidades médicas



COMPARACIONES ENTRE CENTROS Y SERVICIOS
CMBD 2013

Promedio, mediana y desviación estándar de indicadores de resultados en hospitales

	TBM	EM	RAMER	Úlcera p	% Reingresos
Promedio	25,0	9,4	22,6	1,1	18,1
Mediana	22,2	9,1	20,3	0,6	17,6
Desviación estándar	14,6	3,4	12,3	3,2	11,0

TBM: Tasa Bruta de Mortalidad; EM: estancia media; RAMER: Razón de mortalidad estandarizada por riesgo; Úlcera p: úlcera por presión.

EXISTEN VARIACIONES ENTRE HOSPITALES EN INDICADORES RELEVANTES COMO TBM, RAMER, Y QUE PROBABLEMENTE PONEN DE MANIFIESTO DIFERENCIAS EN EL MANEJO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

COMPARACIONES DE INDICADORES DE RESULTADOS ENTRE HOSPITALES DE MENOS Y MÁS DE 500 CAMAS CMBD 2013

Indicador	< 500 camas	> 500 camas e institutos oncológicos	p
TBM	27,5%	21,7%	0,003
RAMER	24,9%	21%	0,02
IEMA	1,02	,98	0,03
% Reingresos	14,7%	18,6%	<0,001
% Ulcera	1,3	,9	n.s.

TBM: Tasa Bruta de Mortalidad; RAMER: Razón de mortalidad estandarizada por riesgo.

MEJOR DESEMPEÑO EN LOS CENTROS MÁS COMPLEJOS > 500 CAMAS

- <TBM
- <RAMER
- <IEMA

Tasas de mortalidad ajustadas por riesgo para distintos cánceres. Comparación por complejidad de hospitales

Tumor	< 500 camas	> 500 camas e institutos oncológicos	p
Esófago	21,5%	20,9%	,007
Colon	25,2%	22,5%	<0,001
Recto y ano	22,9%	20,3%	<0,001
Hígado y canal intrahepático	18,7%	13,9%	<0,001
Vesícula y vías biliares	23,9%	23,5%	,003
Páncreas	26,2%	25,6%	,003
Tráquea, bronquio y pulmón	27,9%	26,5%	<0,001
Mama	30%	23,1%	<0,001
Próstata	27,9%	17,7%	<0,001

Los hospitales de mayor complejidad tienen resultados significativamente mejores en pacientes con cáncer en distintas localizaciones

Diferencias entre unidades. Estructura y Procesos

Tipología	< 500 camas	≥ 500 camas	p
Nº de camas instaladas	360	886	<,001
Población de referencia	274.686	589.986	<,001
Nº de oncólogos en la unidad	6,3	11,3	<,001
Nº camas hospitalización	13,8	22,7	<,001
Nº Ensayos Clínicos	16,2	49,2	<,001
% Tumores protocolizados	48	74	0,028
Guardia específica	24,0%	52,2%	0,022
Dedicación a Hospitalización	23,1%	50,0%	0,025
C. Seguridad	46,2%	54,3%	<,001

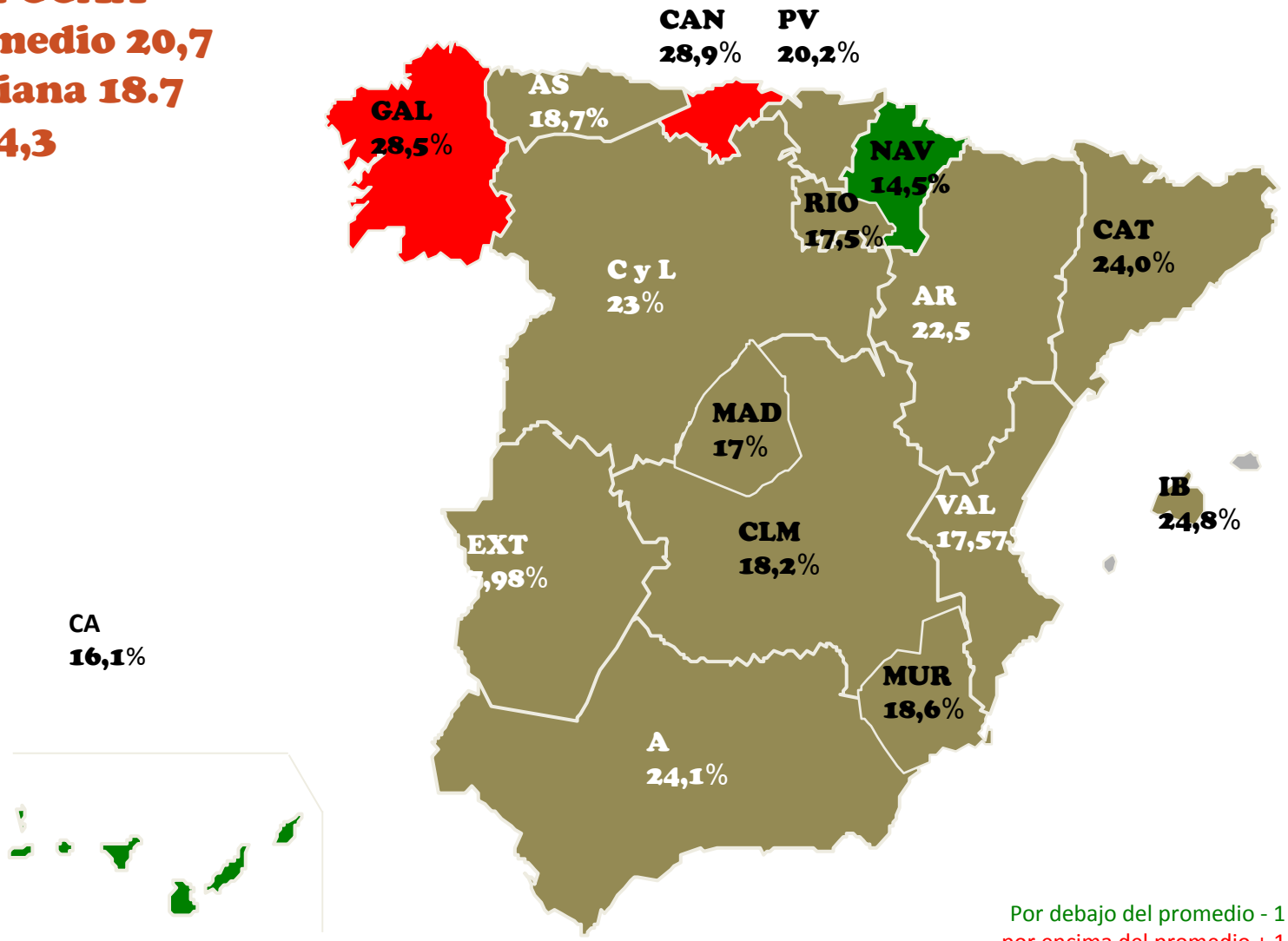
LAS UNIDADES SITUADAS EN HOSPITALES MÁS COMPLEJOS (> 500 CAMAS) TIENDEN A TENER UN MAYOR PORCENTAJE DE BUENAS PRÁCTICAS Y UNA ORGANIZACIÓN QUE GARANTIZA MEJOR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA MÉDICA

Indicadores seleccionados por Comunidades Autónomas

	Nº Altas	Frecuentación	TBM	EM	IEMA	% Úlcera p	% Reingresos	RAMER
Andalucía	19.864	2,5	24,1	10,6	1,09	1,1	20,7	23,3
Aragón	5.206	4,1	22,5	9,9	1,03	0,8	21,0	20,3
Asturias	3.178	3,1	18,7	9,8	1,06	0,7	17,7	17,9
Baleares	2.944	2,7	24,8	9,5	,95	0,7	19,5	24,8
Canarias	4.652	2,3	16,1	10,1	1,11	0,5	22,3	17,6
Cantabria	1.618	2,8	28,9	8,3	,85	0,5	15,1	25,5
Castilla y León	10.091	4,3	23,0	10,4	1,07	1,3	22,6	19,7
Castilla La Mancha	6.376	3,2	18,2	9,7	,99	0,9	20,4	17,4
Cataluña	21.048	2,9	24,0	8,5	,87	0,7	21,3	24,9
C. Valenciana	18.579	3,9	17,5	8,6	,91	0,7	26,3	18,2
Extremadura	3.165	3,0	17,5	9,5	,99	1,3	22,5	16,6
Galicia	11.290	4,3	28,5	10,6	1,14	0,4	26,0	24,3
Madrid	19.681	3,2	17,0	10,2	1,04	0,8	26,2	16,3
Murcia	3.928	2,8	18,6	9,3	,97	0,9	20,9	18,2
Navarra	2.008	3,2	14,5	7,9	,85	0,8	25,1	14,9
País Vasco	7.903	3,7	20,2	8,9	,95	0,7	19,2	18,7
Rioja	1.274	4,2	17,5	8,2	,93	0,5	24,4	17,8
Total	143.119		21,2	9,7		0,9	21,5	20,1
Promedio		3,3	20,7	9,4		0,8	21,8	19,8
Mediana		3,2	18,7	9,5		0,7	21,3	18,2
SD (desviación estándar)		0,6	4,3	0,9		0,3	3,1	3,4

Frecuentación: Nº Ingresos por 1.000 habitantes y año (tasas no estandarizadas); TBM: Tasa Bruta de Mortalidad; EM: estancia media; IEMA: Índice de estancia media ajustada a complejidad; Úlcera p: úlcera por presión; RAMER: Razón de mortalidad estandarizada por riesgo.
En verde: por debajo del promedio - 1 DS; en rojo: por encima del promedio + 1 DS.

TBM CCAA
Promedio 20,7
Mediana 18.7
SD: 4,3

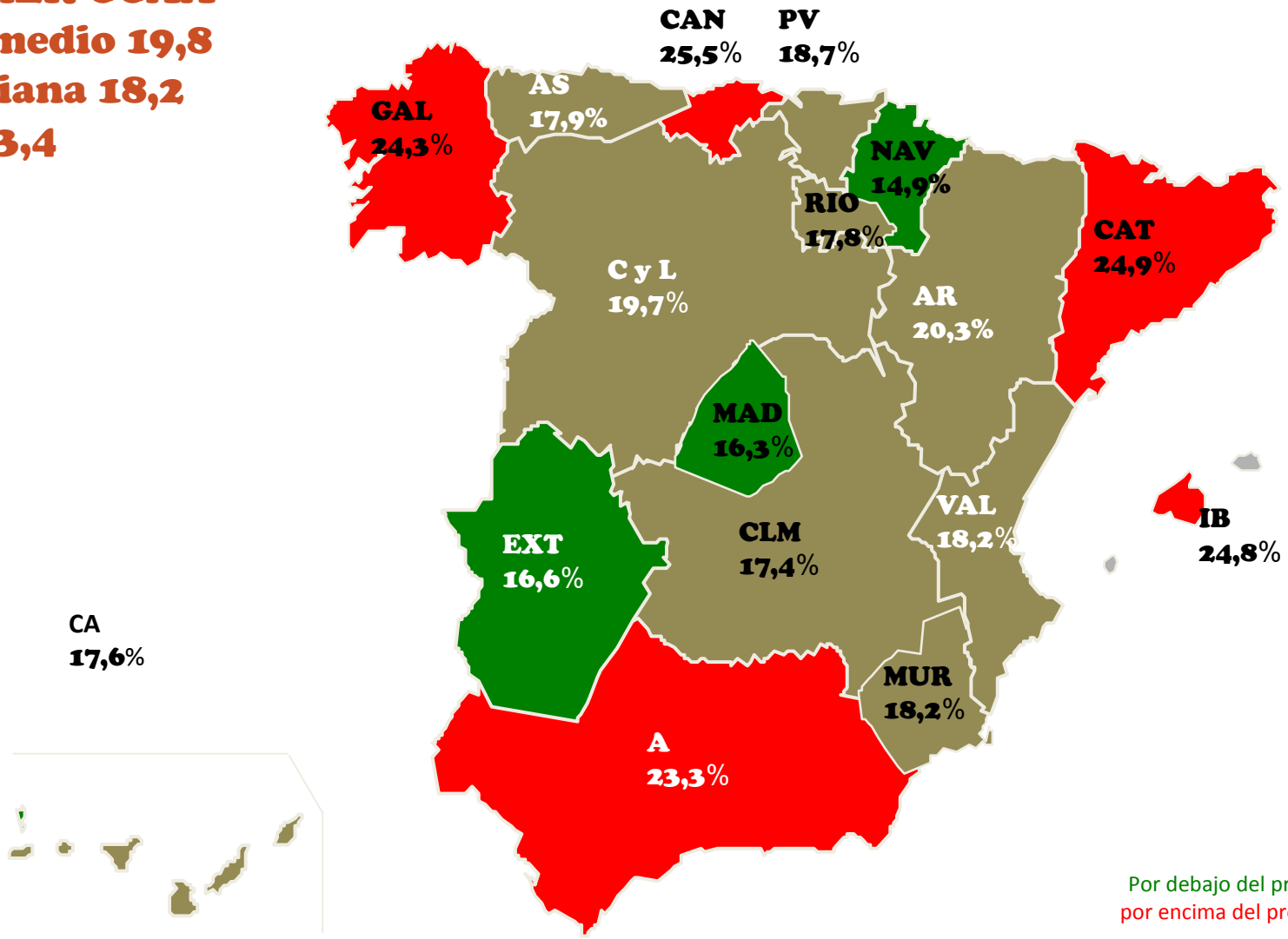


Por debajo del promedio - 1 DS;
por encima del promedio + 1 DS.

inica

RAMER CCAA

Promedio 19,8
Mediana 18,2
SD: 3,4



Por debajo del promedio - 1 DS;
por encima del promedio + 1 DS.

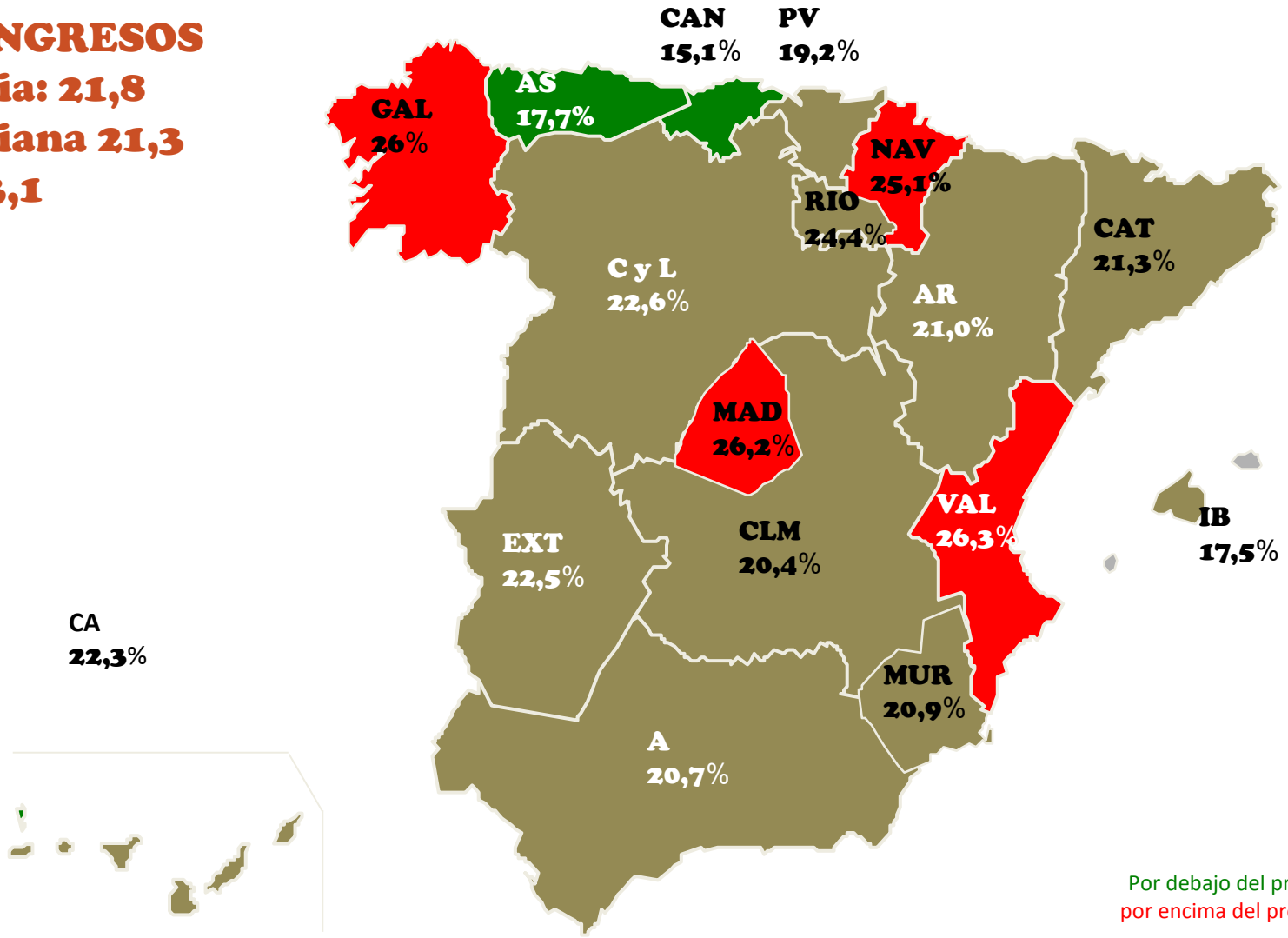
inica

% REINGRESOS

Media: 21,8

Mediana 21,3

SD 3,1



Por debajo del promedio - 1 DS;
por encima del promedio + 1 DS.

inica

ENCUESTA RECAL-OM. ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
RESULTADOS





Se dispone de datos, completos o parciales, de 72 unidades que representan el 52% de las UOM del SNS identificadas, con un peso -cuando se mide en relación con la capacidad instalada del hospital- del 63%. Sesgo hacia hospitales más complejos

ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
VISIÓN DE CONJUNTO

ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
VISIÓN DE CONJUNTO

ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
VISIÓN DE CONJUNTO

Resultados. Encuesta RECALOM. Regionalización

¿El Hospital dispone de	N	%	% / Total Resp
servicio/unidad de Oncología Radioterápica?	51	71%	100%
servicio/unidad de Medicina Nuclear que proporcione terapia metabólica oncológica?	47	65%	100%
servicio/unidad de Cirugía Torácica que realice cirugía del cáncer de pulmón?	45	63%	100%
servicio/unidad de cirugía que realice cirugía del cáncer colorrectal?	68	94%	100%
servicio/unidad de cirugía que realice cirugía del cáncer de mama?	69	96%	100%
servicio/unidad de Cirugía Urológica que realice cirugía del cáncer de urológico (excluye el de próstata)?	67	94%	98,60%
servicio/unidad de cirugía que realice cirugía del cáncer esófago-gástrico?	67	93%	100%
servicio/unidad de Ginecología que realice cirugía del cáncer ginecológico?	67	94%	98,60%
servicio/unidad de Neurocirugía que realice cirugía del cáncer neurológico?	46	64%	100%
unidad de tratamiento del dolor?	64	89%	100%

ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
VISIÓN DE CONJUNTO

Resultados. Encuesta RECALOM. Funcionamiento del Comité de tumores

Comité de tumores	N	%	% / Total Resp
Ca Pulmón	79% Comité de tumores		100%
Ca colorrectal	79% Comité de tumores		100%
Ca mama	69% Comité de tumores		100%
Ca próstata	74% Comité de tumores		100%
Ca esófago	79% Comité de tumores		100%
Ca ginecológico	81% Comité de tumores		100%
C neurológico	51% Comité de tumores		100%
¿Existe una designación formal de Coordinador?	56	78%	100%
¿Tiene asignado tiempo de los profesionales en la planificación asistencial?	49	69%	98,60%
¿Tiene asignado personal administrativo?	29	40%	100%

Tasas de mortalidad ajustadas por riesgo para distintos cánceres. Comparación por complejidad de hospitales

Tumor	< 500 camas	> 500 camas e institutos oncológicos	p
Esófago	21,5%	20,9%	,007
Colon	25,2%	22,5%	<0,001
Recto y ano	22,9%	20,3%	<0,001
Hígado y canal intrahepático	18,7%	13,9%	<0,001
Vesícula y vías biliares	23,9%	23,5%	,003
Páncreas	26,2%	25,6%	,003
Tráquea, bronquio y pulmón	27,9%	26,5%	<0,001
Mama	30%	23,1%	<0,001
Próstata	27,9%	17,7%	<0,001

Los hospitales de mayor complejidad tienen resultados significativamente mejores en pacientes con cáncer en distintas localizaciones

Resultados. Encuesta RECALOM. Redes asistenciales. Apoyo hospitales locales.

	N	%	% / Total Resp
Apoyo a hospitales locales	43	61%	90,30%
¿El apoyo al hospital local incluye la consulta en el hospital por oncólogo médico desplazado desde el servicio o unidad?	26	40%	87,50%
¿El apoyo al hospital local incluye la realización de sesiones de quimioterapia en el hospital por oncólogo médico / enfermera desplazado desde el servicio o unidad?	18	29%	86,10%
¿El apoyo al hospital local incluye la participación en el Comité de Tumores del hospital por oncólogo médico desplazado desde el servicio o unidad?	25	40%	86,10%
¿Existen otras formas de apoyo del Servicio/Unidad al hospital local (por ejemplo: interconsulta mediante videoconferencia, correo electrónico o teléfono móvil?	31	50%	100%

ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
VISIÓN DE CONJUNTO

APOYO A HOSPITALES LOCALES

ESTRUCTURA Y PROCESOS EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA MÉDICA
VISIÓN DE CONJUNTO

Conclusiones

- Las unidades situadas en hospitales más complejos tienden a tener un mayor porcentaje de buenas prácticas y una organización que garantiza mejor la continuidad de la atención oncológica médica.
- Existen **diferencias entre hospitales** en indicadores relevantes como la tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad estandarizada por riesgo y estancia media, que ponen de manifiesto una **considerable variabilidad de la práctica clínica en la atención a pacientes con cáncer**, que probablemente se traduzca en desigualdades en salud.
- Los indicadores obtenidos de la explotación del CMBD muestran un **mejor desempeño en los centros más complejos**. Este hallazgo abogaría por la necesidad de crear redes asistenciales que integraran la atención del paciente con cáncer a lo largo del continuo asistencial.
- La asociación entre hospitales más complejos y mejores resultados, es bastante consistente, hallándose menores tasas de mortalidad ajustada por riesgo para la mayoría de las localizaciones del cáncer en órganos sólidos.
- Se han encontrado **diferencias entre Comunidades Autónomas, que deben estudiarse con mayor profundidad.**

Conclusiones

- . Aspectos mejorables:
- La creación de redes asistenciales.
- La organización y funcionamiento del Comité de Tumores:
  - figura de coordinador
  - computar la dedicación al Comité
  - disponer de personal administrativo asignado.

- Relación con atención primaria.