

Resumen

Se trata de un Estudio Colaborativo Multicéntrico realizado bajo el marco de las becas Carrillo-Oñativia de la CONAPRIS y coordinado por la Dirección de Calidad en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo del mismo es validar un set de indicadores de calidad en servicios de salud, con un diagnóstico de la situación actual y fomentar la cultura de la evaluación de la calidad en los servicios de Salud.

Participaron del mismo 14 jurisdicciones del país a través de 78 instituciones públicas y privadas de dichas jurisdicciones.

Para el desarrollo del estudio se designaron diez becarios, nueve de los cuales coordinaron la tarea en las distintas jurisdicciones, siendo el restante responsable de la recopilación de los datos.

Cada institución de las participantes contó con el trabajo de facilitadores designados al efecto por la propia institución.

Se relevaron durante un año 14 indicadores predeterminados por el Programa Nacional de Garantía de Calidad y aprobados por RM 52/03, con un análisis retrospectivo de 6 meses y otros 6 meses de estudio prospectivo lo que significó el procesamiento de 7929 datos.

Se valorizó el mejoramiento en la determinación de los indicadores a partir del presente estudio y se plantearon inquietudes e interrogantes respecto de algunos de los resultados obtenidos.

En algunas instituciones también se detectaron algunas modificaciones en las pautas de acción a partir de la instrumentación de los indicadores.

Se realizó una encuesta a directivos y facilitadores de las instituciones respecto de la utilidad de los indicadores desarrollados, con resultados diversos.

Se pudo corroborar la viabilidad de los indicadores y su utilidad. Se pudo apreciar también el nivel de uso de los indicadores y su aplicación en el proceso de tomas de decisiones.

I-INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

El proyecto colaborativo multicéntrico en calidad de servicios propuso la aplicación, implementación y análisis de la Guía de indicadores básicos de calidad para establecimientos de salud aprobada por Resolución Ministerial 54/03, la cual

forma parte de los instrumentos que desarrolla el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica en el Ministerio de Salud de la Nación.

Dicho programa contempla el desarrollo de varios componentes de la calidad, vinculados a la estructura, los procesos y los resultados en los Servicios de Salud.

Dichos componentes son:

- 1- Organización y funcionamiento de los Servicios de salud. Esta componente contempla el desarrollo de normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.
- 2- Calidad en los procesos. A través del desarrollo de guías de diagnóstico y tratamiento, procedimientos y protocolos terapéuticos.
- 3- Evaluación de la calidad. Desarrollo e implementación de indicadores y otras metodologías de evaluación interna y externa de la calidad.
- 4- Cooperación técnica y capacitación en calidad en los Servicios de Salud.

La guía de indicadores básicos de calidad para Establecimientos de Salud que se utilizó en el presente proyecto, es el primer producto consensado y elaborado por la Comisión Asesora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica creada por RM 649/02 y corresponde al tercero de los componentes descriptos anteriormente.

La evaluación de la calidad es una estrategia que permite garantizar el objetivo último de los establecimientos de salud, que es aumentar la eficacia, la eficiencia y la equidad del sistema.

La utilización adecuada de criterios, indicadores y estándares de calidad, acompañados de otros procedimientos y herramientas pertinentes, constituye un instrumento poderoso para sustentar la gestión, mejorar la misma y desarrollar las instituciones.

II- Objetivos del Proyecto Colaborativo multicéntrico

Una vez definidos entonces por un grupo de expertos este set de indicadores era necesario validar la aplicabilidad de los mismos, hecho que sólo era posible con una prueba en terreno.

Se diseñó entonces en la Dirección de Calidad en Servicios de Salud el Proyecto de validación de indicadores que debía reunir diversos requisitos

El primero era abarcar la mayor cantidad posible de instituciones públicas y privadas con internación general de agudos. Podría incluir instituciones pediátricas, hecho que así sucedió.

La segunda condición era que el estudio tuviera una duración de por lo menos un año, lo que permitiría un análisis con determinada perspectiva.

La tercera era que hubiera un abordaje retrospectivo de 6 meses y un prospectivo también de 6 meses.

Con esos requisitos se definieron los siguientes objetivos del proyecto:

- 1- Demostrar la viabilidad y la utilidad de los indicadores como herramienta de monitoreo de la calidad en los procesos de atención médica en los Servicios de Salud.
- 2- Establecer un diagnóstico de la situación actual.
- 3- Introducir una cultura de evaluación que posibilite lograr estándares nacionales de calidad en salud.

Una vez aprobado el mismo, comenzó su desarrollo, el cual se expone a continuación

III- Desarrollo de las Actividades del Proyecto

III-I Actividad 0: Selección de los becarios y de las instituciones donde realizar el proyecto.

Fueron seleccionados los siguientes becarios, respaldados por las instituciones que figuran a continuación de cada becario.

- Dr. Wilson Lucero- Universidad Aconcagua - Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas-
- Dra. Viviana Crivelli- Universidad Nacional de Tucumán - Maestría en Salud Pública.
- Dr. Daniel Iacona- Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica.
- Dr. Pablo Binaghi- Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica.
- Dr. Gerardo Italo Gastaldi- Dirección de Auditoría Médica de la Provincia de Santa Fé.
- Dr. Carlos Ventura- Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén.
- Dr. Hugo Valentín Martínez- Dirección de Arancelamiento Hospitalario del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.
- Dra. Ema Beatriz Stankaukas- Grupo de Informática Biomédica de Buenos Aires.
- Dr. Claudio Ortiz- Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud.
- Dra. Gabriela Marisa Lourtau - Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud.

Se determinó que las regiones donde se trabajara estarían vinculadas a la residencia de los becarios por lo que se decidió que el estudio se realizaría en las siguientes regiones:

- 1- Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 2- Provincia de Buenos Aires (conurbano e interior de la provincia)
- 3- Provincia de Santa Fe
- 4- Región Nordeste (Misiones, Corrientes y Formosa).
- 5- Región Noroeste (Tucumán, Salta, Santiago del Estero y Jujuy).
- 6- Región Cuyo (Mendoza, San Juan).
- 7- Región Patagonia (Neuquén, Río Negro y Tierra del Fuego).

En el caso del Municipio de La Matanza, éste pidió voluntariamente participar por lo que fue incluido como adherente. Teniendo en cuenta que el perfil de los Establecimientos incluidos en el estudio debían ser de internación general de agudos polivalentes y pediátricos, que tuvieran Servicios vinculados a los indicadores incluidos en la guía y pertenecieran al Subsector Público y Privado, se formularon las invitaciones correspondientes las que fueron aceptadas por las siguientes instituciones:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

- ◆ Hospital Alvarez
- ◆ Hospital Argerich.
- ◆ Hospital Durand
- ◆ Hospital Fernández.
- ◆ Hospital Penna.
- ◆ Hospital Piñero.
- ◆ Hospital Ramos Mejía.
- ◆ Hospital Rivadavia
- ◆ Hospital Santojanni.
- ◆ Hospital Tornu.
- ◆ Hospital Vélez Sarsfield
- ◆ Hospital Zubizarreta.

Provincia de Buenos Aires

Subsector Público

- ◆ H.I.G.A Alejandro Korn – M. Romero
- ◆ H.I.G.A . Rossi.- La Plata
- ◆ H.I.G.A San Roque.-Gonnet
- ◆ H.I.G.A. Gral. San Martín- La Plata
- ◆ H.Z.G.A. Horacio Cestino - Ensenada
- ◆ Hospital Alejandro Posadas – Haedo

- ◆ Hospital Boccalandro- 3 de Febrero
- ◆ Hospital Cordero- San Fernando.
- ◆ Hospital San Felipe- San Nicolás
- ◆ Hospital San José- Pergamino

Municipio de La Matanza (adherente)

- ◆ Hospital Central – San Justo.
- ◆ Hospital de Niños de Matanza.
- ◆ Hospital de González Catán.*
- ◆ Hospital de Laferrere. *

Subsector Privado

- ◆ Clínica Calchaquí- Quilmes.
- ◆ Clínica Privada- Florencio Varela
- ◆ Clínica Güemes- Luján
- ◆ Clínica Delta - Campana
- ◆ Sanatorio San Carlos - Escobar
- ◆ Instituto Central de Medicina- La Plata
- ◆ Sanatorio IPENSA La Plata.
- ◆ Clínica Privada del Buen Pastor – La Matanza

Provincia de Santa Fe

- ◆ Hospital José María Cullen Santa Fe
- ◆ Hospital Iturraspe- Santa Fe
- ◆ Hospital central de Reconquista.
- ◆ Hospital del Centenario- Rosario.
- ◆ Hospital Provincial – Rosario.
- ◆ Hospital Pediátrico Allasia – Santa Fe.
- ◆ Sanatorio Garay – Santa Fe
- ◆ Sanatorio San Jerónimo- Santa Fe

Región Nordeste

Provincia de Corrientes

- ◆ Hospital Escuela San Martín
- ◆ Hospital de Monte Caseros.
- ◆ Hospital Vidal

Provincia de Formosa *

- ◆ Hospital Central Provincial
- ◆ Hospital de la Madre y el Niño.
- ◆ Sanatorio Formosa
- ◆ Sanatorio González Lelong

Provincia de Misiones

- ◆ Hospital Central Provincial Dr. Madariaga.
- ◆ Hospital SAMIC Eldorado.
- ◆ Hospital SAMIC Oberá
- ◆ Sanatorio Nosiglia.
- ◆ Hospital Pediátrico

Región Noroeste

Provincia de Jujuy

- ◆ Hospital Pablo Soria – SS Jujuy.
- ◆ Hospital San Roque- SS Jujuy.
- ◆ Hospital Pediátrico Héctor Quintana SS Jujuy
- ◆ Hospital Oscar Orias - Ledesma
- ◆ Hospital Patterson- San Pedro.
- ◆ Hospital de Perico.
- ◆ Sanatorio Lavalle – SS Jujuy.
- ◆ Sanatorio del Rosario- SS Jujuy.

Provincia de Salta

- ◆ Hospital del Milagro.
- ◆ Hospital San Bernardo.

Provincia de Santiago del Estero

- ◆ Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo.

Provincia de Tucumán

- ◆ Hospital Dr. Nicolás Avellaneda.
- ◆ Hospital Regional de Concepción.
- ◆ Hospital del Niño Jesús.

Región Cuyo

Provincia de Mendoza

- ◆ Hospital Central
- ◆ Hospital Lagomaggiore
- ◆ Hospital Militar Mendoza
- ◆ Clínica Francesa
- ◆ Hospital el Carmen
- ◆ Sanatorio Diez Oñate
- ◆ Sanatorio Fleming
- ◆ Hospital Pediátrico Dr. Notti.

Provincia de San Juan

- ◆ Hospital Privado del Colegio Médico de San Juan
- ◆ Hospital Marcial Quiroga*

Región Patagonia

Provincia de Neuquén

Hospital Heller.

Provincia de Río Negro.

- ◆ Hospital Lima - Gral. Roca
- ◆ Hospital Carrillo - Bariloche.
- ◆ Hospital Zatti – Viedma.

Provincia de Tierra del Fuego

- ◆ Hospital Regional Ushuaia
- ◆ Hospital Regional Río Grande
- ◆ Sanatorio San Jorge – Ushuaia.

* Tanto los establecimientos de Formosa, como el Hospital Quiroga de San Juan y los hospitales de Matanza de González Catán y Laferrere no enviaron datos por lo que no están incluidos en ninguno de los análisis efectuados.

III-2 Actividad 1

Coordinación operativa del estudio con los becarios seleccionados

Duración : 1 semana a partir del día cero.

Incluyó

- Ratificación de los establecimientos preseleccionados en cada región.
- Capacitación de los becarios en el empleo del instrumento a aplicar.
- Discusión de los indicadores.
- Precisiones metodológicas.

III-3 Actividad 2:

Presentación del proyecto multicéntrico por parte de los investigadores a los facilitadores en los establecimientos incluidos .

Duración 7 semanas a partir de la semana 2.

Incluyó:

- Presentación formal del becario ante las autoridades provinciales, directores y facilitadores institucionales de los Establecimientos a su cargo en cada región.
- Presentación de los objetivos del Estudio y de la Guía de Indicadores Básicos de Calidad para Establecimientos de salud.
- Presentación del diseño metodológico de implementación y los insumos del trabajo en cada establecimiento.
- Capacitación de los becarios a los facilitadores hospitalarios en el instrumento a utilizar, con la presencia de la Coordinación general del proyecto a través de talleres

En cada uno de los talleres se llevaron a cabo las siguientes tareas:

- Presentación de los objetivos del Estudio y de la Guía de Indicadores Básicos de Calidad para Establecimientos de salud.
- Presentación del diseño metodológico de implementación y los insumos del trabajo a los facilitadores de cada establecimiento.
- Capacitación de los facilitadores sobre el instrumento a utilizar.
- Entrega del material
 - Guía conteniendo agenda de trabajo
 - Proyecto,
 - Participantes,
 - Indicadores, Planillas,
 - Resoluciones ministeriales .
- Se estableció el compromiso de envío de la información y el ofrecimiento de asesoramiento en lo que fuera necesario.
- Durante los mismos, la discusión se enriqueció con el intercambio entre los participantes y su experiencia aportada en cuanto a los interrogantes acerca de dónde generar las fuentes de captura de datos para aquellos indicadores a implementar.

Los talleres con los facilitadores contaron con la participación de un representante de la coordinación general, el becario correspondiente y los facilitadores de las instituciones participantes.

El cronograma de dichos talleres fue el siguiente:

1. 10 de julio de 2003 - Ciudad de Buenos Aires.

Participaron los hospitales Alvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Velez Sarsfield, Zubizarreta.

2. 11 de julio de 2003 - Ciudad de Posadas.

Participaron los hospitales Pediátrico, SAMIC El Dorado, SAMIC Oberá, Madariaga, Nosiglia.

3. 15 de julio de 2003 - Ciudad de La Plata.

Participaron los hospitales Alejandro Korn, Cestino, Rossi, San Martín, San Roque.

4. 22 de julio de 2003 - 3 de Febrero

Participaron los hospitales Boccalandro, Cordero, Posadas.

5. 23 de julio de 2003 -Ciudad de Reconquista – Santa Fe

Participó el hospital Central Dra. O. Stucky

6. 24 de julio de 2003 - Ciudad de Santa Fe.

Participaron las clínicas Garay y San Jerónimo y los hospitales Hospital Cullen, Iturraspe, Allasia.

7. 26 de julio de 2003- Ciudad de Rosario.

Participaron los hospitales Centenario y Provincial

8. 28 de julio de 2003 - Ciudad de Formosa.

Participaron las clínicas del Angelo, Sanatorio Formosa, Sanatorio González Lelong, Hospital Central y Hospital de la Madre y el Niño.

9. 29 de julio de 2003 - Ciudad de Corrientes.

Participaron los hospitales de Monte Caseros, Escuela y Vidal.

10. 29 de Julio de 2003 - Ciudad de San Miguel de Tucumán:

Participaron los hospitales Avellaneda, del Niño Jesús y Regional Ramón Carrillo (Santiago del Estero)

11. 30 de Julio de 2003 - Ciudad de Salta

Participaron los hospitales del Milagro y el San Bernardo.

12. 30 de julio de 2003- Ciudad de Neuquén

Participaron los hospitales Zatti (Viedma), Castro Rendón(Neuquén), Heller y López Lima(Gral Roca)

13. 31 de Julio de 2003- Ciudad de San Salvador de Jujuy

Participaron los hospitales de Perico, Orías (Ledesma), Pablo Soria (SS.Jujuy), Patterson (San Pedro), San Roque (SS. De Jujuy), Quintana (SS.

De Jujuy). y los sanatorios Lavalle (SS. De Jujuy), Ntra. Sra. Del Rosario (SS. De Jujuy).

14. 5 de agosto de 2003- Ciudad de Mendoza

Participaron los hospitales Central, Luis Lagomaggiore, Materno-Infantil Dr. Humberto Notti, El Carmen, El Carmen, Militar Mendoza, Marcial Quiroga de San Juan, Hospital Privado del Colegio Médico de San Juan, los sanatorios Alexander Fleming, Diez Oñate y la Clínica Francesa

15. 20 de agosto de 2003. - La Plata

Participaron las siguientes instituciones: Clínica Calchaquí de Quilmes, Clínica Delta de Campana, Clínica Güemes de Luján, Clínica Privada de Florencio Varela, Clínica Privada del Buen Pastor de La Matanza, Instituto Central de Medicina de La Plata, Sanatorio IPENSA de La Plata y el Sanatorio San Carlos de Escobar

16. 25 de agosto de 2003- Ciudad de Ushuaia (Tierra del Fuego)

Participaron los hospitales Regional de Río Grande y Regional de Ushuaia.

17. 28 de Agosto de 2003 - Ciudad de Santiago del Estero:

Participó el hospital Dr. Ramón Carrillo

18. 29 de agosto de 2003- Ciudad de San Nicolás

Participaron los hospitales San Felipe de San Nicolás y el hospital San José de Pergamino.

19. 29 de septiembre de 2003. Buenos Aires

Segundo Taller de Facilitadores de Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Participaron los hospitales Alvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Velez Sarsfield, Zubizarreta.

20. 7 de octubre de 2003 - Hospitales de La Matanza

Participaron los hospitales Municipal del Niño, Policlínico Central, H. Germani de Laferrere y H. Equiza de González Catan

Conclusiones de talleres con facilitadores

Se realizaron 20 talleres con facilitadores de 82 instituciones que aceptaron integrar el estudio. Posteriormente, por lo antedicho, se trabajó en la práctica con 78 instituciones.

Los interrogantes que surgieron en dichos talleres respecto de los indicadores fueron trasladados y debatidos por la Comisión Asesora de Indicadores de Calidad en Servicios de Salud del Programa Nacional de Garantía de Calidad la que aprobó las modificaciones que se consideraron pertinentes de la Guía de Indicadores Básicos de Calidad para Establecimientos de Salud:

IB1- Razón de Prácticas de Laboratorio por Consulta:

La mayoría de los Establecimientos, toma determinaciones y no prácticas por lo que se decidió trabajar con determinaciones y discriminar adecuadamente lo ambulatorio propio del establecimiento de lo externo.

IB2- Razón de Ecografías Ambulatorias por 1000 Consultas:

*Similar al anterior respecto de las consultas ambulatorias y se excluyen las ecografías transesofágicas.

IB3- Porcentaje de Consultas de Guardia /total de Consultas del Establecimiento:

Se considera a los consultorios de demanda espontánea o de admisión como programados y no de urgencia.

IB4- Promedio días de estada.

Sin problemas.

IB5-Cesáreas sobre total de partos.

*Se plantea como contar el parto gemelar o de trillizos. Se contará como uno.

IB6-7-8: Mortalidad neonatal:

*Se plantea tratar de registrar los eventos vinculados a neonatos nacidos en la institución.

IB9: Mortalidad UTI adultos:

Hay establecimientos que recién van a implementarla Clasificación APACHE II, Se verá si es factible incluir dichas terapias.

IB10: Epicrisis a las 72 hs.:

Se consideran 72 hs. Hábiles. Algunos Hospitales con muchos egresos van a tomar un % de HC para su evaluación. Se plantea necesario por lo menos un 20%.

IB11- Cirugías postergadas o suspendidas:

Se incluyen también las causales por el paciente.

IB12: Reingresos por la misma patología:

No se incluye la amenaza de parto prematuro

IB13-Tasa mensual de siniestros del personal:

No se tiene en cuenta el accidente in itinere.

Numerador se toma el N° de siniestros y no la cantidad de personas siniestradas.

IB14. Alta voluntaria:

Sin problemas.

III-4 Actividad 3:

Provisión del Instructivo y formulario de recolección de la prueba.

Duración: 8 semanas a partir de la semana 1.

Incluyó:

- Elaboración de los formularios de informe mensual.
- Elaboración y presentación de los programas de transferencia de datos para aquellos que tuvieran sistemas preexistentes de recolección de los mismos.
- Modelo de elaboración de informes.
- Apoyo técnico y capacitación por parte del PNGCAM, en todo lo previsto para esta etapa.

Los instrumentos se entregaron en los talleres, como así también el modelo de formulario para la recolección de cada indicador para facilitadores (ver anexo1), haciendo hincapié en la confiabilidad de la fuente; a los becarios se les entregó formularios para transferir los datos en forma consolidada por establecimiento, conteniendo las especificaciones, y poniéndose mucho énfasis en la confidencialidad de los datos.

III-5 Actividad 4: Verificación, capacitación y recolección de datos.

Duración 24 semanas a partir de la semana 9

Incluyó:

- Verificación por muestreo del uso de formularios y validación de datos.
- Detección y solución de inconvenientes. Evaluación de la viabilidad de los indicadores.
- Asistencia técnica en las temáticas de la actividad.
- Recolección mensual de los formularios.

La becaria en Informática fue la encargada de recolectar, controlar y procesar los datos enviados por los becarios vía e-mail, tarea supervisada cotidianamente por la coordinación general del estudio. Con los primeros datos enviados se consideró necesario implementar algunos cambios en las planillas de transferencia de datos.

Se realizaron auditorías en terreno para apoyo en las regiones donde se observaron dificultades en la recolección de datos.

III-6 Actividad 5: Elaboración preliminar de valores referenciales para cada indicador.

Los valores referenciales de cada indicador fueron enviados por los becarios en forma mensual con los establecimientos codificados. Los primeros indicadores recibidos fueron los retrospectivos (desde el mes de enero a junio de 2004). Los datos recibidos mostraron cuales eran los indicadores que recolectaban los establecimientos en forma habitual y cuáles no estaban implementados. Los mismos fueron luego comparados con los datos prospectivos.

Durante este período se analizaron y evaluaron el grado de dificultad para la recolección de datos y la diferencia en el tiempo del suministro de la información.

III-7 Actividad 6: Elaboración de informe final y difusión del mismo a Establecimientos y jurisdicciones participantes

Duración: 8 semanas a partir de la semana 41.

Una vez finalizada la recolección de datos y su procesamiento por parte de la becaria informática y la coordinación, se realizó un encuentro el 21 de mayo de 2004 con todos los becarios y la coordinación, en donde cada uno informó sobre los datos generales obtenidos, el grado de participación de los establecimientos y los obstáculos en la recolección de los indicadores (ver anexos 2 y 3). También los becarios informaron el interés despertado en los establecimientos con respecto a la utilidad de los mismos y el interés por continuar utilizándolos en forma habitual más allá del estudio.

En esta etapa se realizó también una encuesta a los directores de los establecimientos y facilitadores para que emitan opinión sobre los mismos (ver anexo 4).

IV- Análisis del desarrollo del estudio

Debemos tener en cuenta para el análisis de este estudio las siguientes consideraciones

- 1- Participación de más de 100 personas entre la coordinación, becarios, facilitadores y directivos.
- 2- Se han procesado 7929 datos de los 12060 previstos en el caso de un 100% de cumplimiento, con un análisis retrospectivo de 3421 datos y 4508 en forma prospectiva, teniendo en cuenta que cada dato es la información mensual de un indicador de un establecimiento determinado.

Estas dos consideraciones previas, es decir la cantidad de personas involucradas y la cantidad de datos que se manejaron, reflejan en alguna medida la complejidad del estudio para su articulación por una parte pero al mismo tiempo la potencialidad de los probables análisis de los resultados obtenidos, los cuales exceden largamente el objetivo de este estudio.

Desde el punto de vista metodológico, que es el análisis que corresponde a esta sección, podemos señalar las siguientes consideraciones.

- 1- Respecto de la designación y trabajo de los becarios: en general no hubo inconvenientes en la comunicación y en la participación activa de los mismos en relación a la Coordinación General y en los talleres generales y los de los facilitadores. Vinculado con el seguimiento del trabajo en las instituciones hubo algunas situaciones de inadecuado seguimiento, lo que contribuyó a algunas de las deserciones en el proyecto como el caso de la provincia de Formosa.
- 2- Respecto de las instituciones: el escaso abandono del estudio por parte de las instituciones es una muestra de la adecuada selección y seguimiento del proyecto, al mismo tiempo que el interés demostrado por algunas autoridades de las instituciones y fundamentalmente de muchos de los facilitadores de las mismas. Obraron en contra del proyecto los cambios de autoridades en las

instituciones que en algunos casos llevó al retraso o cambio de actitud respecto del proyecto.

- 3- Respecto de la capacitación: se diseñó un esquema muy amplio que permitió llegar a todos los establecimientos de manera equitativa en contenidos y tiempos. Esto permitió con la participación de en la mejora por un lado del nivel de precisión de los indicadores y el perfeccionamiento de los instrumentos de compilación y transmisión de datos.
- 4- Respecto de la comunicación: la comunicación vía electrónico hizo realmente factible el desarrollo del proyecto. El problema existente fueron los distintos tiempos de consolidación de datos a nivel institucional y regional. Esto último se ve reflejado incluso en que al momento de cierre del proyecto algunas instituciones no pudieron completar la información.
- 5- Respecto del monitoreo y seguimiento: la comunicación permanente telefónica y electrónico permitió un monitoreo diario de la evolución del proyecto. Se pudieron efectuar correcciones sobre la marcha que estandarizaron aún más el proyecto. El monitoreo en terreno sólo se pudo realizar parcialmente. En los casos en que se realizó permitió allanar algunas dificultades.
- 6- Respecto de los informes parciales y finales de los becarios: si bien se cumplieron en tiempo, fue necesario su adecuación a formatos más uniformes.
- 7- Se mantuvo permanentemente la consigna de confidencialidad de los datos, hecho que se corrobora en la modalidad en que se presentan los mismos.

V- ANÁLISIS DE LOS INDICADORES RELEVADOS

A continuación desarrollaremos un análisis de los indicadores relevados durante el transcurso del estudio multicéntrico. Dicho análisis seguirá los siguientes parámetros.

- 1- Análisis de la cantidad de datos relevados. Comparación entre estudio retrospectivo y prospectivo con definición del rango y la media de todos los indicadores.
- 2- Análisis de la cantidad de datos relevados. Comparación entre estudio retrospectivo y prospectivo con definición del rango y la media en cada uno de los indicadores.
- 3- Análisis de los resultados obtenidos por cada indicador con comparación entre regiones, con definición de rango y media.
- 4- Análisis de los resultados obtenidos en los 6 establecimientos privados con mayor aporte de datos con definición de rango y media.
- 5- Análisis de los resultados obtenidos en los 7 establecimientos públicos con mayor aporte de datos con definición de rango y media.
- 6- Análisis de los resultados obtenidos en los 6 establecimientos pediátricos con mayor aporte de datos con definición de rango y media.
- 7- Consideraciones finales.

V-1- ANALISIS DE LA CANTIDAD DE DATOS RELEVADOS

En el gráfico 1 podemos observar el incremento que se produjo entre los indicadores obtenidos en forma retrospectiva con lo prospectivo. En el análisis retrospectivo se obtuvo el 55,06 % de los indicadores previstos y en el prospectivo se obtuvieron el 69,57% de los datos. El incremento que se produjo entre una etapa y la otra fue del 26,1%.

En el gráfico 2 se efectúa el mismo análisis pero por regiones. En este caso el incremento por regiones tiene un rango de crecimiento entre lo retrospectivo y lo prospectivo que permite visualizar el mayor incremento proporcional en la región 4 con un incremento del 121,66% y un decrecimiento del 30,96% en el caso de la región 9. En este último caso se debe a que de los 4 establecimientos incorporados en forma voluntaria, dos de ellos dejaron de mandar información.

También corresponde señalar que en algunos casos en que los incrementos entre lo retrospectivo y lo prospectivo no pareciera importante se ha partido de un análisis retrospectivo muy significativo por lo que entonces el incremento es poco relevante.

En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos de cada indicador por región y en el anexo 3. encontraremos los resultados de cada indicador por

establecimiento. El análisis regional de los indicadores será abordado dentro de los análisis de cada indicador en particular.

GRAFICO 1: PORCENTAJE DE INDICADORES OBTENIDOS RETROSPECTIVOS Y PROSPECTIVOS

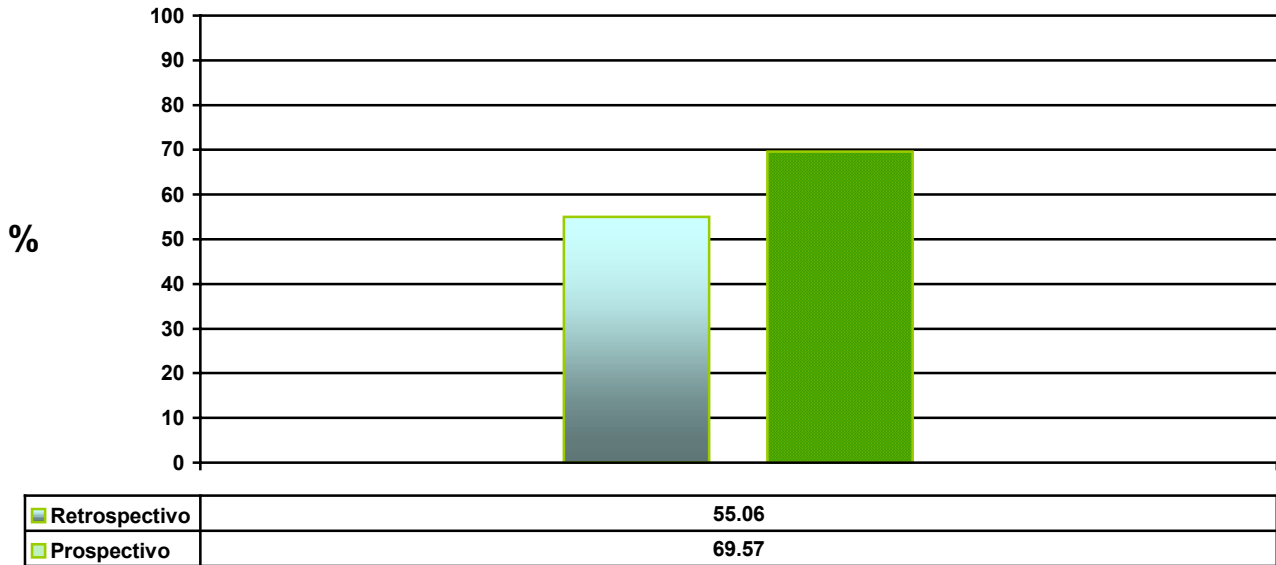
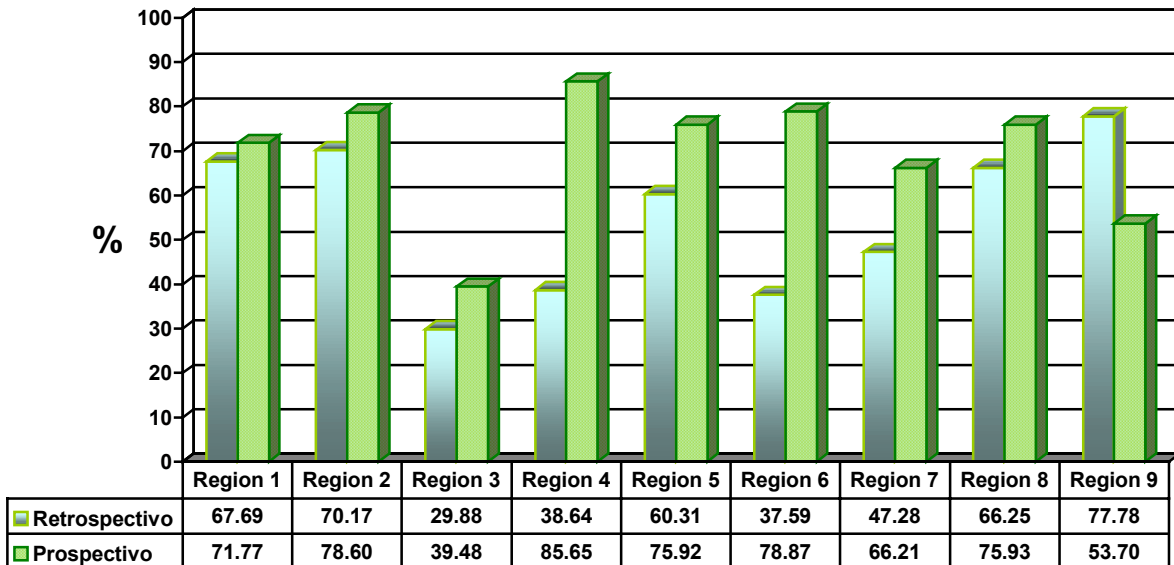


GRAFICO 2: PORCENTAJE DE INDICADORES OBTENIDOS RETROSPECTIVOS Y PROSPECTIVOS POR REGIONES



**TABLA 1 CONSOLIDADO INDICADORES POR REGIONES-
RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

	TOTAL REGIONES									TOTAL
	REGION 1	REGION 2	REGION 3	REGION 4	REGION 5	REGION 6	REGION 7	REGION 8	REGION 9	
CONSOLIDADO TOTAL DE REGIONES RETROSPECTIVO	ESTUDIO RETROSPECTIVO									
										FEBRERO A JULIO DE 2003
Razón de prácticas de Laboratorio por consulta	0.94	1.41	2.38	1.19	0.87	1.15	1.46	1.59	0.55	1.28
Razón de ecografías ambulatorias por 1000 consultas	43.88	37.05	24.40	10.25	67.91	55.84	37.14	23.43	26.59	36.28
% de consultas por Guardia	30.27	31.86	32.69	25.98	25.75	49.71	39.65	26.35	39.23	33.50
Promedio días de estada	4.13	6.74	4.53	4.82	3.96	6.06	5.29	7.86	3.38	5.20
% de cesáreas	23.28	26.49	35.25	22.75	46.34	37.19	28.09	25.40	21.98	29.64
Tasa de mortalidad neonatal <1500 gr	214.44	268.34	202.53	310.91	61.11	220.15	171.91	250.50	18.52	190.93
Tasa de mortalidad neonatal 1500 - 2499 gr	23.49	21.63	62.51	34.91	12.33	0.70	16.71	21.32	35.23	25.43
Tasa de mortalidad neonatal >= 2500 gr	1.61	1.06	7.40	1.15	2.02	2.10	1.60	1.28	55.56	8.20
Índice de mortalidad / Mortalidad esperada UTI adultos	sin datos	0.95	sin datos	sin datos	0.29	1.47	sin datos	0.94	sin actividad	0.91
% de historias clínicas sin epícrisis a 72 horas del alta	50.00	34.22	34.73	74.34	40.51	24.80	64.13	44.84	34.44	44.67
% turnos quirúrgicos suspendidos por más de 24 horas	1.88	13.82	6.84	sin datos	6.96	5.98	1.63	11.44	8.83	7.17
% de reingresos no programados	0.30	sin datos	0.00	0.82	0.71	3.71	0.17	0.97	0.41	0.89
Tasa de accidentes de trabajo del personal	6.35	6.64	5.65	1.90	7.41	23.24	3.80	1.79	17.62	8.26
% de altas voluntarias	0.77	1.09	0.79	sin datos	0.25	1.85	2.72	0.43	0.74	1.08
% de indicadores obtenidos	67.69	70.17	29.88	38.64	60.31	37.59	47.28	66.25	77.78	55.06

TOTAL REGIONES

ESTUDIO PROSPECTIVO

AGOSTO 2003 A ENERO DE 2004

	CONSOLIDADO TOTAL DE REGIONES PROSPECTIVO									TOTAL
	REGION 1	REGION 2	REGION 3	REGION 4	REGION 5	REGION 6	REGION 7	REGION 8	REGION 9	
Razón de prácticas de Laboratorio por consulta	0.98	1.65	2.22	1.05	1.23	1.28	1.33	1.49	0.62	1.32
Razón de ecografías ambulatorias por 1000 consultas	44.70	32.00	43.16	8.37	67.24	62.88	39.13	23.63	30.66	39.08
% de consultas por Guardia	32.44	32.04	35.48	35.14	22.45	44.41	36.93	24.99	37.24	33.46
Promedio días de estada	4.10	6.65	4.82	4.55	4.42	5.56	5.25	7.96	3.66	5.22
% de cesáreas	24.47	26.76	32.93	37.02	47.95	41.56	31.92	26.02	20.91	32.17
Tasa de mortalidad neonatal <1500 gr	426.11	393.26	402.44	356.69	166.67	227.00	316.42	355.45	41.67	298.41
Tasa de mortalidad neonatal 1500 - 2499 gr	39.75	27.31	102.27	48.16	1.89	39.16	54.60	71.85	11.49	44.05
Tasa de mortalidad neonatal >= 2500 gr	2.23	1.88	3.88	4.33	0.00	34.54	2.03	2.30	11.90	7.01
Índice de mortalidad / Mortalidad esperada UTI adultos	0.47	1.23	0.63	0.81	1.35	1.12	0.87	0.93	sin actividad	0.93
% de historias clínicas sin epícrisis a 72 horas del alta	60.48	33.61	32.95	37.53	33.38	15.26	41.81	32.40	30.17	35.29
% turnos quirúrgicos suspendidos por más de 24 horas	3.40	11.96	5.99	19.09	5.25	9.30	6.44	12.80	10.03	9.36
% de reingresos no programados	0.66	0.47	0.93	1.22	0.20	2.52	1.60	0.21	0.21	0.89
Tasa de accidentes de trabajo del personal	5.92	10.16	6.96	5.96	8.72	6.68	5.79	1.59	10.17	6.88
% de altas voluntarias	0.66	1.09	1.27	1.48	0.23	1.57	4.51	2.07	0.70	1.51
% de indicadores obtenidos	71.77	78.60	39.48	85.65	75.92	78.87	66.21	75.93	53.70	69.57

V-2 ANALISIS DE LOS INDICADORES

IBC1- RAZÓN DE DETERMINACIONES DE LABORATORIO POR CONSULTA:

Inicialmente se partió con las siguientes definiciones respecto de este indicador:

1- DESCRIPCION: Se refiere a los análisis clínicos efectuados en todos los laboratorios del establecimiento, solicitados por los profesionales a pacientes ambulatorios.

2- FÓRMULA:

Numerador: Comprende el total de las prácticas de laboratorio, efectuadas a pacientes ambulatorios en un período.

Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período.

Incluye: consultas de urgencia a guardias y programadas en todas las especialidades. Las determinaciones efectuadas en todos los laboratorios del establecimiento (central y periférico)

Excluye: consultas domiciliarias

Fundamento: Se trata de indicadores que señalan la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías diagnósticas. Los resultados permiten comparar comportamientos entre profesionales que pudieran estar relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, pero también con otros factores, como los mecanismos de retribución profesional. Por ejemplo, el mecanismo o forma de retribución (pago por “acto médico”, “módulo”, “cápita”, “cartera fija”, entre otros).

Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables o factores de confusión (sexo, edad, diagnóstico, etc) puede ser cuestionada. Sin embargo se recomienda su utilización cuando la medición se hizo por tiempo no menor a un año y para hacer análisis de tipo descriptivo.

Correcciones de los talleres

La mayoría de los Establecimientos toma determinaciones y no prácticas por lo que se decidió utilizar determinaciones. El indicador pasó a denominarse así:

- Determinaciones de Laboratorio por consulta.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 79,82% de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 70,72%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 83, 97%(ver tabla.1) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 18%. El alto grado de relevamiento cumplimentado refleja que este es un indicador relativamente fácil de realizar. Las dificultades operativas para su medición son:

- 1- Precisar adecuadamente si se miden determinaciones o prácticas de laboratorio.

2- Establecer la adecuada relación entre numerador y denominador, ya que los laboratorios pueden efectuar determinaciones de consultas no efectuadas en la institución. El ejemplo característico es la solicitud de determinaciones de laboratorio en CAPS que son remitidas al laboratorio del hospital cabecera. Existen Establecimientos privados que no discriminan lo ambulatorio propio de lo externo y hay prepagos que no permiten realizar estudios en el mismo establecimiento que las consultas.

**TABLA 1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC1
TOTAL ESTUDIO Y RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

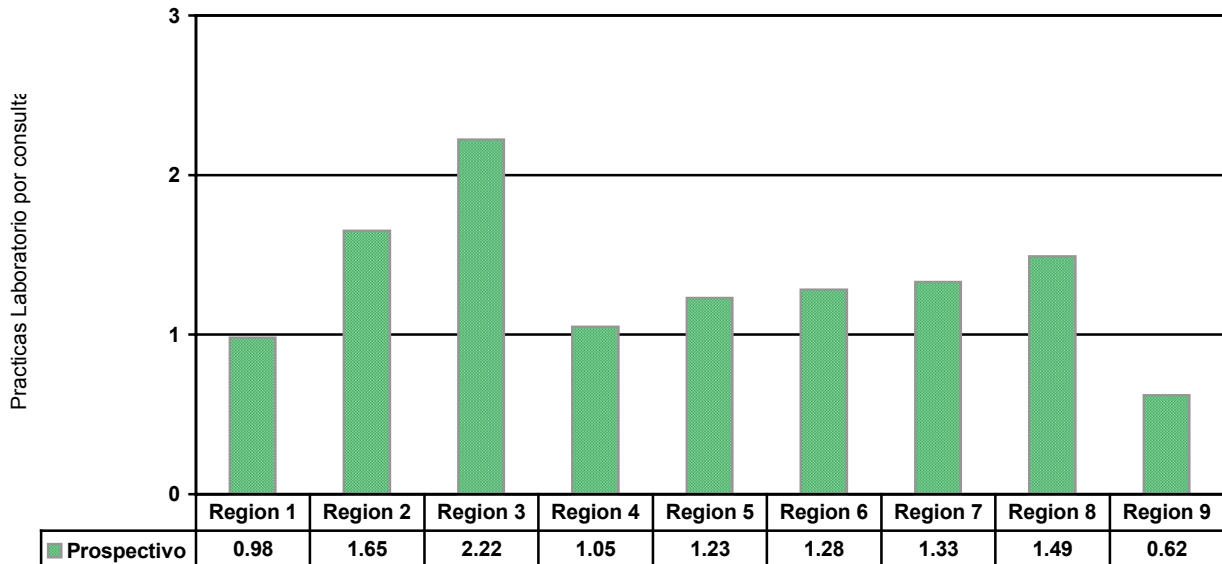
Est.	TOTAL ESTUDIO	RETROSP	PROSP.	Est.	TOTAL ESTUDIO	RETROSP	PROSP.	Est.	TOTAL ESTUDIO	RETROSP	PROSP.
1	25%	16,66%	8,33%	27	91,66%	50%	41,66%	53	91,66%	50%	41,66%
2	100%	50%	50%	28	83,33%	50%	33,33%	54	41,66%	16,66%	33,33%
3	91,66%	50%	41,66%	29	91,66%	50%	41,66%	55	50%	0%	50%
4	50%	41,66%	8,33%	30	100%	50%	50%	56	91,66%	50%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	41,66%	0%	41,66%	57	41,66%	0%	41,66%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	91,66%	50%	41,66%
7	100%	50%	50%	33	66,66%	25%	41,66%	59	41,66%	0%	41,66%
8	100%	50%	50%	34	91,66%	41,66%	50%	60	33,33%	0%	33,33%
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	100%	50%	50%
10	100%	50%	50%	36	25%	0%	25%	62	8,33%	0%	8,33%
11	100%	50%	50%	37	100%	50%	50%	63	100%	50%	50%
12	100%	50%	50%	38	91,66%	41,66%	50%	64	41,66%	8,33%	33,33%
13	100%	50%	50%	39	41,66%	0%	41,66%	65	100%	50%	50%
14	41,66%	0%	41,66%	40	100%	50%	50%	66	100%	50%	50%
15	100%	50%	50%	41	100%	50%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	100%	50%	50%	42	100%	50%	50%	68	0%	0%	0%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	25%	0%	25%	44	100%	50%	50%	70	100%	50%	50%
19	50%	0%	50%	45	66,66%	16,66%	50%	71	91,66%	50%	41,66%
20	50%	0%	50%	46	66,66%	16,66%	50%	72	100%	50%	50%
21	100%	50%	50%	47	100%	50%	50%	73	8,33%	0%	8,33%
22	91,66%	50%	41,66%	48	66,66%	16,66%	50%	74	100%	50%	50%
23	91,66%	50%	41,66%	49	50%	0%	50%	75	100%	50%	50%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	100%	50%	50%
25	83,33%	50%	33,33%	51	91,66%	50%	41,66%	77	100%	50%	50%
26	100%	50%	50%	52	58,33%	50%	8,33%	78	S/A	S/A	S/A

RESULTADOS OBTENIDOS

En el gráfico 1-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 0,69 determinaciones por consulta a 2,22

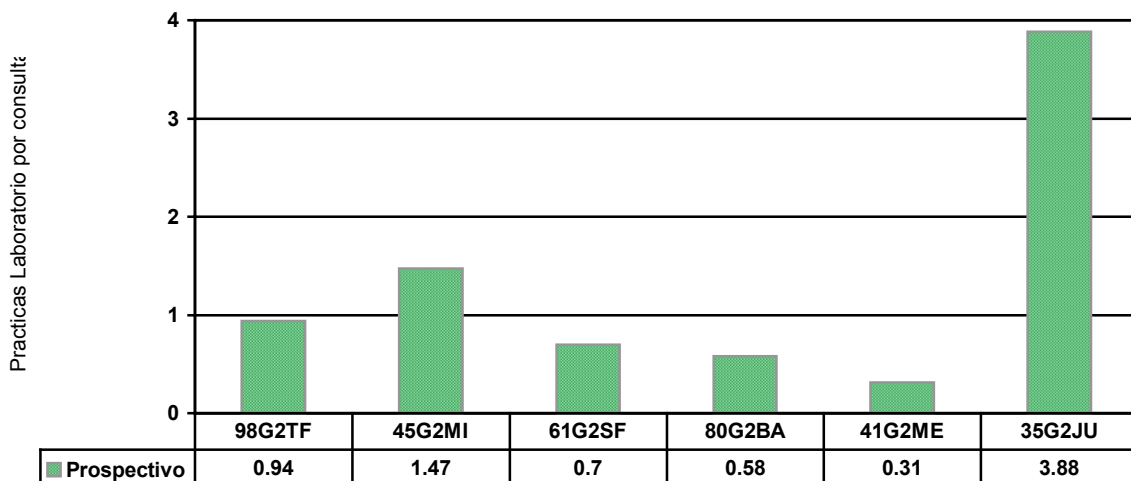
determinaciones con una media de todas las regiones de 1.32 determinaciones. Se estima que el estándar adecuado es alrededor de una determinación por consulta por lo que el resultado encontrado no dista en demasía de dicho estándar.

GRAFICO 1-1 DETERMINACIONES DE LABORATORIO POR CONSULTA POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO



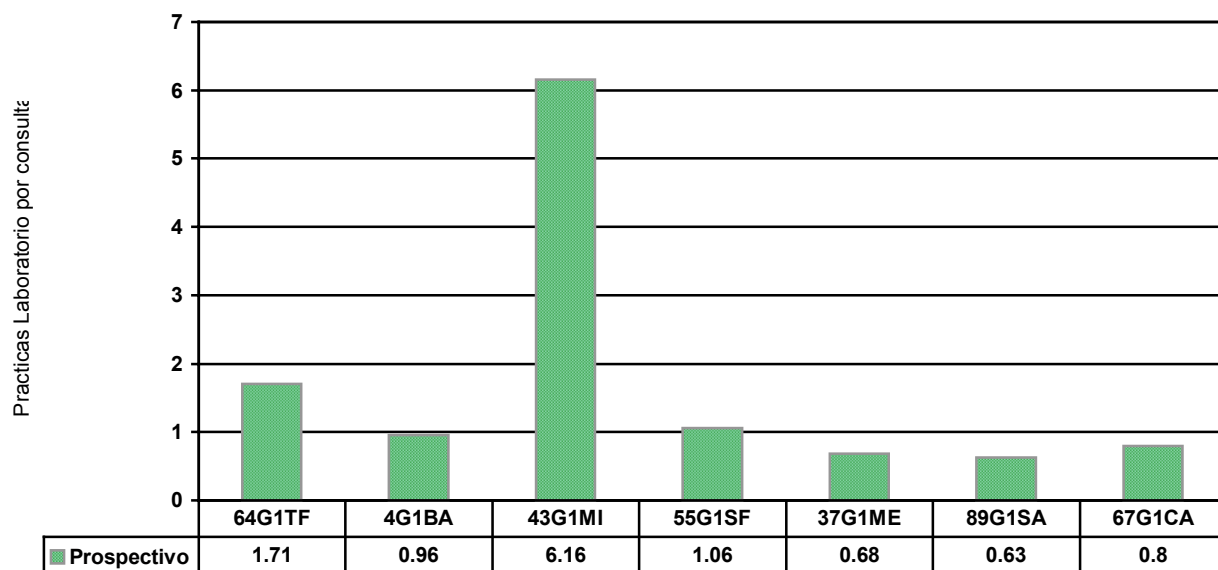
Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 1-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 0.31 determinaciones por consulta a 3.88 determinaciones por consulta con una media de 1.31 determinaciones por consulta. Habría que profundizar el análisis para establecer si los hallazgos diferenciados se deben a conductas prescriptivas o inadecuada relación entre numerador y denominador, como se explicó anteriormente.

GRAFICO 1-2 DETERMINACIONES DE LABORATORIO POR CONSULTA ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



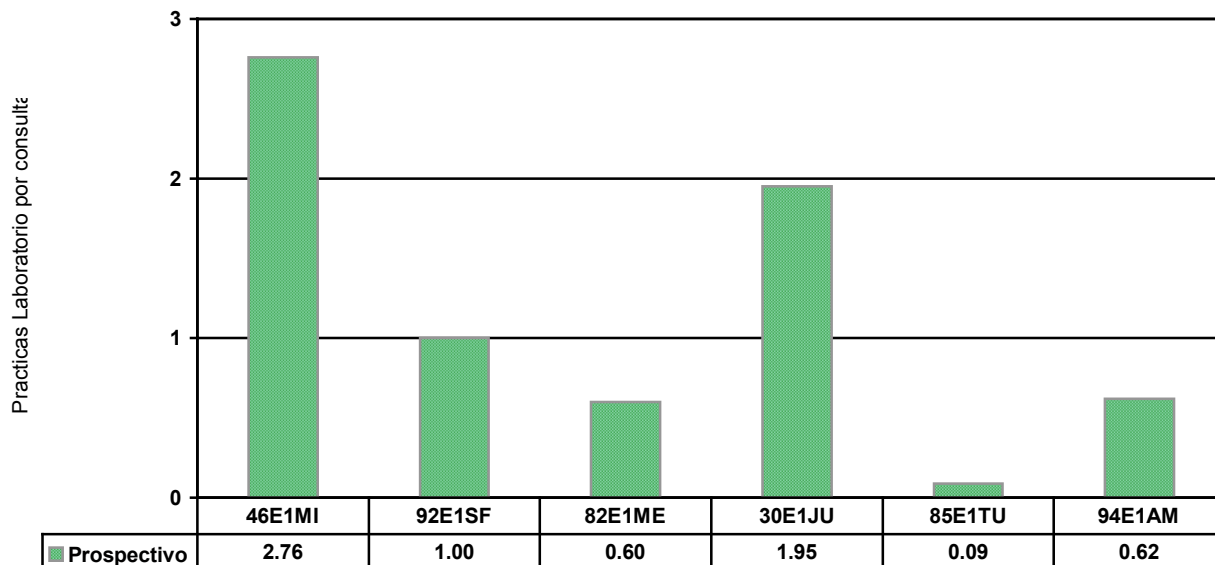
Vinculados a los 7 establecimientos públicos (ver gráfico 1-3) con mayor aporte de datos, observamos un rango aún más significativo que de 0.63 determinaciones a 6.16 determinaciones por consulta, con una media de 1.71 determinaciones por consulta. Cabe la misma reflexión que en el análisis anterior. El establecimiento con 6.16 determinaciones por consulta será una conducta prescriptiva ese valor o será que el laboratorio de dicho establecimiento contabilizó todas las determinaciones efectuadas sin discriminar las consultas externas a la institución?

GRAFICO 1-3 DETERMINACIONES DE LABORATORIO POR CONSULTA ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



En el caso de los establecimientos pediátricos el rango va de 0.09 determinaciones a 2.76 determinaciones con una media 1.17 determinaciones por consulta. Dichos resultados los podemos apreciar en el gráfico 1-4. Los mismos también generan algunos interrogantes que sólo pueden ser develados con una profundización de los estudios al interior de cada establecimiento.

GRAFICO 1-4 DETERMINACIONES DE LABORATORIO POR CONSULTA ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones finales

Este indicador no es de difícil determinación si se cuentan con adecuados registros, fundamentalmente individualizando la procedencia de las consultas. Más allá de una eventual estandarización nacional del mismo, puede ser muy importante en el análisis interno de cada institución y por supuesto el mismo supondrá una incorporación de variables que no fueron tenidas en cuenta en este estudio que tiene que ver con la características de los servicios y de la población que se atiende.

IBC-2 RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR 1.000 CONSULTAS

DESCRIPCION: Son las ecografías ambulatorias efectuadas por el servicio de diagnóstico por imágenes y las que eventualmente efectúen otros servicios especializados.

FÓRMULA:

Numerador: Total de ecografías efectuadas en un período

Incluye: Totalidad de ecografías efectuadas por los distintos servicios salvo los excluidos.

Excluye: Ecodopler

Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período.

Excluye: Consultas domiciliarias

Fundamento: Este indicador se complementa con el de prácticas de laboratorio por consulta. Se trata de indicadores que señalan la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías diagnósticas. Los resultados permiten comparar comportamientos entre profesionales que pudieran estar relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, pero también con otros factores, como los mecanismos de retribución profesional. Por ejemplo, el mecanismo o forma de retribución (pago por “acto médico”, “módulo”, “cápita”, “cartera fija”, entre otros.)

Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables o factores de confusión¹ (sexo, edad, diagnóstico, etc) puede ser cuestionada. Sin embargo se recomienda su utilización aún sin diagnóstico cuando la medición se hizo por tiempo no menores a un año y para hacer análisis de tipo descriptivo.

Consideraciones posteriores a los talleres

- 1- vincular adecuadamente numerador y denominador, en relación a eventuales prestaciones no solicitadas en una consulta intrainstitucional.
- 2- se excluyeron las ecografías transesofágicas
- 3- Se excluyeron las ecografías obstétricas.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 78,84% de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 73,02%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 90, 12%(ver tabla.2) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 23,4%. El alto grado de relevamiento cumplimentado refleja que este es un indicador relativamente fácil de realizar. No se refirieron dificultades operativas de relevancia y el incremento del prospectivo en relación al retrospectivo fue superior al IBC-1

El inconveniente que pudo surgir fue establecer la adecuada relación entre numerador y denominador, ya que los ecógrafos de los establecimientos pueden efectuar estudios de consultas no efectuadas en la institución. El ejemplo característico es la solicitud de ecografías en CAPS que son remitidas al ecógrafo del hospital cabecera.

**TABLA 2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC2
TOTAL ESTUDIO Y RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

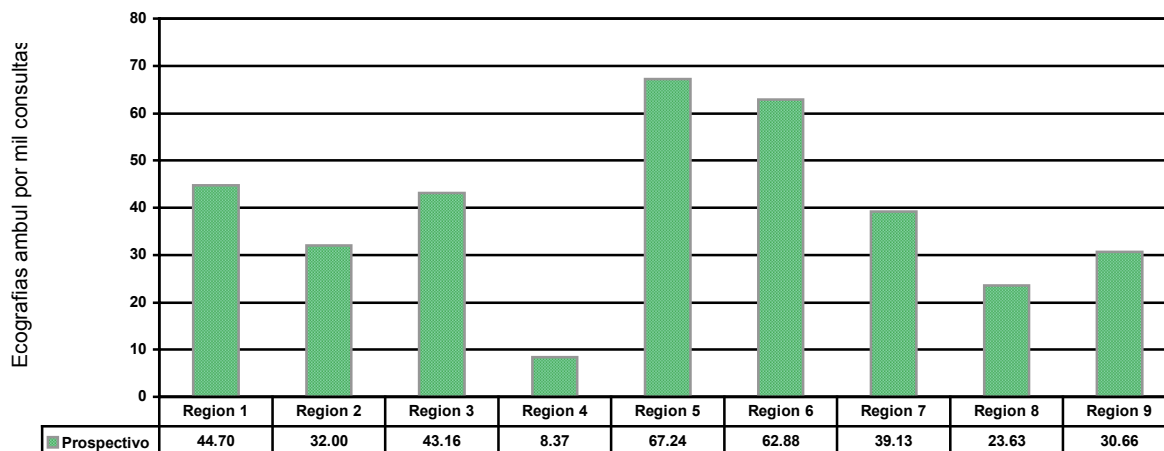
EST.	TOTAL	RETROS	PROSP	EST.	TOTAL	RETROS	PROSP	EST.	TOTAL	RETROS	PROSP
1	100%	50%	50%	27	100%	50%	50%	53	75%	41,66%	33,33%
2	100%	50%	50%	28	83.33%	50%	33,33%	54	33,33%	16,66%	16,66%
3	91.66%	50%	41,66%	29	33.33%	0%	33,33%	55	50%	0%	50%
4	100%	50%	50%	30	100%	50%	50%	56	91,66%	50%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	41,66%	0%	41,66%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	75%	25%	50%
7	100%	50%	50%	33	50%	8,33%	41,66%	59	41,66%	0%	41,66%
8	100%	50%	50%	34	91.66%	41,66%	50%	60	83,33%	50%	33,33%
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	50%	0%	50%
10	100%	50%	50%	36	0%	0%	0%	62	100%	50%	50%
11	100%	50%	50%	37	100%	50%	50%	63	100%	50%	50%
12	100%	50%	50%	38	91.66%	41,66%	50%	64	58,33%	16,66%	41,66%
13	100%	50%	50%	39	41.66%	0%	41,66%	65	100%	50%	50%
14	100%	50%	50%	40	100%	50%	50%	66	58,33%	8,33%	50%
15	100%	50%	50%	41	100%	50%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	100%	50%	50%	42	100%	50%	50%	68	25%	8,33%	16,66%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	25%	0%	25%	44	100%	50%	50%	70	100%	50%	50%
19	50%	0%	50%	45	66,66%	16,66%	50%	71	0%	0%	0%
20	41.66%	0%	41,66%	46	66,66%	16,66%	50%	72	100%	50%	50%
21	91.66%	50%	41,66%	47	100%	50%	50%	73	66,66%	50%	16,66%
22	100%	50%	50%	48	66,66%	16,66%	50%	74	100%	50%	50%
23	91.66%	50%	41,66%	49	50%	0%	50%	75	100%	50%	50%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	100%	50%	50%
25	83.33%	50%	33,33%	51	91,66%	50%	41,66%	77	100%	50%	50%
26	100%	50%	50%	52	58,33%	50%	8,33%	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

En el gráfico 2-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 8.37 ecografías ambulatorias cada 1000 consultas a 67.24 ecografías con una media de todas las regiones de 39.09 ecografías ambulatorias por cada 1000 consultas. El rango relativamente amplio que presenta este relevamiento nos sugiere tres interrogantes, sin poder descartar otros:

- 1- Conducta prescriptiva no estandarizada.
- 2- Desarmonía entre numerador y denominador.
- 3- Disponibilidad o no de ecógrafos en tiempo y forma.

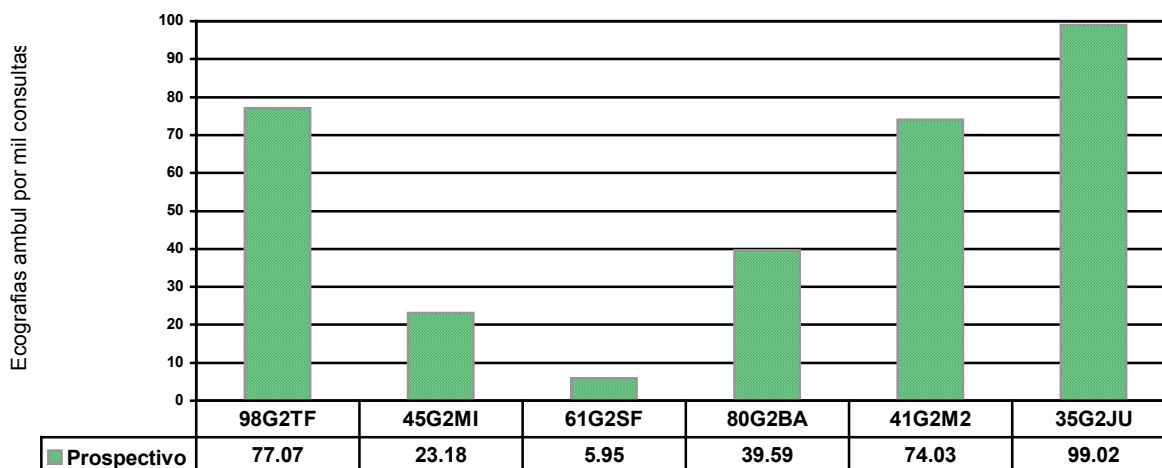
**GRAFICO 2-1 ECOGRAFIAS AMBULATORIAS/1000 CONSULTAS
POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO**



Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 2-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 5.95 ecografías ambulatorias a 99.02 ecografías ambulatorias con una media de 53.14 ecografías ambulatorias cada 1000 consultas. Surgen algunos interrogantes que no pueden ser respondidos con esa información, sino que requeriría un análisis más pormenorizado institución por institución. Ellos son entre otros

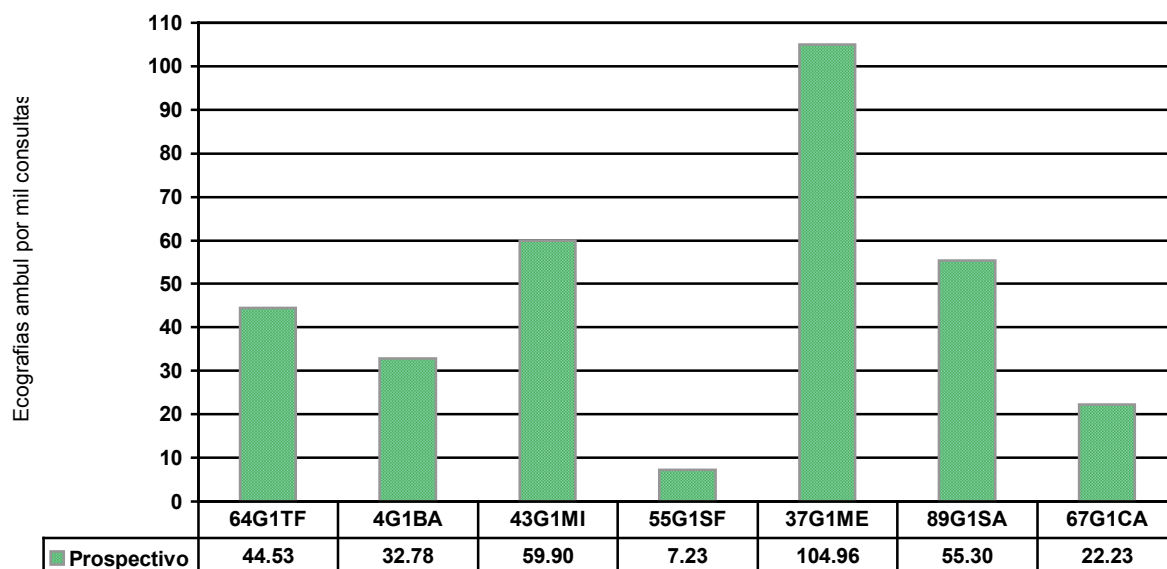
- 1- ¿Hay variabilidad en la conducta prescriptiva con igual disponibilidad de tecnología?
- 2- ¿Sólo se realizan prestaciones del propio centro o es un centro referencial?

**GRAFICO2-2 ECOGRAFIAS AMBULATORIAS/1000 CONSULTAS
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS – ESTUDIO PROSPECTIVO**



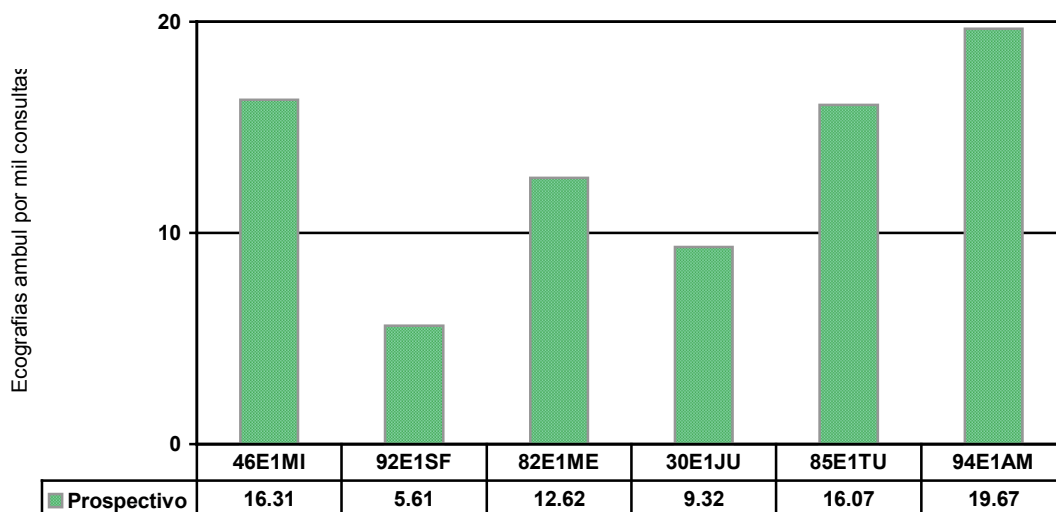
Vinculados a los 7 establecimientos públicos (ver gráfico 2-3) con mayor aporte de datos, observamos un rango que va de 7.23 ecografías a 104.96 ecografías con una media de 46.71 ecografías cada 1000 consultas. Cabe la misma reflexión que en el análisis anterior. La disponibilidad de la tecnología o ser centro referencial podrían explicar el amplio rango.

GRAFICO2-3 ECOGRAFIAS AMBULATORIAS/1000 CONSULTAS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



En el caso de los establecimientos pediátricos el rango va de 5.61 ecografías a 19.67 ecografías con una media de 13.27 ecografías cada 1000 consultas. Dichos resultados los podemos apreciar en el gráfico 2-4. Con las mismas consideraciones anteriores, es dable advertir que el uso de estas prácticas es sensiblemente menor que para los adultos. Estos resultados por sí mismos no permiten avanzar en más conclusiones.

GRAFICO2-4 ECOGRAFIAS AMBULATORIAS/1000 CONSULTAS ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones finales

Este indicador no es de difícil determinación si se cuentan con adecuados registros, fundamentalmente individualizando la procedencia de las consultas. Más allá de una eventual estandarización nacional del mismo, puede ser muy importante en el análisis interno de cada institución. De todos modos como esta no es una tecnología disponible en todos los establecimientos (especialmente los públicos) no podemos afirmar si la conducta prescriptiva no está sesgada por la disponibilidad o no de ecógrafos.

IBC-3 PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA O DE URGENCIA/ TOTAL DE CONSULTAS DEL ESTABLECIMIENTO.

DESCRIPCION Se refiere a la distribución de consultas de guardia o urgencia sobre el total de consultas de la institución

FÓRMULA:

Numerador: total de consultas de guardia o de urgencia de un periodo x 100
denominador: total de consultas del mismo período

Incluye: las consultas médicas por cualquier causa atendidas en los servicios de urgencia o guardia a pacientes ambulatorios.

Excluye: prestación de enfermería en la guardia a pacientes ambulatorios.

Fundamento: este indicador señala la existencia o no de desvíos en la distribución de consultas de urgencia (se espera que el número de consultas de urgencia sea menor que las programadas). la existencia de los mismos podría estar indicando fallas en la provisión de servicios programados y de la atención ambulatoria de primer nivel, una escasa cobertura real y la consecuente inequidad en la atención.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 86,53 % de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 81,41%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 91,45% (ver tabla.3) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 12,3%. Ocho instituciones no hicieron análisis retrospectivo y 1 no cumplimentó el prospectivo.

Las eventuales dificultades operativas para este indicador fueron aclaradas cuando se estableció a los consultorios de demanda espontánea o de admisión como programados y no de urgencia.

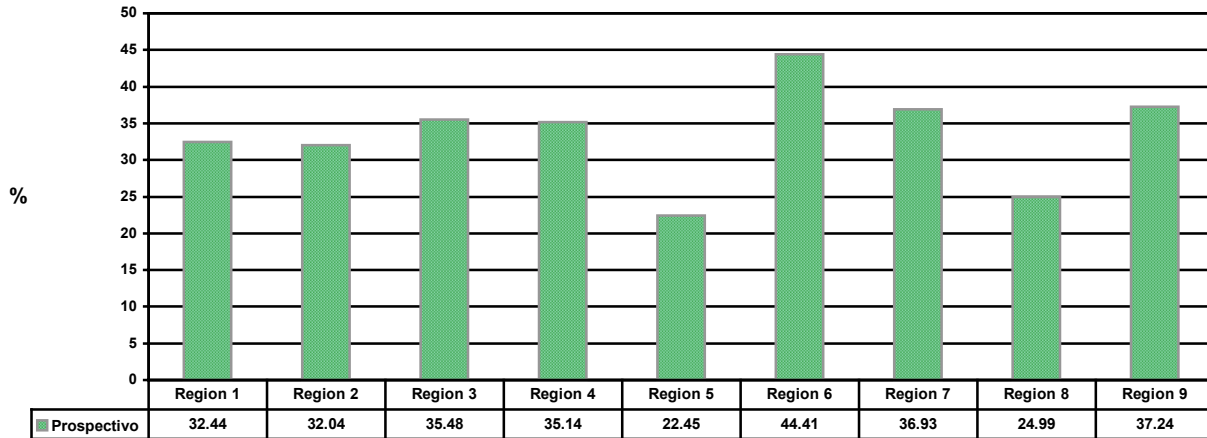
**TABLA 3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC-3
TOTAL ESTUDIO Y RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

Est.	TOTAL	RETRO	PROSP	Est.	TOTAL	RETRO	PROSP	Est.	TOTAL	RETRO	PROSP
1	100%	50%	50%	27	100%	50%	50%	53	91,66%	50%	41,66%
2	100%	50%	50%	28	83,33%	50%	33,33%	54	83,33%	50%	33,33%
3	91,66%	50%	41,66%	29	91,66%	50%	41,66%	55	50%	0%	50%
4	100%	50%	50%	30	100%	50%	50%	56	91,66%	50%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	83,33%	16,66%	41,66%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	100%	50%	50%
7	100%	50%	50%	33	66,66%	25%	41,66%	59	83,33%	50%	33,33%
8	100%	50%	50%	34	91,66%	41,66%	50%	60	91,66%	50%	41,66%
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	100%	50%	50%
10	100%	50%	50%	36	0%	0%	0%	62	100%	50%	50%
11	100%	50%	50%	37	100%	50%	50%	63	100%	50%	50%
12	100%	50%	50%	38	91,66%	41,66%	50%	64	58,33%	16,66%	41,66%
13	100%	50%	50%	39	41,66%	0%	41,66%	65	100%	50%	50%
14	100%	50%	50%	40	100%	50%	50%	66	100%	50%	50%
15	100%	50%	50%	41	100%	50%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	100%	50%	50%	42	100%	50%	50%	68	58,33%	8,33%	50%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	25%	0%	25%	44	100%	50%	50%	70	100%	50%	50%
19	50%	0%	50%	45	66,66%	16,66%	50%	71	100%	50%	50%
20	50%	0%	50%	46	66,66%	16,66%	50%	72	100%	50%	50%
21	91,66%	50%	41,66%	47	100%	50%	50%	73	75%	50%	25%
22	100%	50%	50%	48	66,66%	16,66%	50%	74	91,66%	41,66%	50%
23	100%	50%	50%	49	50%	0%	50%	75	100%	50%	50%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	100%	50%	50%
25	83,33%	50%	33,33%	51	91,66%	50%	41,66%	77	100%	50%	50%
26	100%	50%	50%	52	58,33%	50%	8,33%	78	75%	50%	25%

Resultados obtenidos

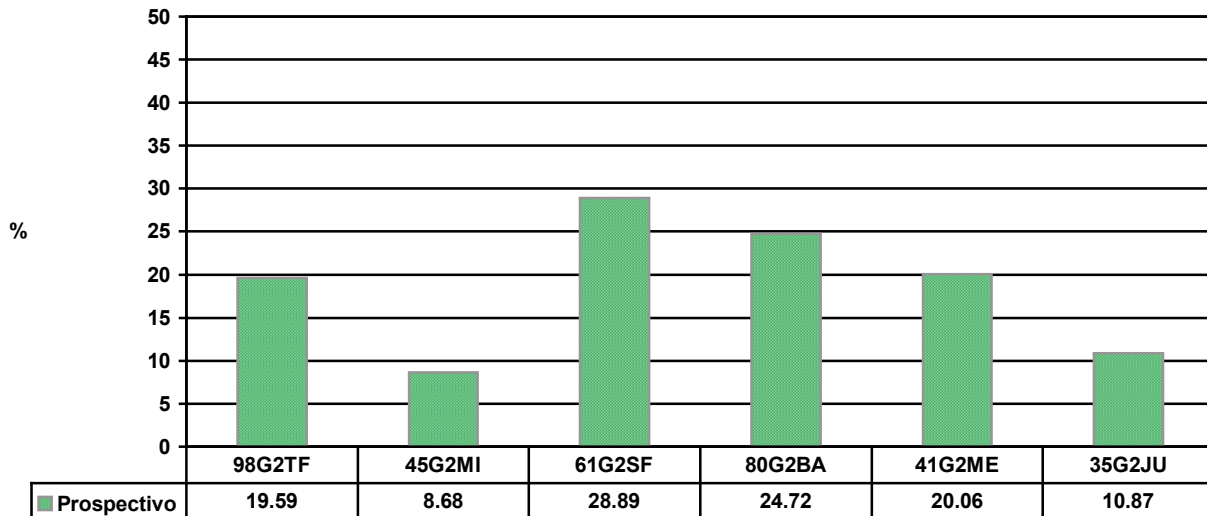
En el gráfico 3-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 22,45 % de consultas en guardia a 44,41 % de consultas en guardia con una media de todas las regiones de 33,46% de consultas de guardia/emergencia sobre el total de consultas del establecimiento. Se estima que el estándar adecuado fluctúa entre el 20 y el 30 % del total de consultas institucionales, por lo que los valores observados en la mayoría de los casos estarían alrededor del denominado estándar.

**GRAFICO 3-1 PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA
POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO**



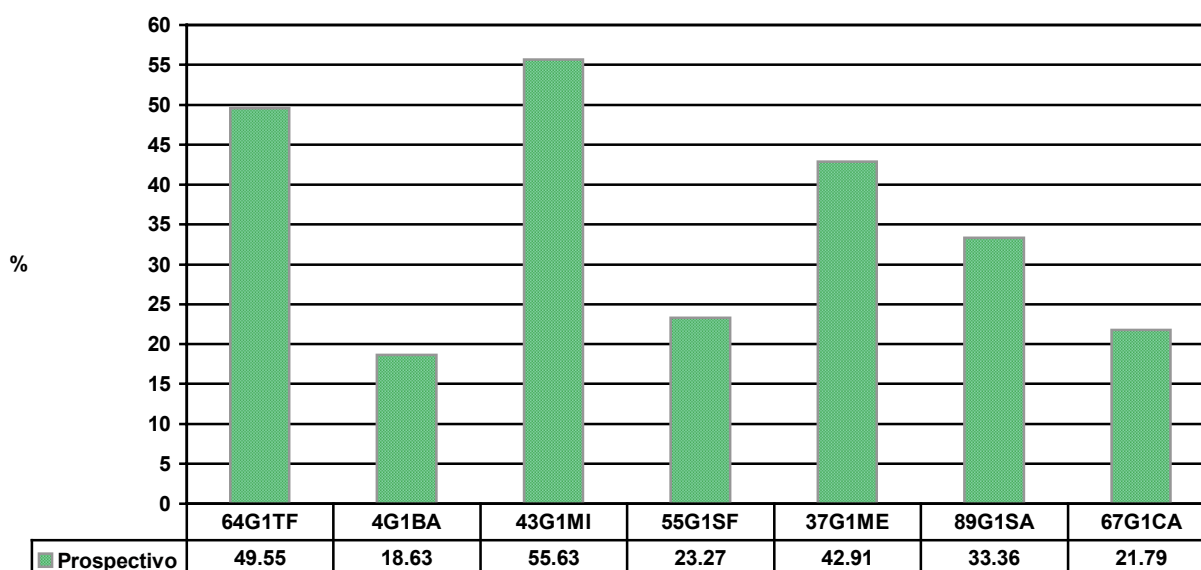
Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 3-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 8,68% a 28,89% de consultas por guardia con una media de 18,8% de consultas por guardia sobre el total de consultas. Los porcentajes son inferiores a los de los totales y podríamos plantear que estaría relacionado con la accesibilidad a los Servicios de Guardia públicos y privados.

**GRAFICO 3-2 PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS – ESTUDIO PROSPECTIVO**



Vinculados a los 7 establecimientos públicos(ver gráfico 3-3) con mayor aporte de datos, observamos un rango que va de 18,63% a 55,83% de consultas, con una media de 35,02 %. Cabe destacar que la media es prácticamente el doble que la de los establecimientos privados. A priori cabría la misma explicación que se dio para los privados pero en sentido inverso.

GRAFICO 3-3 PORCENTAJE DE CONSULTAS DE GUARDIA ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO

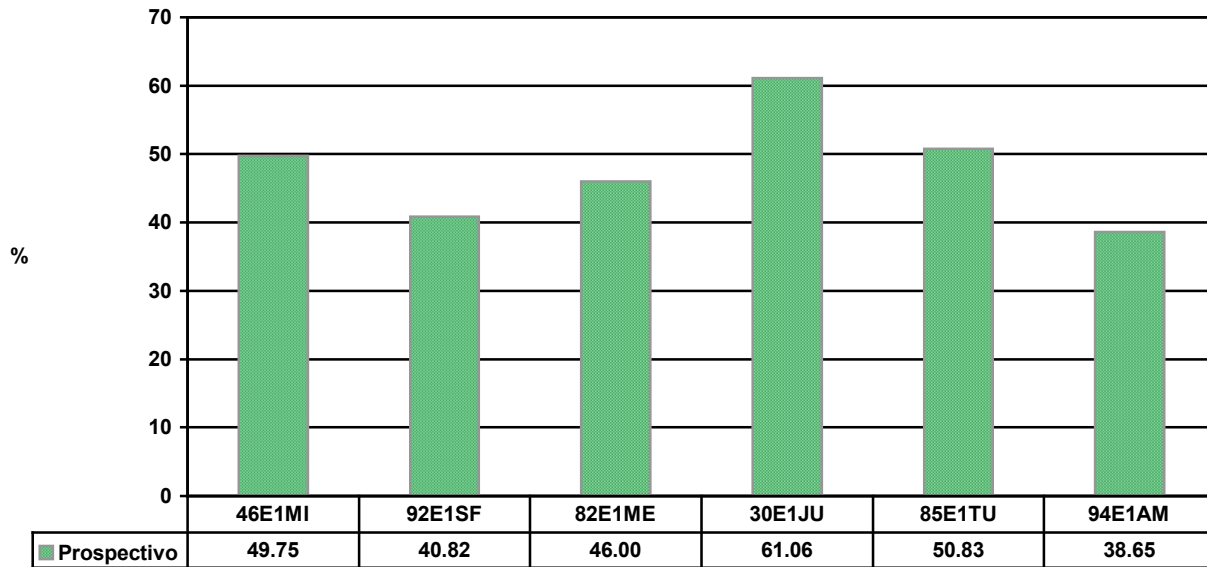


En el caso de los establecimientos pediátricos el rango va de 38,65 % a 61,06 % con una media de 47,85% . Dichos resultados los podemos apreciar en el gráfico 4-4. El porcentaje en los establecimientos pediátricos es superior a los establecimientos de adultos. A ello podrían concurrir varios factores

- 1- El tipo de patología y la preocupación de los padres.
- 2- Inadecuada respuesta a nivel periférico.
- 3- Insuficiente consulta programada.

Discernir estos factores debería ser tarea de las autoridades de los establecimientos para efectuar las medidas correctoras de ser posible y necesario.

GRAFICO 3-4 PORCENTAJE CONSULTAS DE GUARDIA ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS - RETROSPECTIVO



Consideraciones finales

Este indicador no es de difícil determinación si se cuentan con adecuados registros. En el ámbito público son datos habitualmente procesados por el Departamento de Estadísticas. Si bien es necesario profundizar e investigar otras causales, las diferencias encontradas reflejarían los diferentes tipos de accesibilidad y en algunos casos asociadamente anomalías organizativas, ya que los porcentajes de consultas por guardia exceden largamente lo recomendable.

IBC-4 PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA DE LOS EGRESOS

DESCRIPCION: Se obtiene de la suma de los días de estada de los pacientes egresados en el período, sobre el total de egresos para el mismo periodo.

FÓRMULA:

Numerador: Total de días de estada de los egresos de un período.

Denominador: Total de egresos en el mismo período.

Fundamento: Este indicador describe la permanencia en la institución de pacientes internados. Al igual que el indicador prácticas por consulta, señala los procesos de atención, esta vez, de la institución respecto del uso de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Los resultados permiten comparar comportamientos entre instituciones que pudieran estar relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, pero también con otros factores, como los mecanismos de retribución prestacional. También es habitual la comparación entre especialidades (clínicas, quirúrgica, terapia intensiva, etc)

Incluye:

la totalidad de los días de estada y egresos independientemente del sector en el cual permanecieron (UTI, UTIN, UCIO, ETC.).

Los pacientes que permanecieron internados menos de 24 horas, se considera como 1 egreso con 1 día de estada.

Excluye:

Recién nacido normal

Pacientes en observación en guardia

Los pases de servicio dentro del establecimiento no se consideran egresos.

Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables confundidoras (sexo, edad, diagnóstico, etc) puede ser cuestionada. Sin embargo se recomienda su utilización aún sin diagnóstico cuando la medición se hizo por tiempo no menores a un año y para hacer análisis de tipo descriptivo.

En los talleres con los becarios no surgió con este indicador ningún problema o inquietud por ser un indicador tradicional en las estadísticas hospitalarias.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 86,64 % de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 83,54%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 89,74% (ver tabla 4) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 7,42%.

Siete instituciones no hicieron análisis retrospectivo.

No hubo dificultades operativas para este indicador.

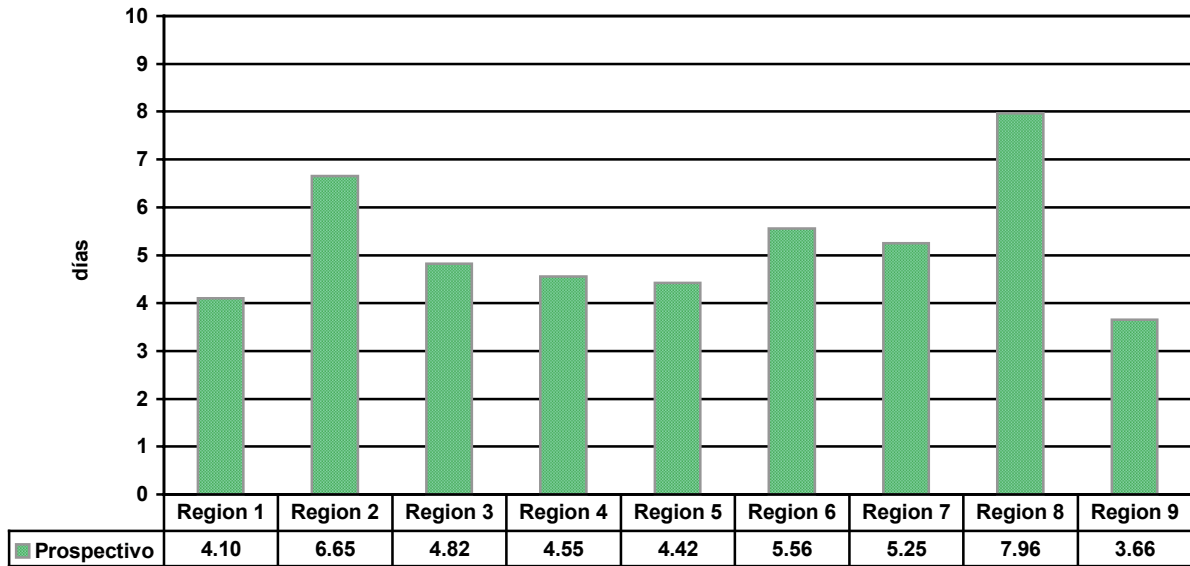
**TABLA 4. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC-4
TOTAL ESTUDIO Y RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

EST	TOTAL	RETRO	PROSP	EST	TOTAL	RETRO	PROSP	EST	TOTAL	RETRO	PROSP
1	100%	50%	50%	27	100%	50%	50%	53	91,66%	50%	41,66%
2	100%	50%	50%	28	83,33%	50%	33,33%	54	83,33%	50%	33,33%
3	83,33%	50%	33,33%	29	83,33%	50%	33,33%	55	100%	50%	50%
4	33,33%	50%	16,66%	30	100%	50%	50%	56	91,66%	50%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	41,66%	25%	8,33%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	83,33%	33,33%	50%
7	100%	50%	50%	33	58,33%	16,66%	41,66%	59	91,66%	50%	41,66%
8	100%	50%	50%	34	91,66%	41,66%	50%	60	91,66%	50%	41,66%
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	100%	50%	50%
10	100%	50%	50%	36	91,66%	50%	41,66%	62	100%	50%	50%
11	100%	50%	50%	37	100%	50%	50%	63	100%	50%	50%
12	100%	50%	50%	38	50%	0%	50%	64	58,33%	16,66%	41,66%
13	100%	50%	50%	39	100%	50%	50%	65	100%	50%	50%
14	100%	50%	50%	40	100%	50%	50%	66	100%	50%	50%
15	100%	50%	50%	41	100%	50%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	100%	50%	50%	42	100%	50%	50%	68	58,33%	8,33%	50%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	25%	0%	25%	44	100%	50%	50%	70	100%	50%	50%
19	50%	0%	50%	45	66,66%	16,66%	50%	71	100%	50%	50%
20	33,33%	0%	33,33%	46	66,66%	16,66%	50%	72	100%	50%	50%
21	100%	50%	50%	47	100%	50%	50%	73	75%	50%	25%
22	100%	50%	50%	48	66,66%	16,66%	50%	74	100%	50%	50%
23	100%	50%	50%	49	50%	0%	50%	75	100%	50%	50%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	100%	50%	50%
25	83,33%	50%	33,33%	51	83,33%	50%	33,33%	77	100%	50%	50%
26	100%	50%	50%	52	58,33%	50%	8,33%	78	75%	50%	25%

Resultados Obtenidos

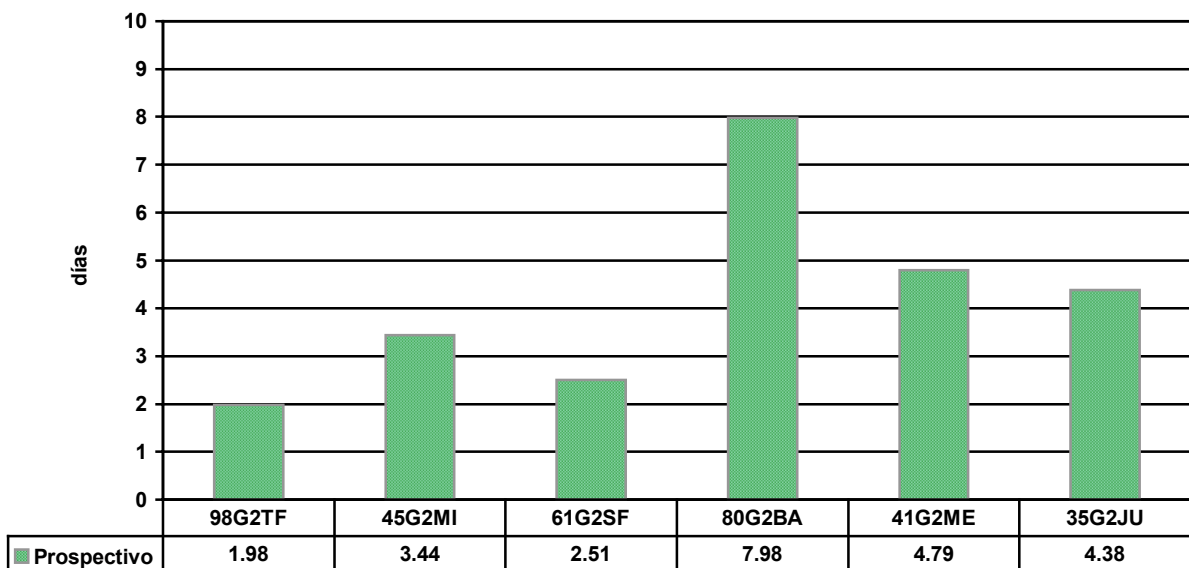
En el gráfico 4-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 3,66% a 7,96% con una media de todas las regiones de 5,22% de días de estada. No es posible hablar de estándares cuando no se sabe si los establecimientos tienen las mismas características o no.

**GRAFICO 4-1- PROMEDIO DIAS DE ESTADA
POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO**



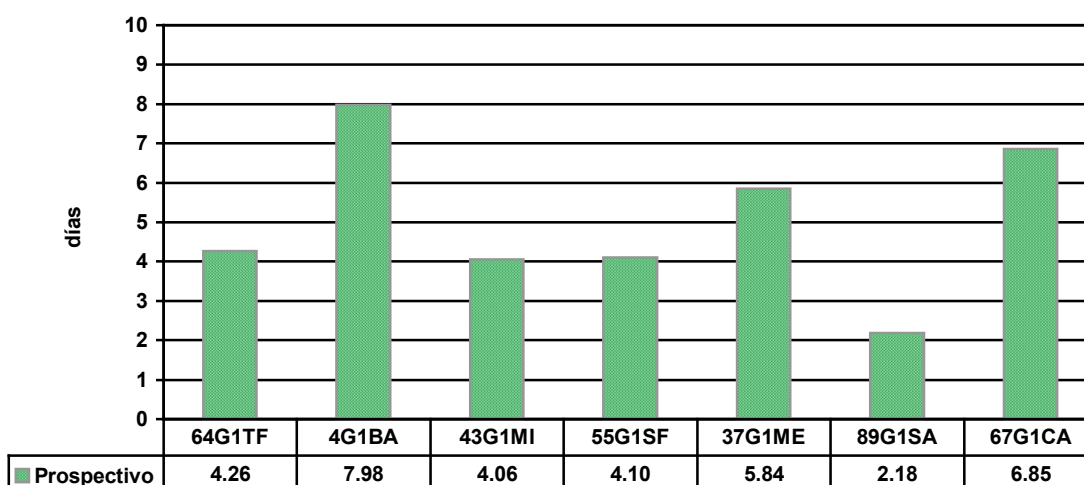
Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 4-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 1,98% a 7,98% con una media de 4,18%. No existen diferencias significativas con el análisis hecho para las regiones.

**GRAFICO 4-2 PROMEDIO DIAS DE ESTADA
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS-ESTUDIO PROSPECTIVO**



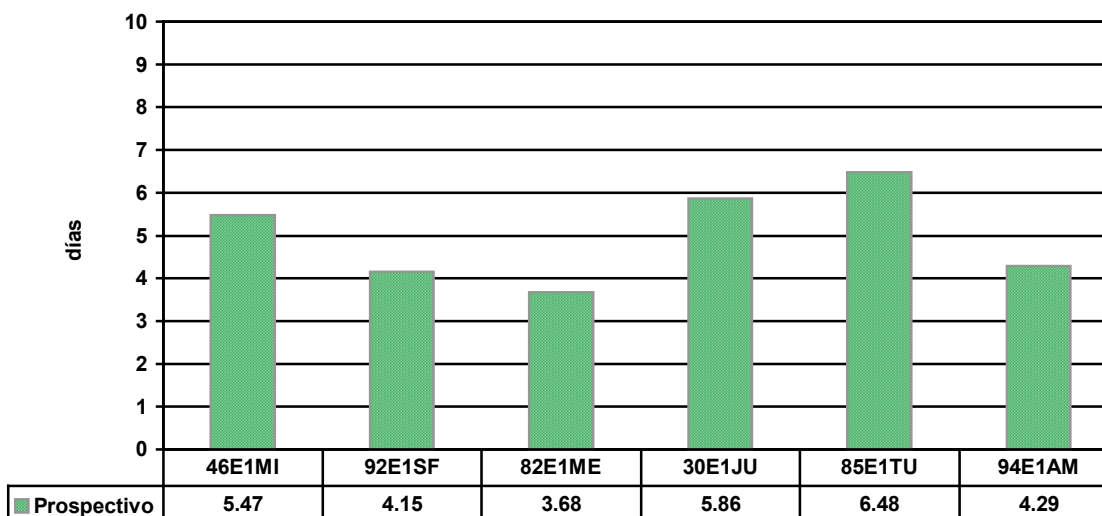
Vinculados a los 7 establecimientos públicos (ver gráfico 4-3) con mayor aporte de datos, observamos un rango que va de 2,18% a 7,98% con una media de 5,04% de días de estada. Cabe la misma reflexión que en el análisis anterior.

GRAFICO 3-4 PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



Vinculados a los 6 establecimientos pediátricos (ver gráfico 4-4) con mayor aporte de datos, observamos un rango que va de 3,68% a 6,48% con una media de 4,98% de días de estada. Cabe la misma reflexión que en el análisis anterior.

GRAFICO 4-4 PROMEDIO DIAS DE ESTADA ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones finales

Este indicador es de uso tradicional en las estadísticas hospitalarias. No se advierten grandes diferencias entre los distintos tipos de establecimientos. De todos modos es prácticamente imposible la comparación si no se armonizan y se comparan una serie de variables. Sí es un indicador importante para evaluar procesos internamente. De todos modos no es frecuente en las conducciones de los establecimientos tomar determinaciones de mejora de la calidad basadas en este indicador. Por ser de relevamiento habitual ha perdido la dimensión de su utilidad.

IBC 5 PORCENTAJE DE CESAREAS/ TOTAL DE PARTOS

DESCRIPCION: Se trata de relacionar la totalidad de los partos con aquellos que fueron resueltos por cesárea.

Fórmula:

Numerador: Total de cesáreas realizadas en un período x 100.

Denominador: Total de partos por parto vaginal, además de las cesáreas en el período.

Fundamento: Este es un indicador clásico para evaluar calidad de la atención del parto por parte de los equipos obstétricos.

Incluye:

Totalidad de partos discriminados por vía vaginal y cesárea.

Excluye:

Aborto, egreso por amenaza de parto o aborto o complicaciones del embarazo.

Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables confundidoras (sexo, edad, diagnóstico, etc) puede ser cuestionada. Sin embargo se recomienda su utilización aún sin diagnóstico cuando la medición se hizo por tiempo no menores a un año y para hacer análisis de tipo descriptivo.

El parto gemelar o de trillizos se contará como uno.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 91,12% de lo previsto en los 62 establecimientos que participaron del estudio y que tienen servicio de Maternidad. En la tabla se puede apreciar que hay 16 establecimientos que no desarrollan actividad. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 86,82%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 95,42%(ver tabla 5) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 9,9%. El alto grado de relevamiento cumplimentado refleja que este es un indicador relativamente fácil de realizar. No se refirieron dificultades operativas de relevancia.

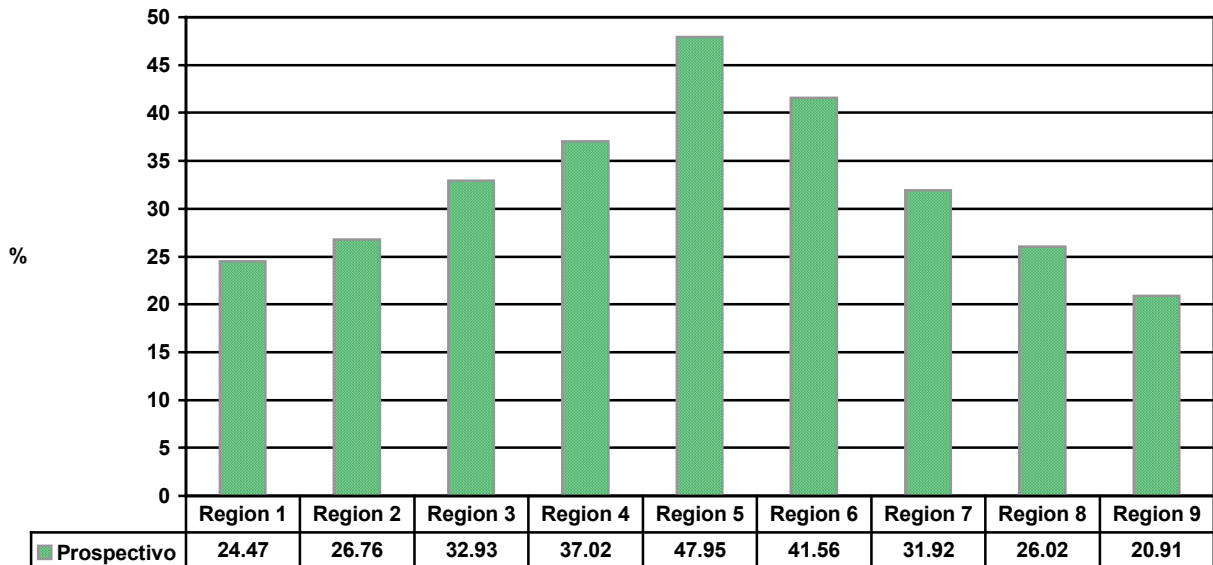
**TABLA 5. PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC5
TOTAL ESTUDIO Y RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

Est.	TOTAL	RETRO	PROSP	Est.	TOTAL	RETRO	PROSP	Est.	TOTAL	RETRO	PROSP
1	100%	50%	50%	27	100%	50%	50%	53	91,66%	50%	41,66%
2	100%	50%	50%	28	83%	50%	33,33%	54	83,33%	50%	33,33%
3	100%	50%	50%	29	100%	50%	50%	55	100%	50%	50%
4	100%	50%	50%	30	100%	50%	50%	56	91,66%	50%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	83,33%	41,66%	41,66%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	100%	50%	50%
7	100%	50%	50%	33	S/A	S/A	S/A	59	91,66%	50%	41,66%
8	S/A	S/A	S/A	34	91,66%	41,66%	50%	60	S/A	S/A	S/A
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	S/A	S/A	S/A
10	100%	50%	50%	36	100%	50%	50%	62	100%	50%	50%
11	100%	50%	50%	37	100%	50%	50%	63	S/A	S/A	S/A
12	100%	50%	50%	38	S/A	0%	0%	64	58,33%	16,66%	41,66%
13	100%	50%	50%	39	100%	50%	50%	65	100%	50%	50%
14	100%	50%	50%	40	100%	50%	50%	66	100%	50%	50%
15	100%	50%	50%	41	100%	50%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	100%	50%	50%	42	S/A	S/A	S/A	68	58,33%	8,33%	50%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	S/A	0%	0%	44	S/A	S/A	S/A	70	S/A	S/A	S/A
19	50%	0%	50%	45	S/A	S/A	S/A	71	S/A	S/A	S/A
20	50%	0%	50%	46	66,66%	16,66%	50%	72	100%	50%	50%
21	100%	50%	50%	47	100%	50%	50%	73	75%	50%	25%
22	100%	50%	50%	48	S/A	S/A	S/A	74	100%	50%	50%
23	100%	50%	50%	49	50%	0%	50%	75	100%	50%	50%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	100%	50%	50%
25	S/A	S/A	S/A	51	91,66%	50%	41,66%	77	S/A	S/A	S/A
26	100%	50%	50%	52	S/A	S/A	S/A	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

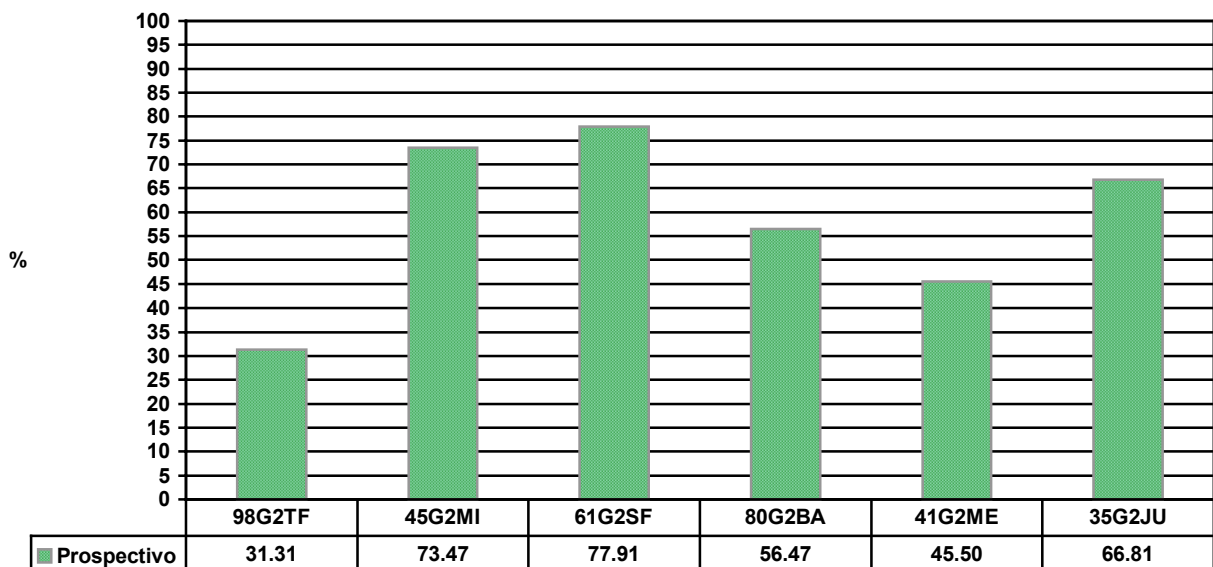
En el gráfico 5-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 20,91% de cesáreas a 47,95% cesáreas con una media de todas las regiones de 32,17 % cesáreas sobre el total de partos. Este resultado para ser analizado en detalle requeriría mayores precisiones dado que las regiones no son homogéneas en cuanto a los establecimientos involucrados, tanto sea su pertenencia a un subsector como a su grado de desarrollo y tampoco el número de instituciones por región es homogéneo

**GRAFICO 5-1 PORCENTAJE DE CESAREAS
POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO**



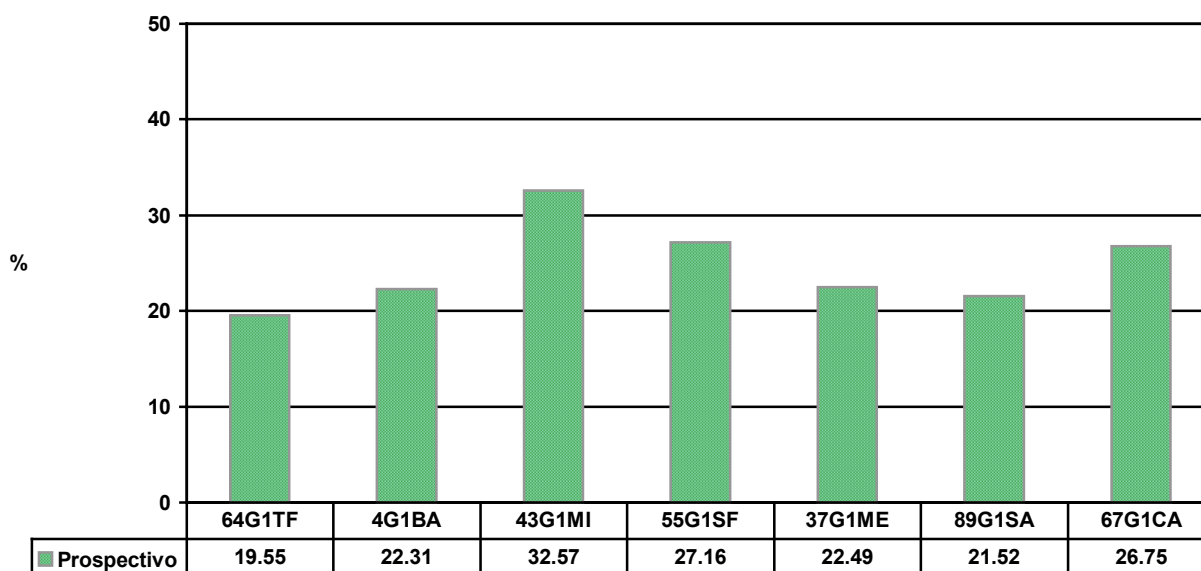
Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 5-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 31,31% de cesáreas a 77,91 % de cesáreas con una media de 58,58% de cesáreas por cada 100 partos.

**GRAFICO 5-2 PORCENTAJE DE CESAREAS
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS – ESTUDIO PROSPECTIVO**



Vinculados a los 7 establecimientos públicos (ver gráfico 5-3) con mayor aporte de datos, observamos un rango que va de 19,55% cesáreas a 32,57 cesáreas con una media de 24,9 % cesáreas cada 100 partos. El resultado hallado es sensiblemente menor a los de los establecimientos privados.

TABLA5-3 PORCENTAJE DE CESAREAS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones Finales

Como era de suponer existe una diferencia significativa en el porcentaje de cesáreas en el sector privado y en el público. Esto ameritaría un análisis con mayor cantidad de variables que permitieran discernir las causas de dichas diferencias. Por otra parte es también un indicador para el seguimiento y mejoramiento de la calidad para cada institución por sí misma.

IBC 6-7-8 TASA DE MORTALIDAD NEONATAL AJUSTADA POR PESO

DESCRIPCION: La mortalidad neonatal es la que se produce entre el primer día de vida extrauterina y los 27 días de vida.

FORMULA:

Numerador: Defunciones neonatales (menores de 28 días) según categorías de peso al nacer (<1500 gr, 1500-2499 gr, >=2500 gr)

Denominador: Nacidos vivos según categorías de peso al nacer (<1500 gr, 1500-2499 gr, >=2500 gr).

Fundamento: La mortalidad neonatal en Argentina a partir del agrupamiento de causas según criterios de reducibilidad pone de manifiesto que una importante proporción - 57,1%- de las defunciones en menores de 28 días son reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, parto o en el recién nacido, en estrecha relación con la calidad de atención.

Existe una alta relación entre mortalidad neonatal y la atención prenatal y durante el parto.

Al mismo tiempo el peso al nacer se asocia al riesgo de mortalidad infantil y neonatal.

De este modo, el indicador de mortalidad neonatal según peso al nacer, permite valorar la calidad de atención, controlando el efecto del peso al nacer (y específicamente las condiciones que conducen al mismo) sobre la mortalidad neonatal antes mencionada. Si bien es difícil poder reducir la mortalidad neonatal en el grupo de recién nacidos de menos de 1500 gr, la mortalidad neonatal en recién nacidos de entre 1500 y 2499 gramos y más aún en niños de más de 2500 gramos guarda una estrecha relación con la calidad en la atención.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 82,08% de lo previsto en los 58 establecimientos que participaron del estudio y que tiene servicio de Neonatología. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 74,9%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 88,88%(ver tabla 6-7-8) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 18,7%. El alto grado de relevamiento cumplimentado refleja que este es un indicador de uso habitual

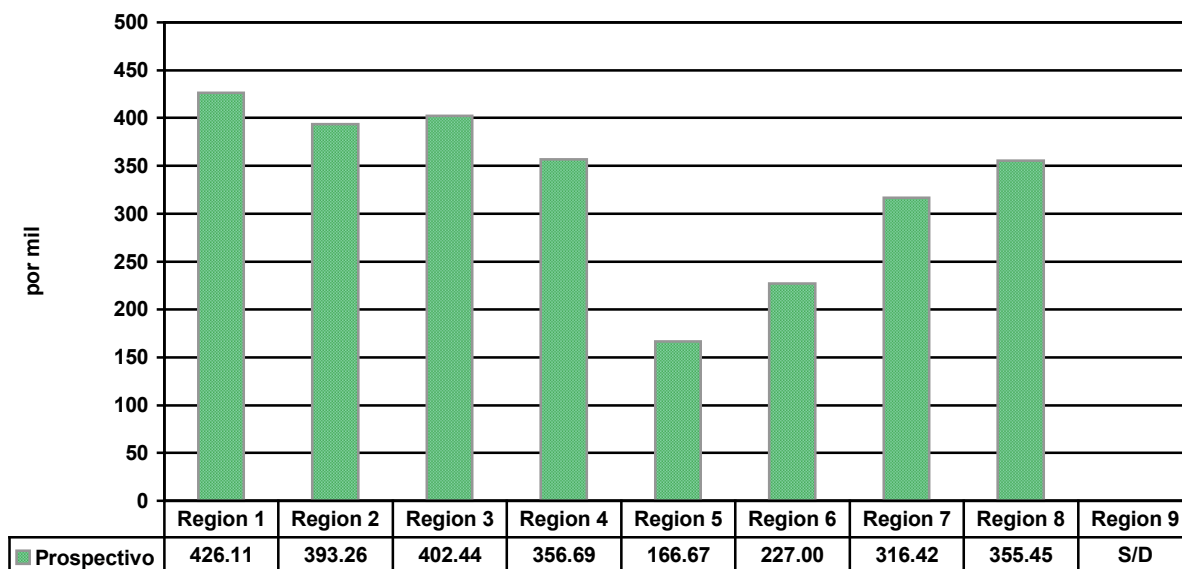
**TABLA 6-7-8- PORCENTAJE DE RELEVAMIENTO IBC6-7-8
TOTAL RETROSPECTIVO- PROSPECTIVO**

Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.
1	0%	0%	0%	27	100%	50%	50%	53	91,66%	50%	41,66%
2	100%	50%	50%	28	86,11%	50%	36,11%	54	41,66%	16,66%	25%
3	100%	50%	50%	29	97,22%	50%	47,22%	55	50%	0%	50%
4	97,22%	41,66%	50%	30	50%	0%	50%	56	91,66%	50%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	33,33%	0%	33,33%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	100%	50%	50%
7	0%	0%	0%	33	30,55%	0%	30,55%	59	91,66%	50%	41,66%
8	s/A	S/A	S/A	34	s/A	S/A	S/A	60	s/A	S/A	S/A
9	100%	50%	50%	35	s/A	S/A	S/A	61	s/A	S/A	S/A
10	100%	50%	50%	36	100%	50%	50%	62	100%	50%	50%
11	100%	50%	50%	37	75%	50%	25%	63	s/A	S/A	S/A
12	100%	50%	50%	38	s/A	S/A	S/A	64	58,33%	16,66%	41,66%
13	100%	50%	50%	39	s/A	S/A	S/A	65	83,33%	33,33%	50%
14	100%	50%	50%	40	0	0%	0%	66	100%	50%	50%
15	100%	50%	50%	41	83,33%	50%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	91,66%	50%	50%	42	s/A	S/A	S/A	68	58,33%	8,33%	50%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	0%	0%	0%	44	s/A	S/A	S/A	70	s/A	S/A	S/A
19	33,33%	0%	0%	45	s/A	S/A	S/A	71	s/A	S/A	S/A
20	41,66%	0%	0%	46	66,66%	16,66%	50%	72	100%	50%	50%
21	100%	50%	50%	47	100%	50%	50%	73	75%	50%	25%
22	100%	50%	50%	48	27,77%	0%	50%	74	66,66%	16,66%	50%
23	97,22%	50%	50%	49	50%	0%	50%	75	66,66%	50%	16,66%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	0%	76	100%	50%	50%
25	s/A	S/A	S/A	51	91,66%	50%	41,66%	77	s/A	S/A	S/A
26	100%	50%	50%	52	s/A	S/A	S/A	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

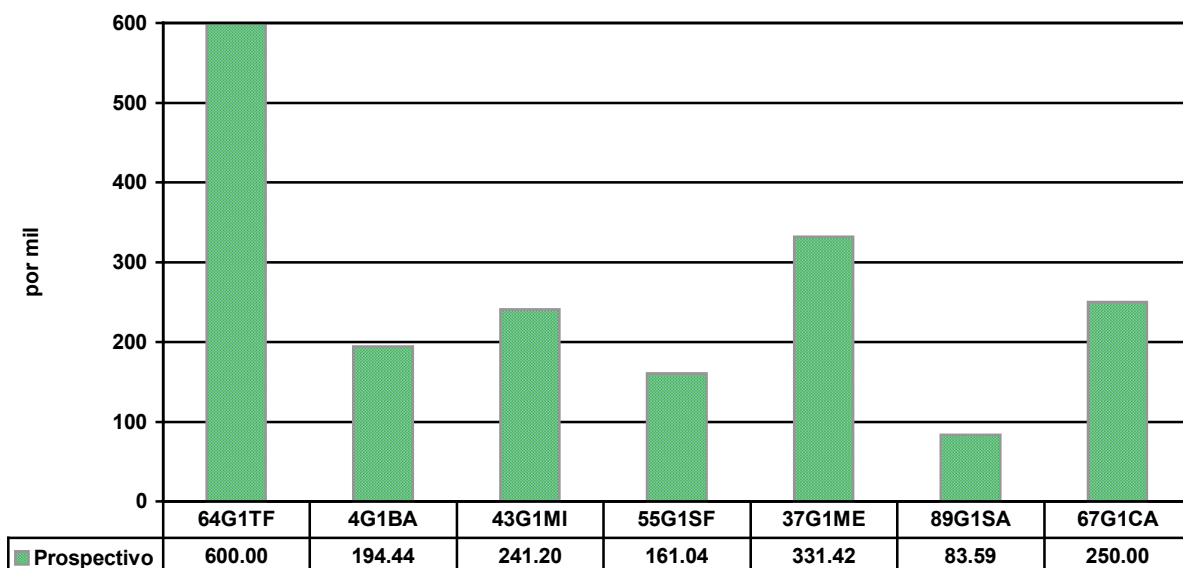
En el gráfico siguiente podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo teniendo en cuenta que se agruparon los ibc 6-7-8. El rango va de 166,67% a 426,11% con una media de todas las regiones de 330,13%

GRAFICO 6-7-8 – 1 MORTALIDAD NEONATAL AJUSTADA POR PESO POR REGIONES – ESTUDIO PROSPECTIVO



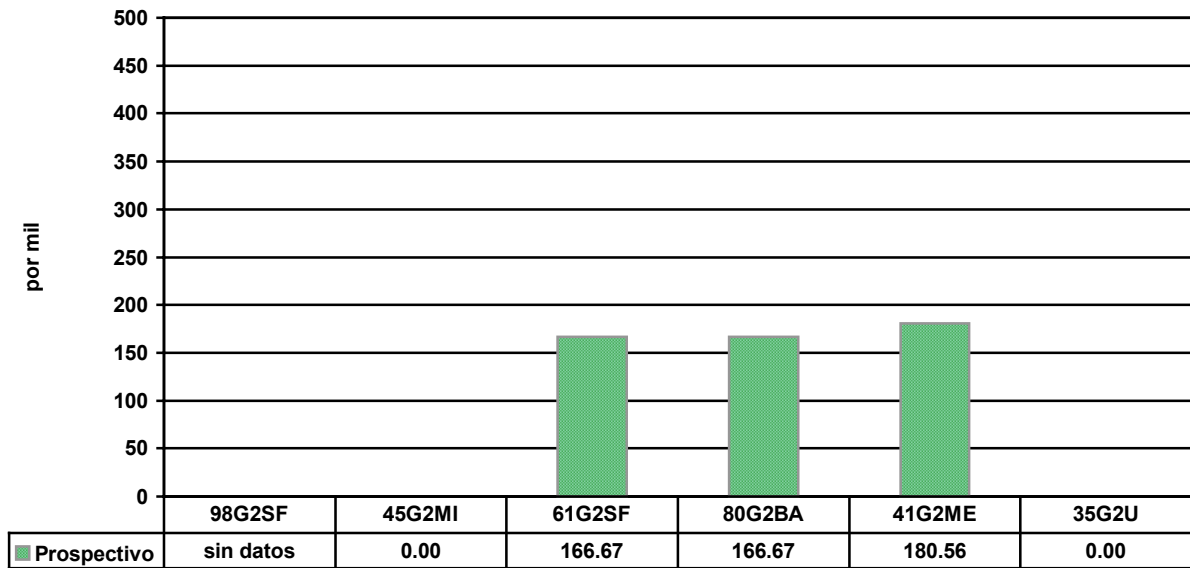
En el caso de las instituciones públicas con envíos de mayores datos podemos observar que el rango va 83,59% a 600% con una media de 256%.

GRAFICO 6-7-8 –2 MORTALIDAD NEONATAL AJUSTADA POR PESO ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO



En el caso de instituciones privadas se pudo relevar en 3 de ellas con una media de 171,3‰ como se aprecia en el gráfico siguiente.

GRAFICO 6-7-8 –3 MORTALIDAD NEONATAL AJUSTADA POR PESO ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS – ESTUDIO PROSPECTIVO



Comentarios finales

Esta es un indicador de uso habitual y que debe discriminarse por franjas de peso ya que a menor peso mayor mortalidad. No es posible comparar instituciones a no ser que se supiera a ciencia cierta que poseen la misma capacidad de resolución, la misma demanda y se determine con precisión si son centros derivadores o receptores. Lo más importante en el uso de este indicador es el seguimiento longitudinal del mismo, es decir la comparación interna.

IBC9 INDICE DE MORTALIDAD / MORTALIDAD ESPERADA EN UTI ADULTOS

DESCRIPCION: este indicador estima la performance en cuanto a mortalidad en áreas de Cuidados Intensivos.

FÓRMULA:

Razón entre mortalidad real y media de mortalidad esperada de acuerdo a APACHE II.

Numerador: Mortalidad de la unidad de cuidados intensivos en por ciento.

Denominador: Media de mortalidad esperada en por ciento de acuerdo a la ecuación de regresión del APACHE II.

Fundamento: Evaluar resultados globales de la unidad comparando la mortalidad con un estándar de mortalidad esperada sobre la base del APACHE II. Se trata de un indicador global para evaluar resultados y efectividad de las unidades de cuidados intensivos.

El sistema Apache II, es uno de los mas utilizados para evaluar el pronóstico individual de los enfermos internados en unidades de cuidados intensivos. Se calcula sobre la base del nivel de alteración de variables fisiológicas, a la morbilidad previa y a la edad del paciente. También es usado para homogeneizar el nivel de gravedad de la patología admitida y para establecer resultados globales en cuanto a mortalidad de las unidades de cuidados intensivos.

En función de la complejidad de criterios de inclusión y exclusión del presente indicador, se hace necesario explicitar en forma más extensa los términos incluidos en los criterios de fundamentación.

Incluye y Excluye

- La determinación del Apache II debe ser efectuada en aquellos pacientes con permanencia de más de 8 horas en la unidad, con los peores valores de las primeras 24 horas de evolución.
- Hasta no contar con una Validación Oficial del Apache en nuestro país, se deben tomar como valores de referencia los publicados por Knaus en lo que respecta a la mortalidad por niveles.
- Los datos que se tomarán para el Apache II, deberán ser extraídos del laboratorio, historia clínica y hoja de enfermería de cada paciente y volcados a una hoja o ficha individual.
- Se tomarán los datos al fin de las primeras 24 hs. de evolución, volcando el mejor Glasgow (la mejor respuesta motora) y el peor valor (el que represente el mayor puntaje en el Apache), de cada dato de laboratorio.
- Sin patología del Sistema Nervioso Central y bajo efectos de relajantes y sedantes se tomará el Glasgow como normal. Con patología del Sistema Nervioso Central se deberá evaluar en lo posible al paciente sin los efectos de las drogas depresoras.
- Siempre se consignará Temperatura Rectal.
- Si falta un valor de laboratorio en las primeras 24 horas, asumirlo como normal.
- Si el paciente se encuentra en Asistencia Respiratoria Mecánica controlada por Insuficiencia respiratoria o muscular, asignar 4 puntos al ítem de Frecuencia Respiratoria en el Apache.

- Respecto a la determinación de la Presión arterial de oxígeno en sangre (PaO₂) y/o Diferencia de oxígeno entre sangre y alvéolo pulmonar (A-aO₂), se considerará la PaO₂ si la Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) es igual o inferior al 50% y el A-aO₂ si esta es mayor del 50%.
- En caso de Insuficiencia Renal Aguda, el puntaje por creatinina se multiplicará por 2.
- Respecto a la valoración del estado previo de salud se deberá asignar 5 puntos en caso de pacientes médicos o quirúrgicos en PO inmediato de emergencia, y 2 puntos en caso de pacientes en PO inmediato de cirugía programada.
- Deben excluirse los pacientes trasladados a otro hospital.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 23,38% en los 67 establecimientos que tienen servicio de Terapia Intensiva de adultos. En la tabla se puede apreciar que hay 11 establecimientos que no poseen dicho servicio. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 10,44% mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 35,07%(ver tabla 9) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 235,9%. El bajo grado de relevamiento está implicando el poco uso que se le da a este indicador. Al mismo tiempo el incremento entre el análisis retrospectivo y el prospectivo nos muestra el potencial de uso del mismo. Por otra parte debemos tener en cuenta que este es un indicador cuyos resultados deberían acercarse a uno como estándar o menos de uno, ya que dicho valor está anunciando que la mortalidad que se produce en el servicio es igual a la prevista por la determinación APACHE. Así pues este indicador permite evaluar en forma significativa los procesos desarrollados en los Servicios de Terapia Intensiva.

Las dificultades mayores estuvieron en el desconocimiento del Score APACHE y/o en la imposibilidad de acceder a un soporte informático para desarrollarlo.

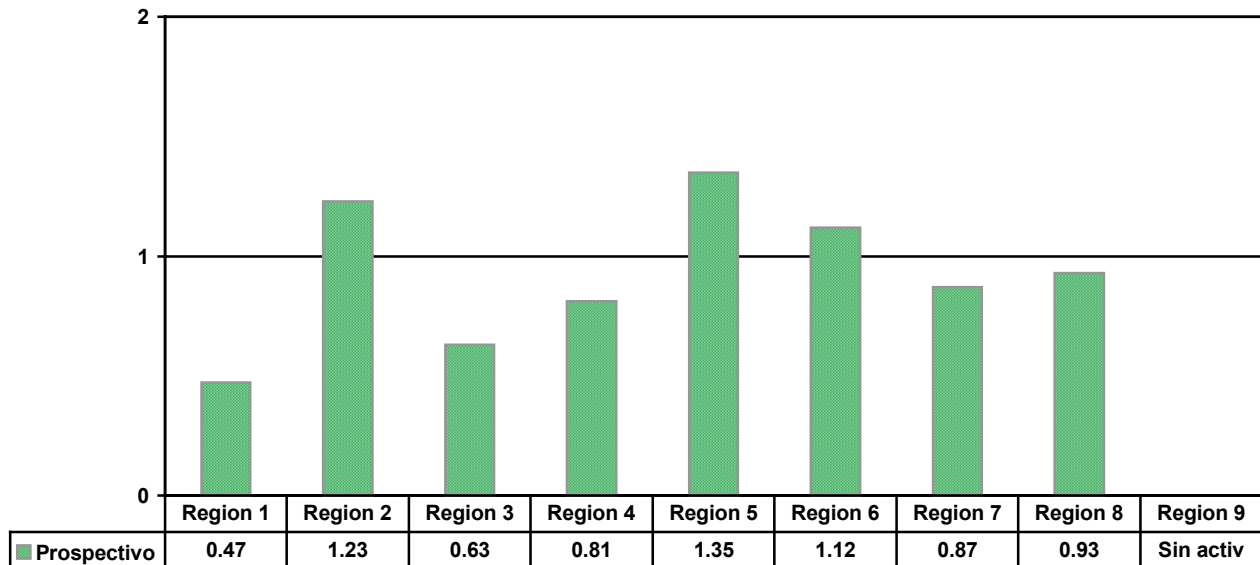
**TABLA 9. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC-9
TOTAL ESTUDIO-RETROSPECTIVO-PROSPECTIVO**

Est.	Total	Retro	Prosp	Est.	Total	Retro	Prosp	Est.	Total	Retro	Prosp
1	0%	0%	0%	27	33.33%	0%	33,33%	53	0%	0%	0%
2	0%	0%	0%	28	16.66%	0%	16,66%	54	S/A	S/A	S/A
3	0%	0%	0%	29	25%	0%	25%	55	33,33%	0%	33,33%
4	0%	0%	0%	30	50%	0%	50%	56	41,66%	0%	41,66%
5	50%	0%	50%	31	33.33%	0%	33,33%	57	0%	0%	0%
6	0%	0%	0%	32	33.33%	0%	33,33%	58	S/A	S/A	S/A
7	0%	0%	0%	33	S/a	S/A	S/A	59	0%	0%	0%
8	0%	0%	0%	34	41.66%	0%	41,66%	60	S/A	S/A	S/A
9	100%	50%	50%	35	58.33%	16,66%	50%	61	8,33%	0%	8,33%
10	100%	50%	50%	36	0%	0%	0%	62	0%	0%	0%
11	0%	0%	0%	37	33.33%	0%	33,33%	63	S/A	S/A	S/A
12	0%	0%	0%	38	0%	0%	0%	64	S/A	S/A	S/A
13	0%	0%	0%	39	0%	0%	0%	65	41,66%	0%	41,66%
14	0%	0%	0%	40	0%	0%	0%	66	16,66%	8,33%	8,33%
15	0%	0%	0%	41	100%	0%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	25%	0%	25%	42	0%	0%	0%	68	58,33%	8,33%	50%
17	0%	0%	0%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	0%	0%	0%	44	0%	0%	0%	70	100%	50%	50%
19	0%	0%	0%	45	0%	0%	0%	71	58,33%	8,33%	50%
20	50%	0%	50%	46	S/A	S/A	S/A	72	50%	0%	50%
21	0%	0%	0%	47	100%	50%	50%	73	0%	0%	0%
22	0%	0%	0%	48	S/A	S/A	S/A	74	0%	0%	0%
23	0%	0%	0%	49	0%	0%	0%	75	0%	0%	0%
24	0%	0%	0%	50	58,33%	8,33%	50%	76	0%	0%	0%
25	S/A	S/A	S/A	51	0%	0%	0%	77	S/A	S/A	S/A
26	8.33%	0%	8,33%	52	S/A	S/A	S/A	78	S/A	S/A	S/A

RESULTADOS OBTENIDOS

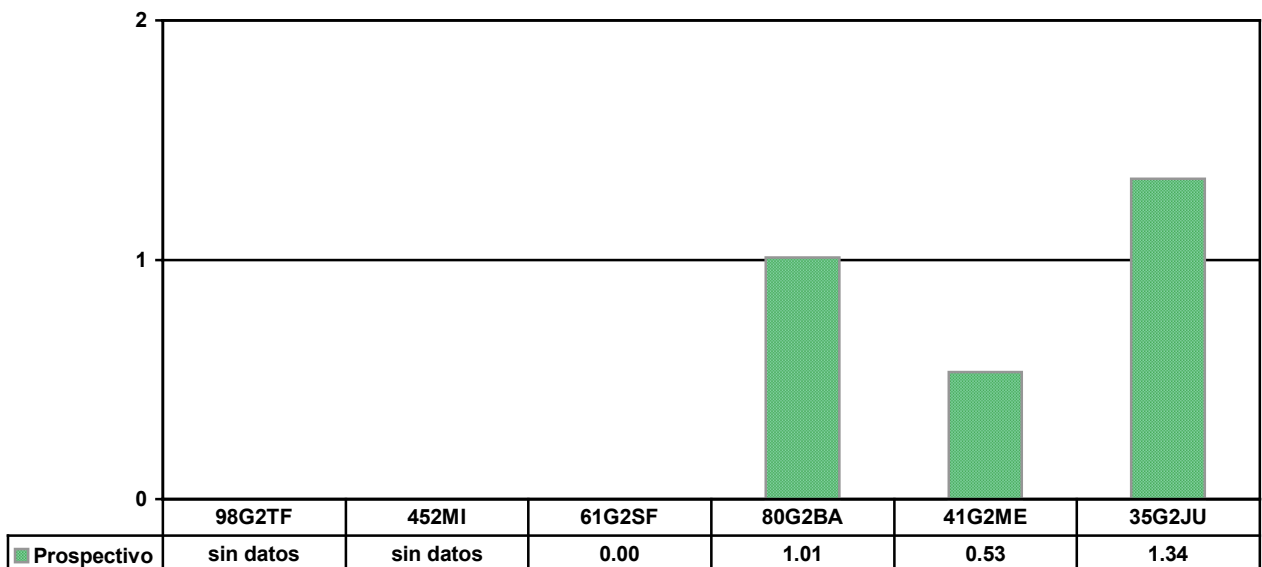
En el gráfico 9-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El mismo se desarrolló en 8 regiones. El rango va de 0,47 a 1,35 con una media de todas las regiones de 0,93. Este resultado requeriría verificar el adecuado uso de los instrumentos necesarios. Si se corroborara el buen uso podríamos presuponer que los resultados son los esperables y cercanos a los deseables.

**GRAFICO 9-1 INDICE DE MORT/MORT. ESPERADA UTI ADULTOS
POR REGIONES- ESTUDIO PROSPECTIVO**



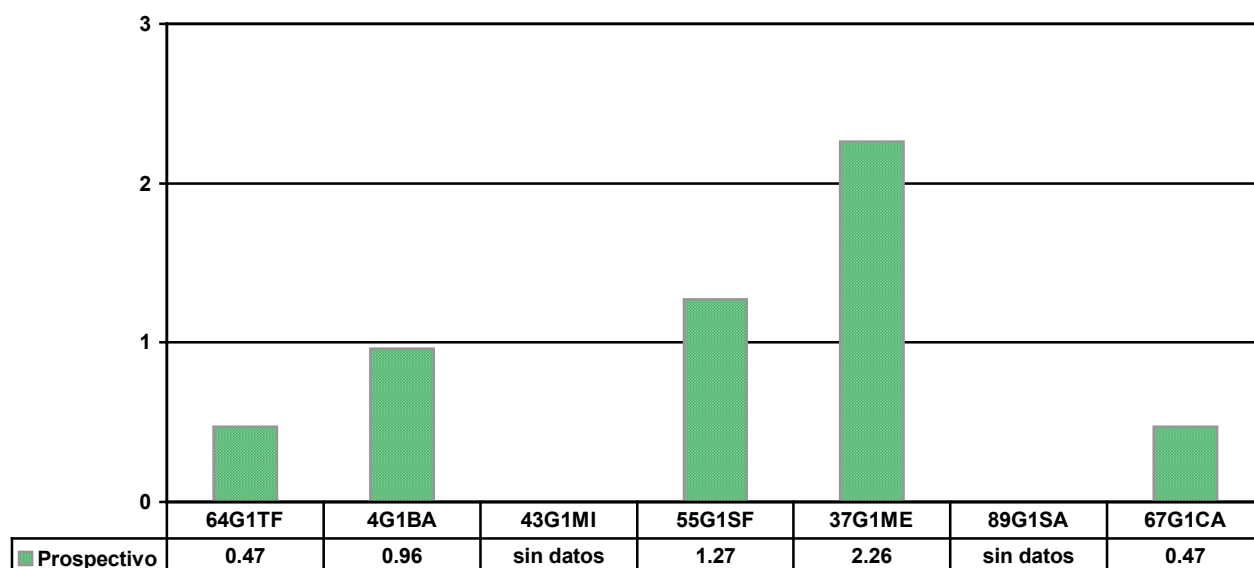
En el gráfico 9-2 podemos observar el relevamiento de instituciones privadas. Sólo 3 de ellas cumplimentaron este indicador en su estudio prospectivo. El rango va de 0,53 a 1,34 con una media de todas las regiones de 0,96. Dado lo pequeño de la muestra no se podrían hacer muchas conjeturas. De todos modos es altamente positivo la incorporación de esta indicador.

**GRAFICO 9-2 INDICE DE MORT/MORT. ESPERADA UTI ADULTOS
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS- ESTUDIO PROSPECTIVO**



En el gráfico 9-3 podemos observar el relevamiento de instituciones públicas. Se analizan 5 de ellas. El rango va de 0,47 a 2,26 con una media de todas las regiones de 1,09. Se reitera lo expresado para los establecimientos privados.

GRAFICO 9-3 INDICE DE MORT/MORT. ESPERADA UTI ADULTOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones Finales

Este Indicador es altamente específico y por lo tanto muy útil para evaluar los procesos en las unidades de terapia intensiva. La dificultad de su implementación estriba en la valoración del Score APACHE al ingreso a la UTI. La misma debe ser hecha por profesionales ya que requiere conocimiento médico para ser efectuada. Una vez obtenido dicho score, el indicador puede ser desarrollado por el personal de estadística. Va a requerir un tiempo que el mismo sea adoptado por la mayoría de las instituciones. De todos modos se reitera la utilidad manifiesta del mismo.

IBC-10 PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS SIN EPICRISIS A LAS 72 HS. DE ALTA

FORMULA:

Numerador: Total de pacientes egresados en el período, cuyas historias clínicas, a las 72 hs. del alta no tengan completa la epicrisis o resumen del egreso y el informe de hospitalización .

Denominador: Total de egresos del período

Fundamento: La Historia Clínica completa y su contenido es un instrumento central para la evaluación de la atención médica y en especial es una herramienta que permite garantizar la efectividad clínica. En este contexto el resumen del alta y el informe de hospitalización representan exigencias mínimas y básicas, aunque no las únicas, cuyo déficit indica la existencia de otras falencias.

Incluye: Todas las Historias Clínicas de los pacientes egresados en el período independientemente del diagnóstico y tiempo de estadía.

Observación: se destaca la necesidad de codificar en las epicrisis los egresos de acuerdo al Código Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Las observaciones realizadas en los talleres fueron:

- Hay establecimientos que no cuentan con HC única por lo que es muy difícil obtener este dato.
- En los Establecimientos privados es más fácil su obtención ya que requieren de la epicrisis para la facturación.
- Se consideran 72 hs. hábiles.
- Algunos Hospitales con muchos egresos van a tomar un % de HC para su evaluación. Se plantea necesario por lo menos un 20%.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 47,43% en 57 establecimientos de los 78 que participaron del estudio. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 34,45% abarcando a 32 establecimientos, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 61,74% con el informe 57 instituciones (ver tabla 10) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 56,5%. Este es un indicador no usado habitualmente y esto está reflejado en los porcentajes de cumplimiento. De todos modos el gran crecimiento entre el relevamiento retrospectivo y el prospectivo indica que de proponerse la implementación de este indicador no presenta grandes dificultades operativas.

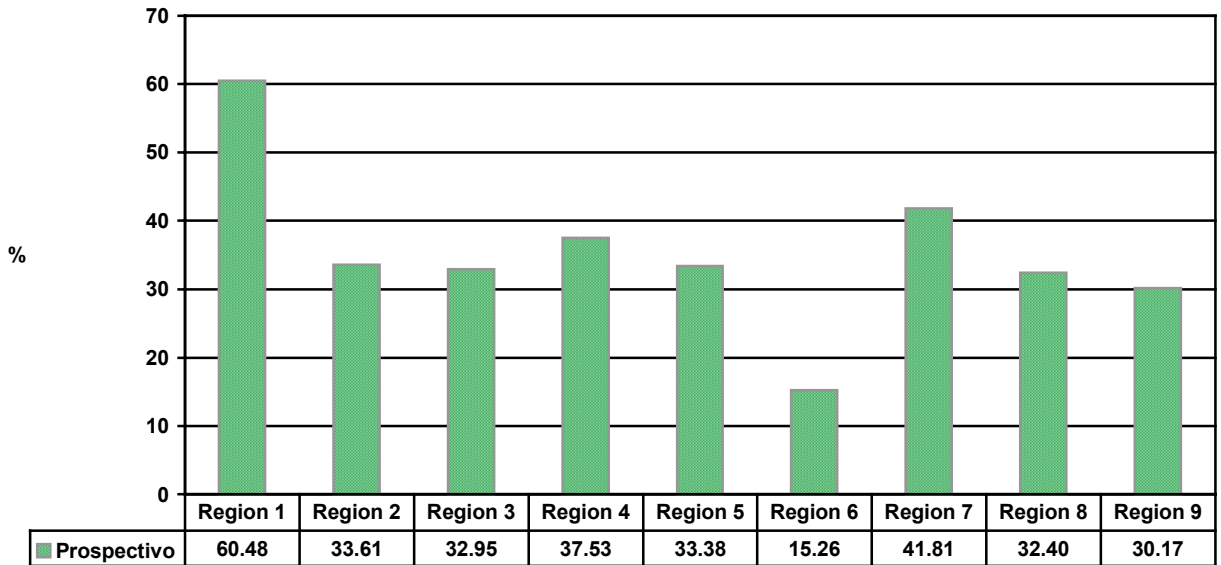
**TABLA 10. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC-10
TOTAL ESTUDIO-RETROSPECTIVO-PROSPECTIVO**

EST.	TOTAL	RETRO	PROSP	EST.	TOTAL	RETRO	PROSP	EST.	TOTAL	RETRO	PROSP
1	100%	50%	50%	27	100%	50%	50%	53	0%	0%	0%
2	33,33%	0%	33,33%	28	33,33%	0%	33,33%	54	50%	16,66%	33,33%
3	0%	0%	0%	29	16,66%	0%	16,66%	55	50%	0%	50%
4	0%	0%	0%	30	50%	0%	50%	56	41,66%	0%	41,66%
5	41,66%	0%	41,66%	31	33,33%	0%	33,33%	57	41,66%	0%	41,66%
6	0%	0%	0%	32	50%	0%	50%	58	100%	50%	50%
7	100%	50%	50%	33	41,66%	0%	41,66%	59	0%	0%	0%
8	100%	50%	50%	34	91,66%	41,66%	50%	60	0%	0%	0%
9	0%	0%	0%	35	100%	50%	50%	61	50%	0%	50%
10	50%	0%	50%	36	0%	0%	0%	62	50%	0%	50%
11	0%	0%	0%	37	100%	50%	50%	63	100%	50%	50%
12	41,66%	0%	41,66%	38	50%	0%	50%	64	33,33%	16,66%	16,66%
13	100%	50%	50%	39	41,66%	0%	41,66%	65	33,33%	0%	33,33%
14	100%	50%	50%	40	100%	50%	50%	66	100%	50%	50%
15	0%	0%	0%	41	50%	50%	50%	67	0%	0%	0%
16	0%	0%	0%	42	0%	0%	0%	68	58,33%	8,33%	50%
17	0%	0%	0%	43	41,66%	0%	41,66%	69	100%	50%	50%
18	16,66%	0%	16,66%	44	0%	0%	0%	70	100%	50%	50%
19	41,66%	0%	41,66%	45	66,66%	16,66%	50%	71	58,33%	50%	8,33%
20	16,66%	0%	16,66%	46	41,66%	0%	41,66%	72	0%	0%	0%
21	0%	0%	0%	47	100%	50%	50%	73	16,66%	0%	16,66%
22	100%	50%	50%	48	66,66%	16,66%	50%	74	100%	50%	50%
23	0%	0%	0%	49	50%	0%	50%	75	66,66%	50%	16,66%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	58,33%	8,33%	50%
25	83,33%	50%	33,33%	51	0%	0%	0%	77	0%	0%	0%
26	100%	50%	50%	52	0%	S/A	S/A	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

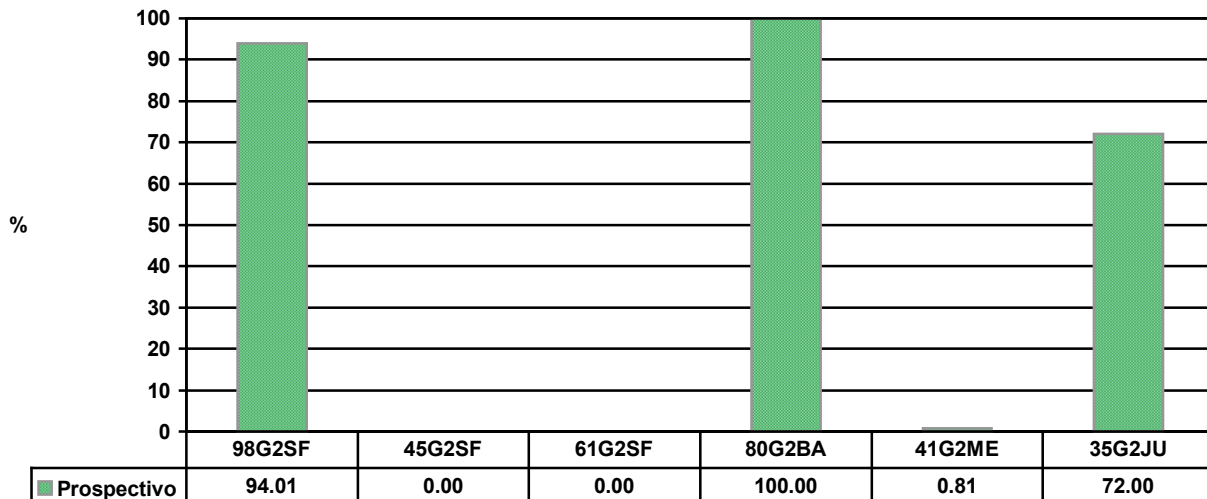
En el gráfico 10-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 15,26% de historias clínicas a 60,48 % con una media de todas las regiones de 35,29 % de historias clínicas sin epicrisis dentro de las 72 horas. Este indicador no puede establecer un estándar, sino que tenemos que hablar de un ideal. El mismo debería ser cero. Puede cuestionarse el plazo de 72 hs, pero porcentajes elevados de este indicador están reflejando eventuales anomalías en el acto médico (la historia clínica forma parte de ese acto médico) y/o en el circuito administrativo.

**GRAFICO 10-1 PORC. DE HC SIN EPICRISIS A 72 HS. DE ALTA
POR REGIONES – ESTUDIO PROSPECTIVO**



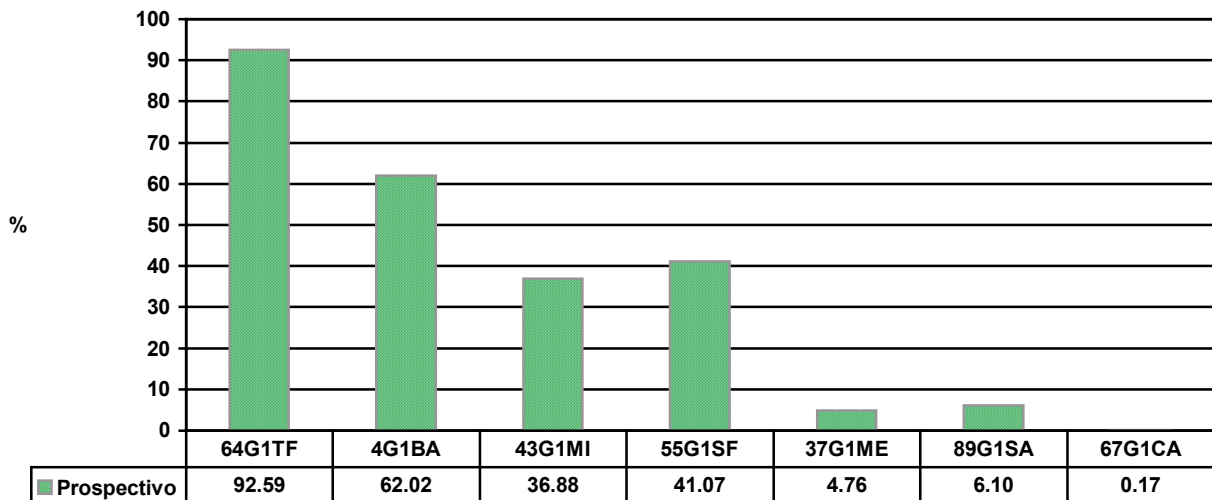
En el gráfico 10-2 podemos observar el resultado de los establecimientos privados que cumplimentaron el mayor caudal de información. El rango va de 0,81% de historias clínicas a 100 % con una media de todas las regiones de 66,71% de historias clínicas sin epicrisis dentro de las 72 horas. Si bien no se pueden realizar afirmaciones llama la atención los altos porcentajes en establecimientos de este tipo, dado que la epicrisis de la historia clínica es un requisito para realizar la potencial facturación. Del mismo modo el rango es extremadamente alto.

**GRAFICO 10-2 PORC. DE HC SIN EPICRISIS A 72 HS. DE ALTA
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS-ESTUDIO PROSPECTIVO**



En el gráfico 10-3 podemos observar el resultado de los establecimientos públicos que cumplimentaron el mayor caudal de información. El rango va de 0,17% de historias clínicas a 92,58 % con una media de los establecimientos de 34,8% de historias clínicas sin epicrisis dentro de las 72 horas.

GRAFICO 10-3 PORC. DE HC SIN EPICRISIS A 72 HS. DE ALTA ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS-ESTUDIO PROSPECTIVO



En el caso de los establecimientos pediátricos lo relevado no es significativo para el análisis.

Consideraciones Finales

Este indicador presentó rangos muy amplios de variabilidad, por lo que es muy difícil plantear hipótesis. De todos modos caben destacar las siguientes consideraciones:

- 1- No ha sido un indicador de uso habitual.
- 2- Su implementación con un adecuado circuito administrativo en las instituciones no debería resultar dificultosa.
- 3- El horizonte ideal es que dé un porcentaje cero.
- 4- Las 72 hs. pueden ser modificadas y quizás en un proceso de mejora continua en las instituciones podrían existir aproximaciones sucesivas a este parámetro de 72 horas.

IBC 11 PORCENTAJE DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS O POSTERGADAS POR MÁS DE 24 HS.

FORMULA:

Numerador: Total de cirugías programadas suspendidas o postergadas por más de 24 hs. en el período x 100.

Denominador: Total de cirugías programadas en quirófano, en el mismo período.

Fundamento: La suspensión o postergación de una cirugía programada genera en el paciente inestabilidad emocional, angustia, incertidumbre o depresión, aspectos estos, negativos frente a una agresión quirúrgica. También exterioriza la existencia de desajustes programáticos y operativos en el establecimiento.

Incluye: Todos los procedimientos quirúrgicos programados realizados en quirófano (cuantificados por sesión quirúrgica), independientemente de la simultaneidad de prestaciones o procedimientos practicados en la misma.

Excluye: Las cirugías efectuadas fuera de quirófano y las cirugías de urgencias.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 47,96% de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. 18 establecimientos no participaron del indicador El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 36,75%% con 33 establecimientos que participaron, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 58,54%, (ver tabla 11) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 59,29%.

Esta es un indicador que es de recolección relativamente si se realizan los pertinentes registros. Uno de los problemas hallados fue que no existía en algunos casos ningún registro de las cirugías suspendidas. El único registro existente era el de cirugías realizadas.

**TABLA 11. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC-11
TOTAL ESTUDIO Y RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

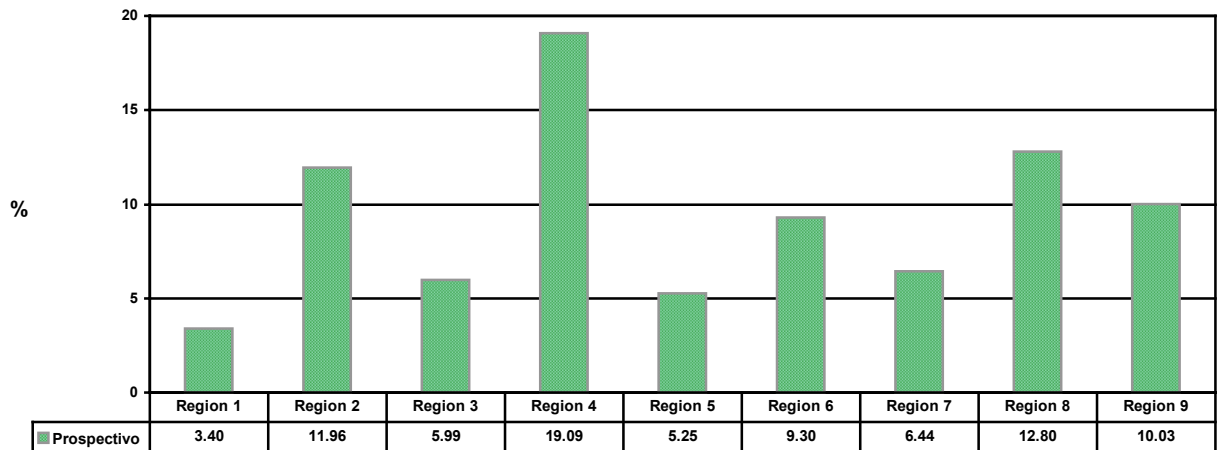
Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.
1	100%	50%	50%	27	16.66%	0%	16,66%	53	0%	0%	0%
2	33,33%	8,33%	25%	28	25%	0%	25%	54	0%	0%	0%
3	0%	0%	0%	29	41.66%	0%	41,66%	55	50%	0%	50%
4	91.66%	50%	41,66%	30	41.665	0%	41,66%	56	41,66%	0%	41,66%
5	0%	0%	0%	31	50%	0%	50%	57	33,33%	0%	33,33%
6	0%	0%	0%	32	50%	0%	50%	58	8,33%	0%	8,33%
7	75%	33,33%	41,66%	33	41.66%	0%	41,66%	59	41,66%	0%	41,66%
8	50%	0%	50%	34	91.66%	41,66%	50%	60	0%	0%	0%
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	50%	0%	50%
10	50%	0%	50%	36	0%	0%	0%	62	50%	50%	0%
11	100%	50%	50%	37	75%	50%	25%	63	S/A	S/A	0%
12	50%	0%	50%	38	0%	0%	0%	64	25%	16,66%	8,33%
13	0%	0%	0%	39	0%	0%	0%	65	100%	50%	50%
14	100%	50%	50%	40	0%	0%	0%	66	100%	50%	50%
15	100%	50%	50%	41	100%	0%	50%	67	91,66%	50%	41,66%
16	100%	50%	50%	42	100%	50%	50%	68	58,33%	8,33%	50%
17	0%	0%	0%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	0%	0%	0%	44	0%	0%	0%	70	100%	50%	50%
19	41.66%	0%	41,66%	45	41,66%	16,66%	50%	71	83,33%	50%	33,33%
20	16.66%	0%	16,66%	46	33,33%	0%	33,33%	72	33,33%	0%	33,33%
21	16.66%	0%	16,66%	47	100%	50%	50%	73	8,33%	0%	8,33%
22	91.66%	50%	41,66%	48	41,66%	0%	41,66%	74	100%	50%	50%
23	0%	0%	0%	49	50%	0%	50%	75	41,66%	41,66%	0%
24	83.33%	50%	33,33%	50	66,66%	16,66%	50%	76	91,66%	50%	41,66%
25	83.33%	50%	33,33%	51	0%	0%	0%	77	0%	0%	0%
26	8.33%	0%	8,33%	52	0%	0%	0%	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

4- En el gráfico 11-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 3,4% de cirugías suspendidas a 19,09% con una media de todas las regiones de 9,36 cirugías suspendidas por cada 100 cirugías realizadas. Esto quiere decir que cada 10 cirugías que se realizan al mismo tiempo se están suspendiendo prácticamente una. Si eso lo

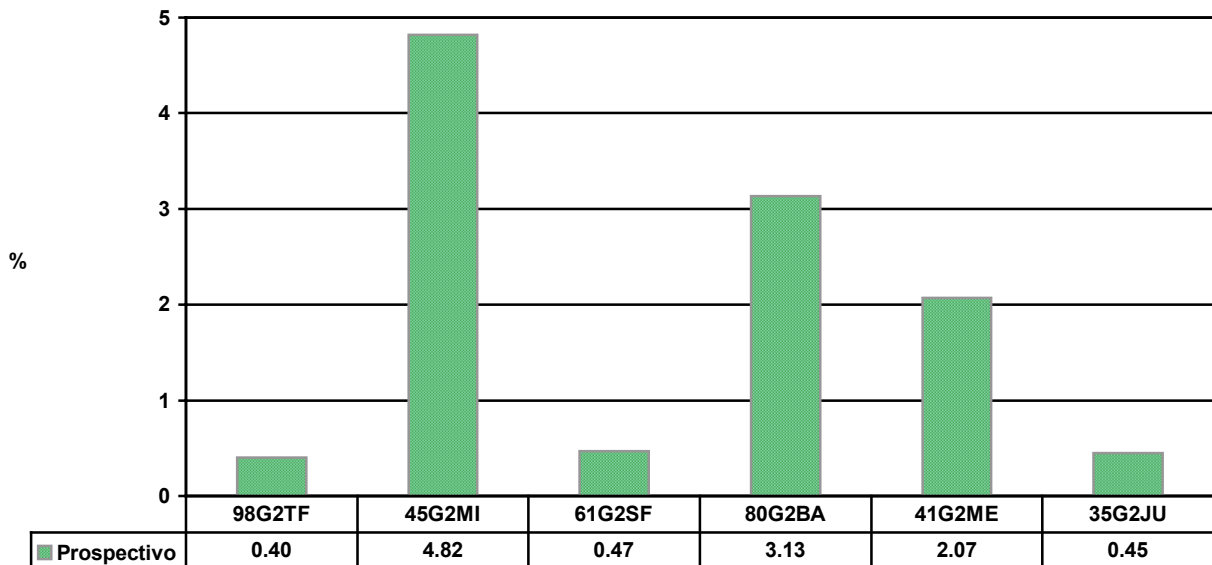
relacionamos con el total de cirugías de cualquier institución nos encontraremos con que un paciente cada diez ve postergada su intervención con el lógico perjuicio personal.

GRAFICO 11-1 TURNOS QUIRURGICOS SUSPENDIDOS 24 HS. O MÁS POR REGIONES- ESTUDIO PROSPECTIVO



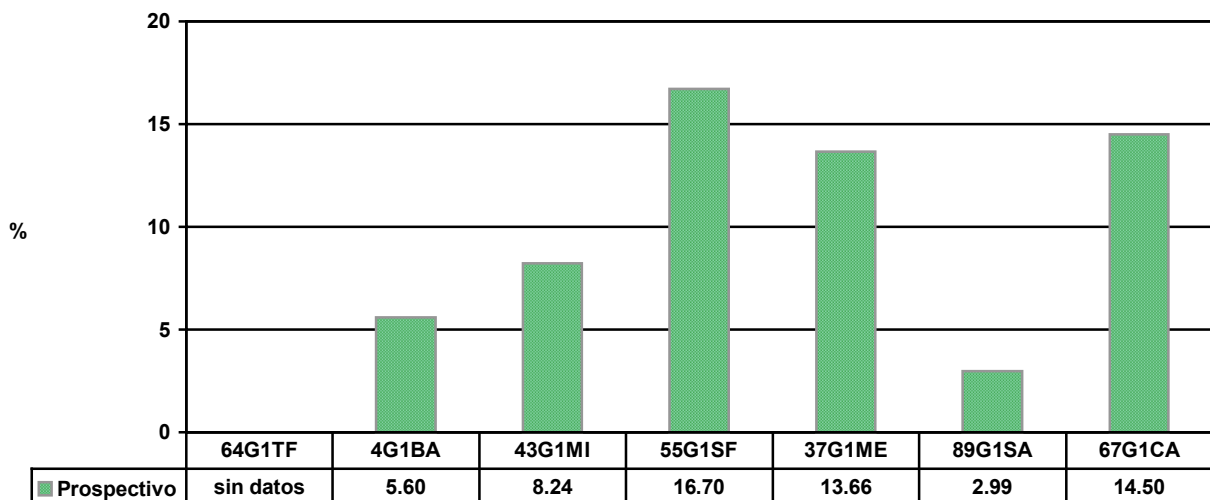
Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 11-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 0,4 % cirugías suspendidas a 4.82% con una media de 1,89% de cirugías suspendidas cada 100 cirugías realizadas. La Media es este caso, así como los valores extremos son sensiblemente menores a los analizados previamente.

GRAFICO 11-2 TURNOS QUIRURGICOS SUSPENDIDOS 24 HS. O MÁS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



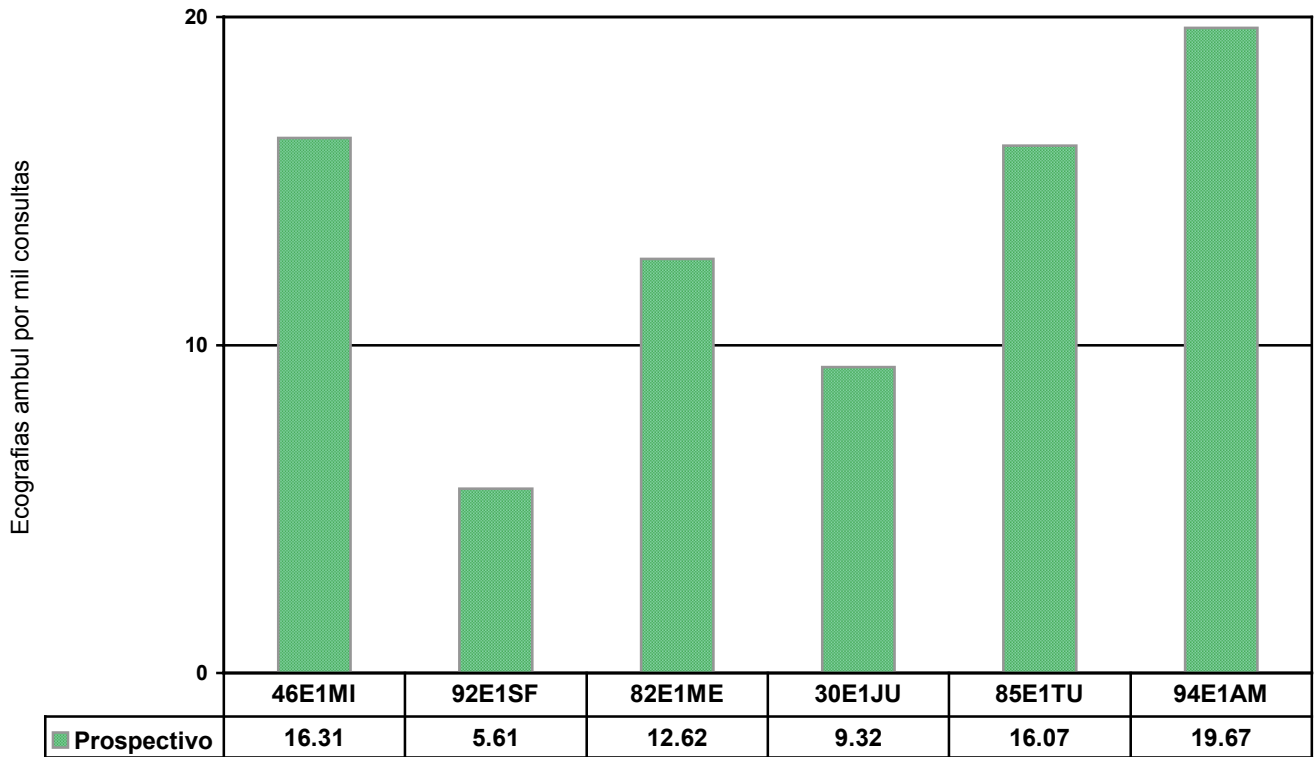
Vinculados a los 6 establecimientos públicos (ver gráfico 11-3) con mayor aporte de datos, observamos un rango que va de 5,6% de cirugías suspendidas a 16,7 % con una media de 10,28 cirugías suspendidas cada 100 cirugías realizadas. En este caso se supera levemente la media regional y nos comenzamos a preguntar ¿Existe una adecuada programación de las actividades o los imprevistos son muy frecuentes?

GRAFICO11-3 TURNOS QUIRURGICOS SUSPENDIDOS 24 HS O MÁS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



En el caso de los establecimientos pediátricos el rango va de 5.61% de cirugías suspendidas a 19.67% con una media de 13.27 de cirugías suspendidas por cada 100 cirugías realizadas. En este caso corresponde similares reflexiones que las anteriores.

GRAFICO11-4 TURNOS QUIRURGICOS SUSPENDIDOS 24 HS O MÁS ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones Finales

Cabría convenir que este es un indicador de fácil implementación si se registran adecuadamente los procedimientos. La suspensión de un turno quirúrgico en forma imprevista genera una insatisfacción del usuario muy importante y si bien hay imprevistos no fáciles de resolver, en muchos casos es una inadecuada programación y coordinación de las actividades lo que las genera. La imagen horizonte debería ser 0%, por lo que a partir del seguimiento de este indicador y análisis de las variables que lo condicionan es susceptible de mejora permanente.

IBC 12 PORCENTAJE DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS POR LA MISMA PATOLOGÍA DENTRO DE LAS 72 HS. DE ALTA

FORMULA:

Numerador: Número de altas correspondientes a reingresos no programados de pacientes dentro de la 72 hs. del alta en un período x 100.

Denominador: Número total de egresos en el mismo período.

Fundamento: La intempestividad de un reingreso no previsto presupone la existencia de procesos no detectados o valorados inadecuadamente, que generan un impacto negativo en el paciente.

Incluye: Todos los egresos correspondientes a reingreso del mismo establecimiento cuyas patologías se relacionan o no con la inicial, salvo las exclusivas.

Excluye: Reingresos programados por cualquier causa.

Reingresos por urgencias traumáticas o accidentológicas.

En los talleres se planteó también que hay Hospitales que no cuentan con HC única por lo que es difícil de obtener este dato.

*No se incluye la amenaza de parto prematuro

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 33,65% de lo previsto. En la tabla n°12 se puede apreciar que 29 establecimientos no registraron este indicador. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 21,79% mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 47,21%. El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 116,7%. El alto grado de incremento entre el estudio retrospectivo y el prospectivo nos permitiría plantear que este no es un indicador difícil de relevar si funcionan adecuadamente los circuitos administrativos y asistenciales en tiempo y forma.

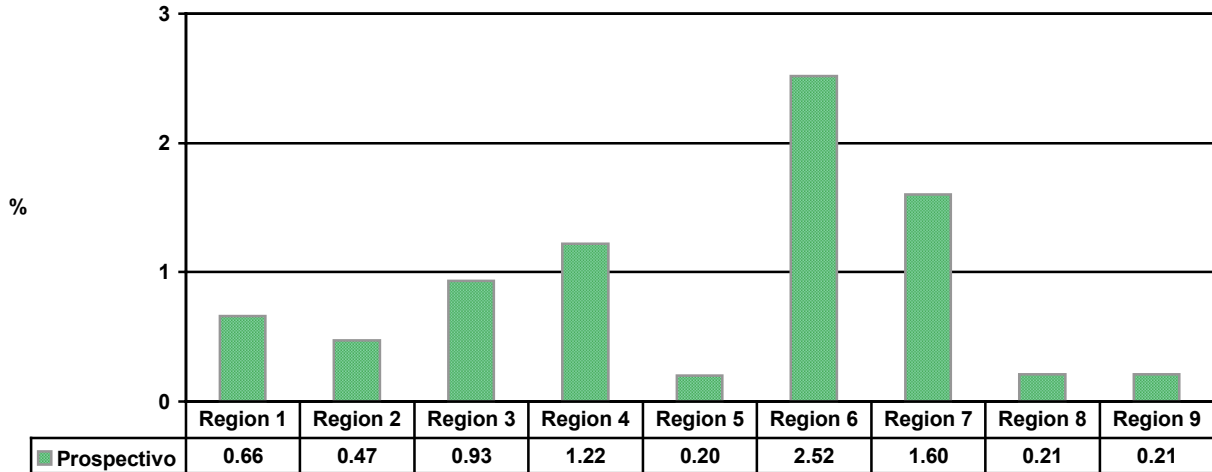
**TABLA 12. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL RELEVAMIENTO DEL IBC12-
TOTAL ESTUDIO-RETROSPECTIVO-PROSPECTIVO**

Est.	Total	Retro	Prosp	Est.	Total	Retro	Prosp	Est.	Total	Retro	Prosp
1	100%	50%	50%	27	50%	0%	50%	53	0%	0%	0%
2	100%	50%	50%	28	33.33%	0%	33,33%	54	0%	0%	0%
3	0%	0%	0%	29	16.66%	0%	16,66%	55	50%	0%	50%
4	0%	0%	0%	30	50%	0%	50%	56	41,66%	0%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	41,66%	0%	41,66%
6	0%	0%	0%	32	33.33%	0%	33,33%	58	0%	0%	0%
7	91.66%	41,66%	50%	33	58.33%	16,66%	41,66%	59	41,66%	0%	41,66%
8	25%	0%	25%	34	91.66%	41,66%	50%	60	16,66%	0%	16,66%
9	0%	0%	0%	35	100%	50%	50%	61	41,66%	0%	41,66%
10	25%	0%	25%	36	0%	0%	0%	62	50%	50%	0%
11	0%	0%	0%	37	100%	50%	50%	63	50%	0%	50%
12	41.66%	0%	41,66%	38	0%	0%	0%	64	25%	16,66%	33,33%
13	0%	0%	0%	39	0%	0%	0%	65	33,33%	0%	33,33%
14	41.66%	0%	41,66%	40	0%	0%	0%	66	0%	0%	0%
15	0%	0%	0%	41	100%	50%	50%	67	0%	0%	0%
16	0%	0%	0%	42	100%	50%	50%	68	58,33%	8,33%	50%
17	0%	0%	0%	43	0%	0%	0%	69	8,33%	0%	8,33%
18	16.66%	0%	16,66%	44	0%	0%	0%	70	58,33%	8,33%	50%
19	41.66%	0%	41,66%	45	66,66%	16,66%	50%	71	8,33%	0%	8,33%
20	0%	0%	0%	46	66,66%	16,66%	50%	72	0%	0%	0%
21	0%	0%	0%	47	100%	50%	50%	73	8,33%	0%	8,33%
22	25%	50%	25%	48	58,33%	16,66%	33,33%	74	100%	50%	50%
23	0%	0%	0%	49	50%	0%	50%	75	0%	0%	0%
24	91.66%	41,66%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	16,66%	8,33%	8,33%
25	0%	0%	0%	51	0%	0%	0%	77	0%	0%	0%
26	8.33%	0%	8,33%	52	0%	0%	0%	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

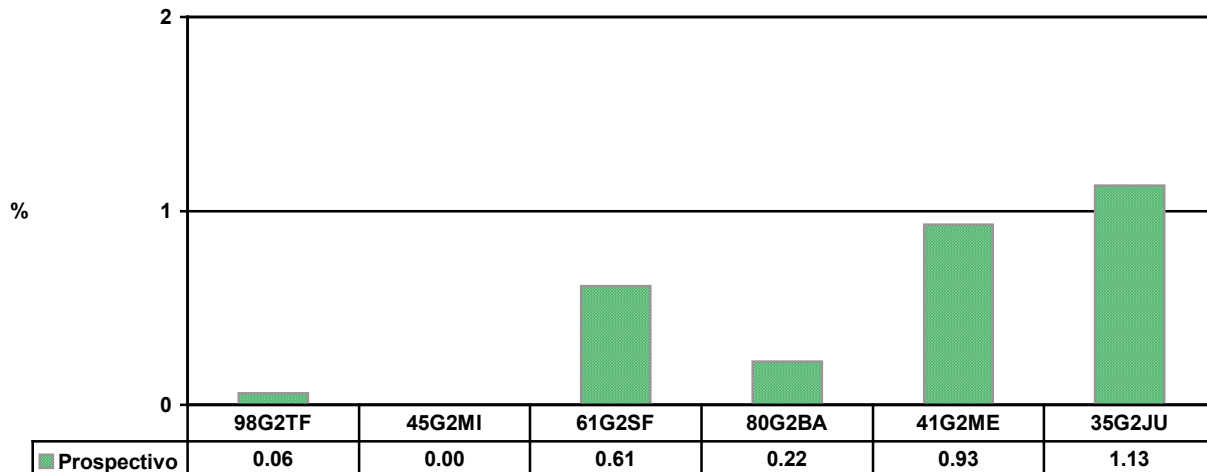
En el gráfico 12-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 0,2% de reintegros a 2,52% con una media de todas las regiones de 0,89% de reintegros no programados sobre el total de egresos.

GRAFICO 12-1 PORCENTAJE REINGRESOS NO PROGRAMADOS POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO



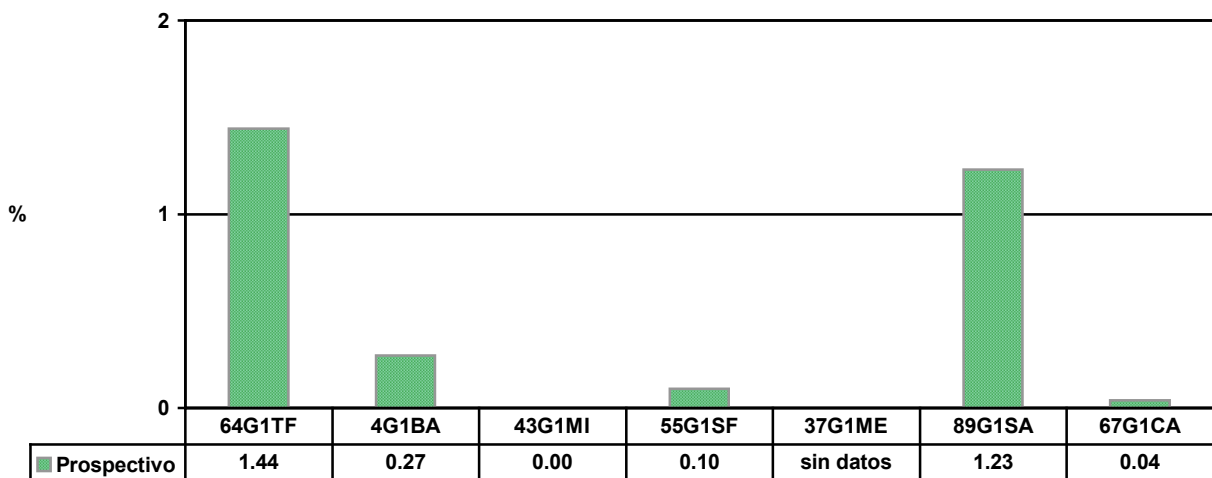
Con relación a los establecimientos privados, en el gráfico 12-2 se aprecian los resultados prospectivos hallados en los 6 establecimientos con mayor información suministrada. El rango en este caso va de 0% de reingresos a 1,13% con una media de 0,49% de reingresos no programados por el total de egresos.

GRAFICO 12-2 PORCENTAJE DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS – ESTUDIO PROSPECTIVO



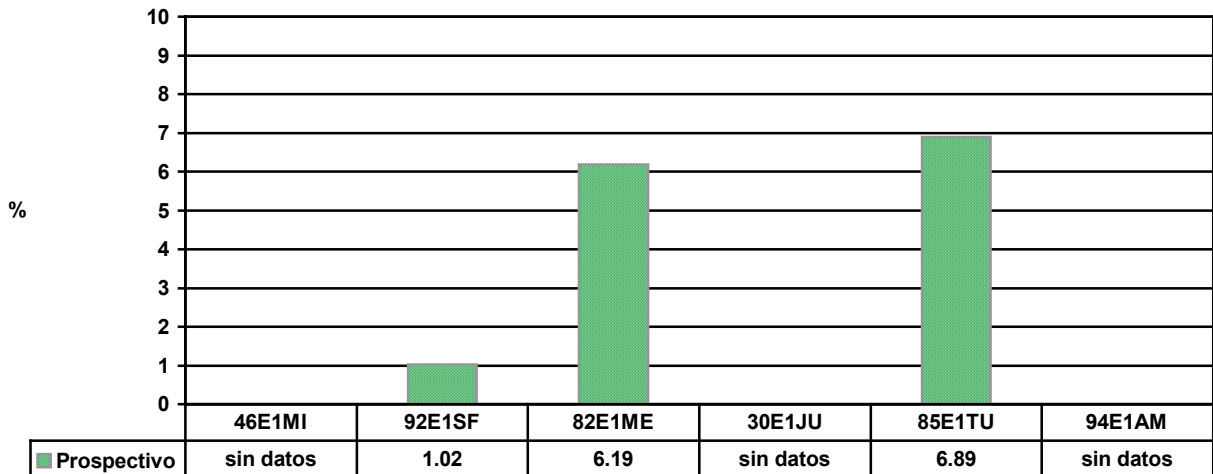
Vinculados a los 7 establecimientos públicos (ver gráfico 12-3) con mayor aporte de datos, tenemos datos de 6 de ellos y observamos un rango que va de 0% de reingresos a 1,44% con una media de 0,51 % de reingresos no programados sobre el total de egresos. Los resultados son muy similares a los del sector privado.

GRAFICO 12-3 PORCENTAJE DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS- ESTUDIO PROSPECTIVO



En el caso de los establecimientos pediátricos sólo tenemos datos de 3 establecimientos con un rango que va de 1.02% a 6,89% con una media de 4,7% de reingresos no programados por total de egresos. Dichos resultados los podemos apreciar en el gráfico 12-4. Las diferencias con los establecimientos de adultos podrían deberse al tipo de patologías y a la mayor inestabilidad en los cuadros clínicos de los pacientes pediátricos.

GRAFICO 12-4 – PORCENTAJE DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones finales

Este indicador puede valorar adecuadamente las conductas asistenciales y dado en general el pequeño volumen de reinternaciones es posible profundizar en el análisis de las causales con auditorías de historias clínicas, por lo que las mismas deberían estar correctamente completados y disponibles. En el caso de los pacientes pediátricos el porcentaje de reingresos es significativamente más alto sin que esto signifique inadecuadas respuestas asistenciales, ya que podría deberse a la epidemiología de este grupo etáreo.

IBC-13 TASA DE SINIESTROS MENSUAL DEL PERSONAL.

Expresa la cantidad de trabajadores o personas siniestradas por motivo y/o en ocasión del empleo incluidas las enfermedades profesionales- en un período de 1 año, por cada mil trabajadores expuestos. Este indicador no mide riesgos, es de utilidad para valorar servicios.

FORMULA:

Numerador :Originalmente fue “Trabajadores siniestrados en los últimos 12 meses x 1000”. Posteriormente se definió que fueran siniestros y no la cantidad de personas siniestradas. Se explico que una misma persona puede tener varios accidentes en el trabajo y que fuera mensual. También se acordó que se excluyeran los accidentes “in itinere” por no ser un eventual problema de seguridad del establecimiento, más allá de ser considerado un “accidente laboral”. También se tuvieron en cuenta las enfermedades profesionales

Denominador: Promedio mensual de trabajadores expuestos en el mismo período.

Fundamento: La incidencia de accidentes de trabajo en el personal del establecimiento, representa un indicador de la efectividad, de los programas preventivos orientados a la seguridad de las personas.

El personal del establecimiento integrante del equipo de salud debe ser objeto de preocupación respecto de su seguridad. Los establecimientos expresan esta preocupación en términos de medidas preventivas muchas de las cuales son extensivas a los pacientes y familiares que concurren al mismo. Además una conducta preventiva orientada a un segmento de problemas presupone que la misma se extiende a otro tipo de dificultades similares que aquejan a los pacientes.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 60,36% de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. En el caso de 9 establecimientos no se registró el indicador. El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 48,29%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 73,28%(ver tabla 13) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 51,7%.

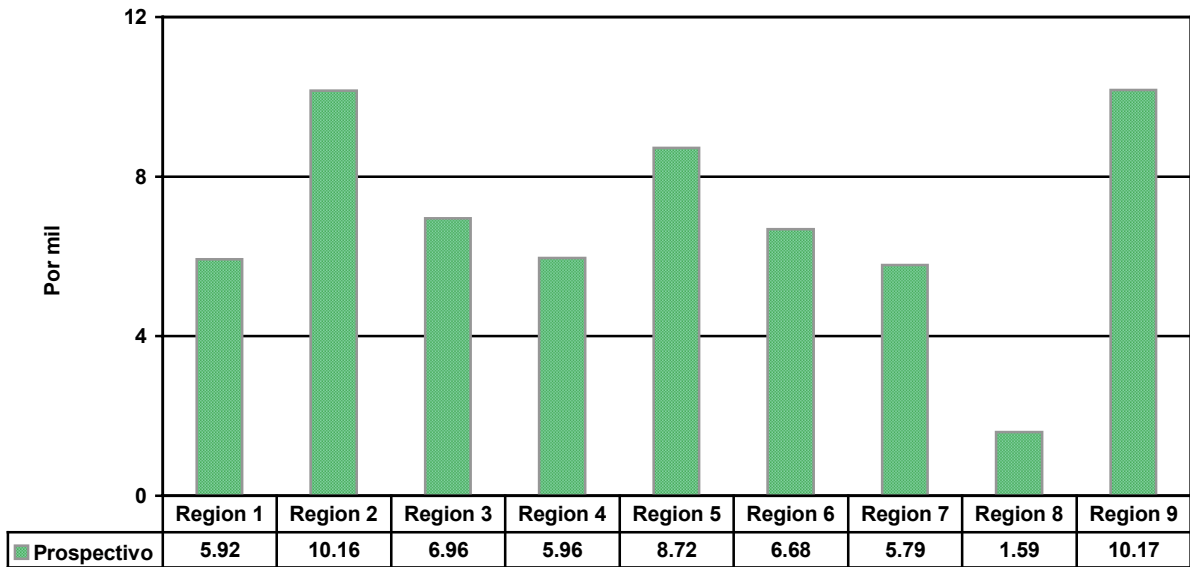
**TABLA 13. PORCENTAJE DE CUMP. DEL RELEVAMIENTO DEL IBC-13
TOTAL ESTUDIO-RETROSPECTIVO-PROSPECTIVO**

Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.
1	100%	50%	50%	27	100%	50%	50%	53	0%	0%	0%
2	50%	0%	50%	28	25%	0%	25%	54	0%	0%	0%
3	50%	0%	50%	29	16,66%	0%	16,66%	55	50%	0%	50%
4	100%	50%	50%	30	50%	0%	50%	56	41,66%	0%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	25%	0%	25%
6	41,66%	8,33%	50%	32	50%	0%	50%	58	33,33%	33,33%	0%
7	100%	50%	50%	33	41,66%	0%	41,66%	59	16,66%	0%	16,66%
8	100%	50%	50%	34	91,66%	41,66%	50%	60	41,66%	0%	41,66%
9	100%	50%	50%	35	100%	50%	50%	61	50%	0%	50%
10	100%	50%	50%	36	100%	50%	50%	62	100%	50%	50%
11	0%	0%	0%	37	100%	50%	50%	63	83,33%	33,33%	50%
12	100%	50%	50%	38	16,66%	0%	16,66%	64	58,33%	16,66%	33,33%
13	100%	50%	50%	39	100%	50%	50%	65	100%	50%	50%
14	41,66%	0%	41,66%	40	100%	50%	50%	66	100%	50%	50%
15	91,66%	41,66%	50%	41	100%	50%	50%	67	41,66%	50%	41,66%
16	0%	0%	0%	42	100%	50%	50%	68	58,33%	8,33%	50%
17	100%	50%	50%	43	100%	50%	50%	69	100%	50%	50%
18	8,33%	0%	8,33%	44	66,66%	16,66%	50%	70	100%	50%	50%
19	33,33%	0%	33,33%	45	66,66%	16,66%	50%	71	100%	50%	50%
20	0%	0%	0%	46	66,66%	16,66%	50%	72	0%	0%	0%
21	100%	50%	50%	47	100%	50%	50%	73	16,66%	0%	16,66%
22	91,66%	50%	41,66%	48	66,66%	16,66%	50%	74	66,66%	16,66%	50%
23	0%	0%	0%	49	50%	0%	50%	75	50%	50%	0%
24	100%	50%	50%	50	58,33%	8,33%	50%	76	16,66%	8,33%	8,33%
25	33,33%	0%	8,33%	51	0%	0%	0%	77	8,33%	0%	8,33%
26	16,66%	0%	16,66%	52	0%	0%	0%	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

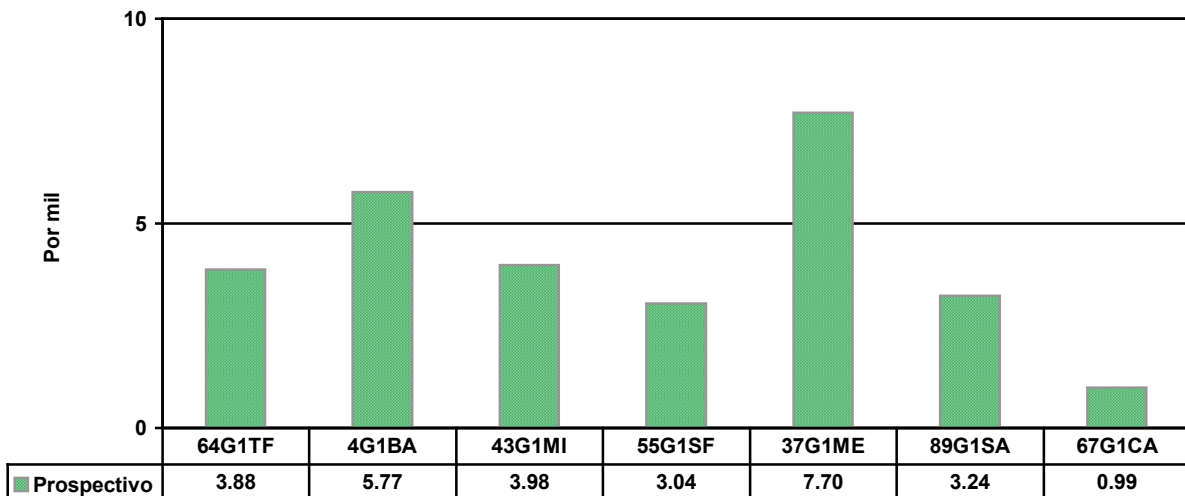
En el gráfico 13-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 1,59 siniestros a 10,17 siniestros con una media de todas las regiones de 6,88 siniestros cada 1000 trabajadores expuestos en un mes.

GRAFICO 13- 1 TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO



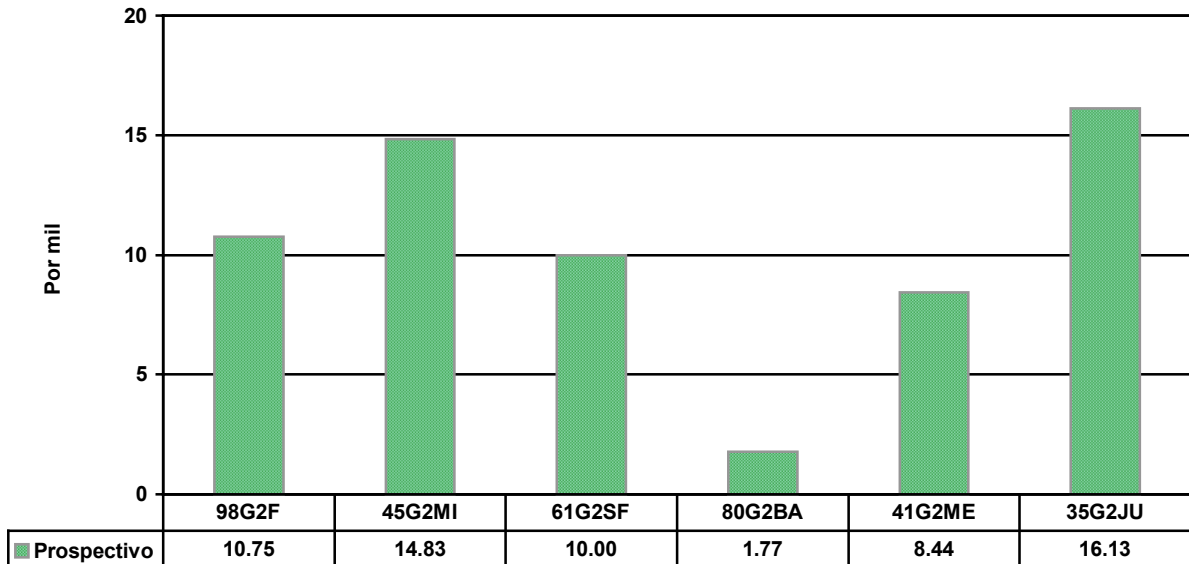
En el gráfico 13-2 podemos apreciar que de los 7 establecimientos públicos con mayor aporte de datos el rango de siniestros va de 0,99 %o a 7,70%o con una media 4,09%o siniestros por trabajadores expuestos en un mes.

GRAFICO 13-2 TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL HOSPITALES SECTOR PUBLICO – ESTUDIO PROSPECTIVO



En el gráfico 13-3 podemos observar los 6 establecimientos privados con mayor aporte de datos. El rango en este caso va de 1,77%o a 16,13%o con una media de 10,32% siniestros por trabajadores expuestos en un mes. La reflexión que surge con este dato comparado con el anterior es ¿si hay mayor cantidad de siniestros en los establecimientos públicos o hay mayor registro de los mismos?

GRAFICO 13-3 TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL SECTOR PRIVADO – ESTUDIO PROSPECTIVO



Consideraciones finales

Este indicador respecto de su viabilidad, dado que son problemas de denuncia obligatoria es de relativa facilidad su implementación.

Es importante mencionar que en algunos establecimientos, además de la construcción del indicador solicitado, se está registrando el tipo de siniestro, las características del puesto de trabajo involucrado en el hecho, el grado de instrucción del agente siniestrado, el horario en que se produjo el evento, etc., con el objeto de elaborar un “mapa de riesgo laboral institucional”, y tomar medidas al efecto.

Se advierten en los gráficos presentados a continuación que existe disparidad en los valores entre establecimientos que, en algunos casos son significativos. No se puede determinar si esto se debe a una mayor cantidad de siniestros o a un déficit en la denuncia de los mismos.

De todos modos es necesario a posteriori del uso de este indicador y en función de la prevalencia de los siniestros (mapa de riesgo laboral) establecer la correlación con la seguridad del paciente.

IBC-14 PORCENTAJE DE EGRESOS POR ALTA VOLUNTARIA Y POR FUGA/ TOTAL DE EGRESOS

FORMULA:

Numerador: Total de egresos por alta voluntaria y fuga, en el período x 100.

Denominador: Total de egresos en el período.

Fundamento: La decisión de alta voluntaria y/o fuga reúne un conjunto de motivos los que en su mayoría están relacionados con la certeza o no que el paciente tiene respecto de las posibilidades terapéuticas que le puede brindar el establecimiento.

Debe diferenciarse de aquella circunstancia en la cual el grupo profesional aconseja derivación o traslados, en estos casos tanto el paciente como los profesionales coinciden en la decisión.

Incluye: Los egresos en los cuales el paciente manifiesta formalmente su deseo de alta en oposición a la recomendación del grupo profesional del establecimiento.

- Los egresos por “fuga”

Excluye: Los traslados o derivaciones por cualquier motivo solicitados por el cuerpo médico

Los traslados por condicionamiento de la cobertura financiera (obra social, pre-paga)

Los egresos por fuga de pacientes detenidos con custodia policial, por orden judicial.

Análisis del relevamiento efectuado

Los datos fueron relevados en un 50,43% de lo previsto en los 78 establecimientos que participaron del estudio. Hubo 18 establecimientos que no desarrollaron el indicador El relevamiento retrospectivo se cumplió en un 36,32%, mientras que el prospectivo se cumplimentó en un 64,53%(ver tabla 14) El incremento entre lo retrospectivo y lo prospectivo fue de un 77,7%.

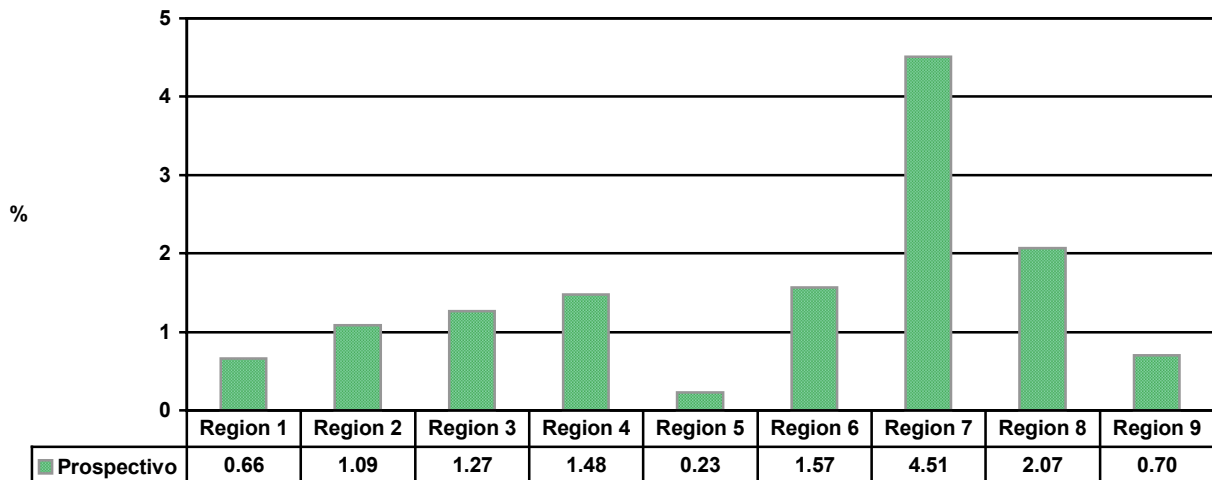
**TABLA 14. PORCENTAJE DE RELEVAMIENTO IBC-14
TOTAL RETROSPECTIVO-PROSPECTIVO**

Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.	Est.	Total	Retro	Prosp.
1	100%	50%	50%	27	50%	0%	50%	53	91,66%	50%	41,66%
2	91,66%	50%	41,66%	28	33,33%	0%	33,33%	54	50%	16,66%	33,33%
3	0%	0%	0%	29	25%	0%	25%	55	50%	0%	50%
4	0%	0%	0%	30	50%	0%	50%	56	41,66%	0%	41,66%
5	100%	50%	50%	31	50%	0%	50%	57	41,66%	0%	41,66%
6	100%	50%	50%	32	50%	0%	50%	58	0%	0%	0%
7	100%	50%	50%	33	41,66%	0%	41,66%	59	41,66%	0%	41,66%
8	25%	0%	25%	34	91,66%	41,66%	50%	60	16,66%	0%	16,66%
9	0%	0%	0%	35	100%	50%	50%	61	50%	0%	50%
10	100%	50%	50%	36	0%	0%	0%	62	100%	50%	50%
11	100%	50%	50%	37	100%	50%	50%	63	100%	50%	50%
12	50%	0%	50%	38	50%	0%	50%	64	41,66%	16,66%	25%
13	100%	50%	50%	39	41,66%	0%	41,66%	65	33,33%	0%	33,33%
14	100%	50%	50%	40	0%	0%	0%	66	100%	50%	50%
15	0%	0%	0%	41	100%	50%	50%	67	0%	0%	0%
16	0%	0%	0%	42	100%	50%	50%	68	58,33%	8,33%	50%
17	0%	0%	0%	43	100%	50%	50%	69	8,33%	0%	8,33%
18	0%	0%	0%	44	0%	0%	0%	70	58,33%	8,33%	50%
19	41,66%	0%	41,66%	45	66,66%	16,66%	50%	71	8,33%	0%	8,33%
20	0%	0%	0%	46	66,66%	16,66%	50%	72	0%	0%	0%
21	0%	0%	0%	47	100%	50%	50%	73	8,33%	0%	8,33%
22	100%	50%	50%	48	66,66%	16,66%	50%	74	100%	50%	50%
23	0%	0%	0%	49	50%	0%	50%	75	0%	0%	0%
24	100%	50%	50%	50	66,66%	16,66%	50%	76	58,33%	8,33%	50%
25	83,33%	50%	33,33%	51	0%	0%	0%	77	100%	50%	50%
26	8,33%	0%	8,33%	52	0%	0%	0%	78	75%	50%	25%

RESULTADOS OBTENIDOS

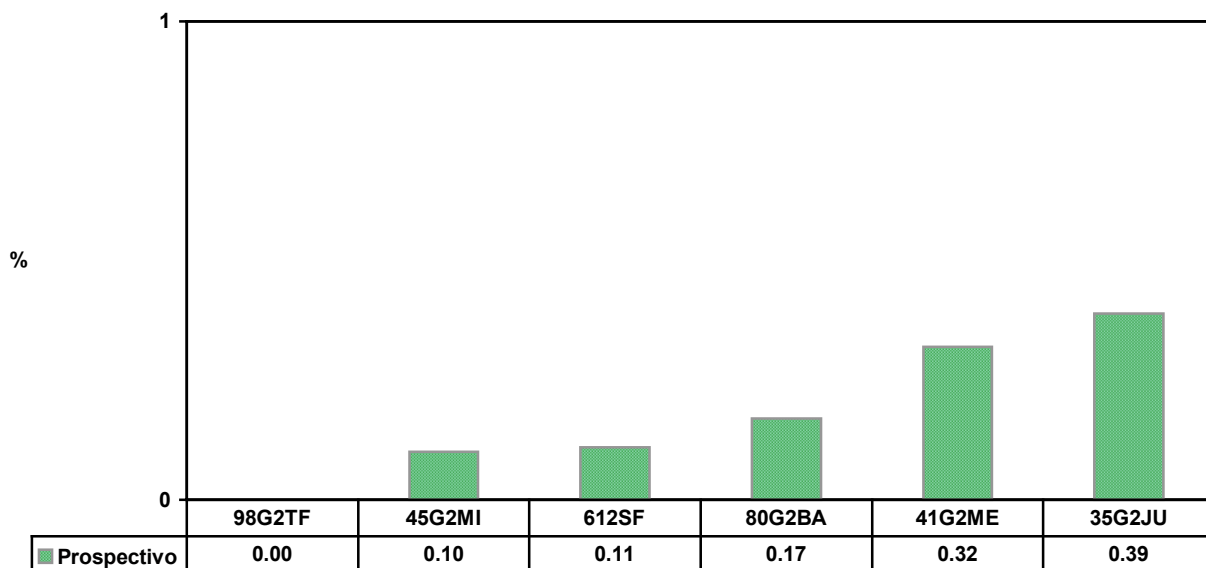
En el gráfico 14-1 podemos observar el consolidado por regiones del estudio prospectivo. El rango va de 0,23% de altas voluntarias a 4,51% con una media de todas las regiones de 1,51% de altas voluntarias sobre el total de egresos.

**GRAFICO 14-1 PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS Y POR FUGA/
TOTAL DE EGRESOS
POR REGION – ESTUDIO PROSPECTIVO**



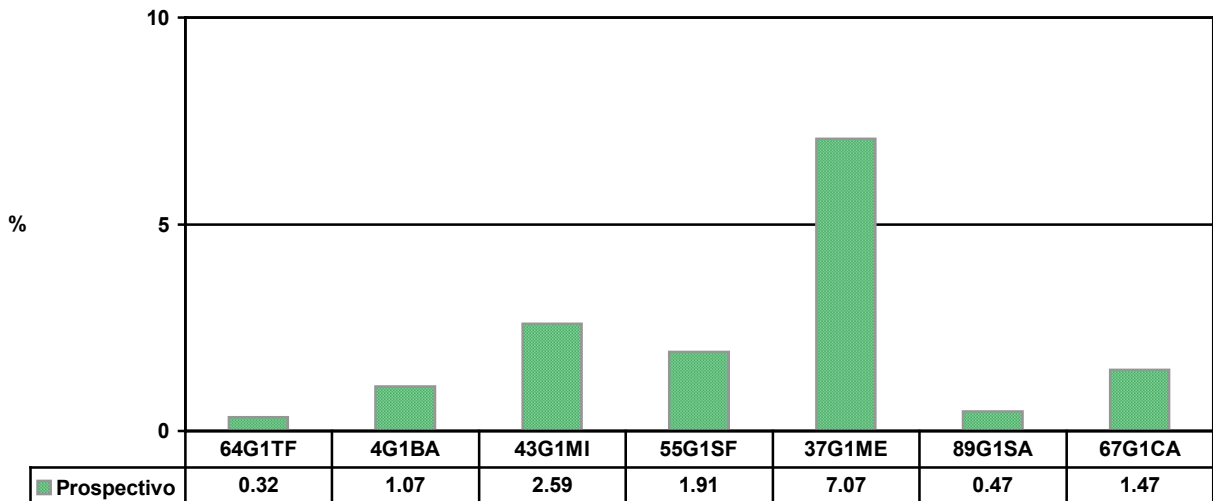
En el caso de los establecimientos privados, los 6 establecimientos en que visualizamos en el gráfico 14-2 tienen un rango que va del 0% al 0,39% con una media de 0,18%. Todos estos datos son sensiblemente menores a los regionales.

**GRAFICO 14-2 PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS Y POR FUGA/
TOTAL DE EGRESOS
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS – ESTUDIO PROSPECTIVO**



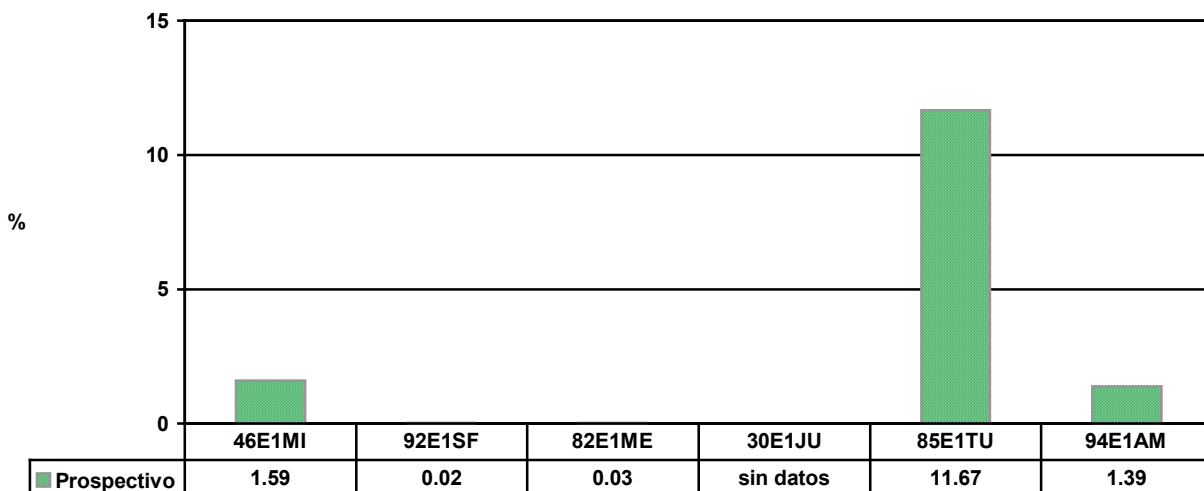
En el gráfico 14-3 vemos que datos nos aportan 7 instituciones públicas. El rango aquí va de 0,32% a 7,07% con una media de 2,13%. Observar las diferencias con el sector privado.

**GRAFICO 14-3 PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS Y POR FUGA/
TOTAL DE EGRESOS
ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO**



En el caso de los establecimientos pediátricos se pudo registrar en 5 instituciones con un rango 0,02% a 11,67% con una media de 2,94%. Es llamativo uno de los establecimientos en el que 1,16 pacientes cada 10 solicitan el alta voluntaria según estos datos.

**GRAFICO 14-4 PORCENTAJE DE ALTAS VOLUNTARIAS Y POR FUGA/
TOTAL DE EGRESOS
ESTABLECIMIENTOS PEDIATRICOS – ESTUDIO PROSPECTIVO**



Consideraciones finales

Este es un indicador no utilizado previamente al estudio. De ahí su bajo registro en el retrospectivo. No es posible hablar de estándares en el mismo, pero deberíamos considerar que el ideal en este caso es que no hubiera altas voluntarias, por lo que el porcentaje debería ser cero. Consideramos que es un indicador de satisfacción en la atención recibida a tener en cuenta. No es difícil su conformación, siempre que exista articulación en tiempo y forma entre los Servicios donde se internan los pacientes y el área de estadísticas. El problema para ello es la devolución de la historia Clínica al archivo en tiempo y forma, por lo que tiene relación directa con el IBC 10 – Porcentaje de HC sin epicrisis a las 72 hs. Llama la atención algunos resultados en establecimientos públicos que ameritarían un estudio más pormenorizado.

VI – ENCUESTAS DIRECTORES Y FACILITADORES

VI-1 Encuesta a Directores

Se realizó una encuesta a los directores de los establecimientos que participaron del estudio. Contestaron a la misma 26 directores del total de 78 establecimientos que desarrollaron es estudio, es decir el 33% de los mismos (ver anexo4). Las preguntas formuladas fueron las siguientes:

1. ¿Qué indicadores de los relevados considera de mayor utilidad para el monitoreo de la calidad?

Respecto de la primer pregunta hubo 24 respuestas de las que se obtuvieron los siguientes resultados:

- lbc 11 Turnos quirúrgicos suspendidos 24 horas o más : 11 respuestas.
- lbc 3 Porcentaje de consultas de guardia: 10 respuestas.
- lbc 10 Porcentaje de HC sin epicrisis a 72 hs. de alta: 9 respuestas.
- lbc 1 Determinaciones de laboratorio por consulta : 8 respuestas.
- lbc 4 Promedio días de estada: 8 respuestas.
- Todos los indicadores: 7 respuestas.
- lbc 13 Tasa de siniestros del personal: 7 respuestas.
- lbc 12 Porcentaje de reingresos no programados: 6 respuestas.
- lbc 2 Ecografías ambulatorias por consultas: 5 respuestas.
- lbc 14 Porcentaje de altas voluntarias: 5 respuestas.
- lbc 5 Porcentaje de cesáreas: 4 respuestas.
- lbc 8 Tasa de mortalidad neonatal \geq 2500gr.: 4 respuestas
- lbc 6 Tasa de mortalidad neonatal $<$ 1500gr. : 2 respuestas
- lbc7 Tasa de mortalidad neonatal 1500-2499gr. : 2 respuestas
- lbc 9 indice mortalidad esperada UTI adultos. : 2 respuestas

Como comentario cabe verificar el interés demostrado por algunos indicadores no tradicionales, así como la baja afirmación de los indicadores de mortalidad neonatal debería atribuirse a los pocos establecimientos con esos servicios que contestaron la encuesta. En el caso de la mortalidad en UTI adultos quizás se deba a la dificultad en la implementación.

- 2- Piensa continuar utilizando los indicadores ¿Porqué?

Hubo 25 respuestas por el sí y una sin contestación. Nadie de todos modos planteó el porque seguir. De todos modos puede analizarse como un hecho positivo esta respuesta.

- 3- Se produjo algún cambio en los procesos asistencial u organizacional con el estudio? Descríbalo

Por el no hubo 11 respuestas vinculadas al escaso tiempo transcurrido fundamentalmente o al hecho que los mismos ya venían siendo utilizados previamente.

Con 13 respuestas afirmativas a procesos de cambio podemos destacar entre ellos:

- 4- Mejor en la Organización del Area Quirúrgica para evitar las suspensiones de intervenciones.
- 5- Mejora en el registro y cruce de datos con los siniestros del personal.
- 6- Mayor interés del personal no profesional para la tarea.
- 7- Toma de conciencia de la relación parto-cesáreas, análisis de internaciones prolongadas, mayor cuidado en las normas de bioseguridad
- 8- Mayor seguimiento de la Historia Clínicay de las epicrisis
- 9- Mejora de los procesos de recolección de datos y su procesamiento
- 10-Evaluación de la tarea de los profesionales

4- Agregaría algún/os/otros indicadores para monitorear la calidad en el hospital?
26 respuestas.

Del mismo modo que hubo 7 respuestas que consideraban que no era necesario agregar ningún indicador a los desarrollados, hubo 15 respuestas con propuestas de 18 nuevos indicadores. Entre ellos valen destacar 2 fundamentalmente :

El primero fue infecciones nosocomiales y el otro fue tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas

Es importante destacar que algunas de las propuestas no son indicadores de calidad, sino de gestión hospitalaria.

No se obtuvo respuesta en 2 encuestas.

5 ¿Está interesado en continuar con la utilización de estos indicadores?

Hubo una sola respuesta a esta pregunta, lo que es contradictorio con lo expresado en las otras preguntas.

6 ¿Cree importante comparar estos indicadores con otros establecimientos de salud?

Con la excepción de una respuesta, hubo coincidencia en las restantes 25 respuestas en afirmar la necesidad de las comparaciones con los debidos recaudos de establecer dichas comparaciones entre instituciones de similares características

7- Otros comentarios

Los comentarios están vinculados fundamentalmente a expresar la satisfacción por haber participado del estudio y a que el mismo tenga continuidad.

VI –2 Encuesta a Facilitadores Institucionales:

Se realizaron las siguientes preguntas (ver anexo4)

1) ¿Fué informado de la importancia de la recolección y utilización de estos indicadores para la Institución en que Ud. trabaja?

Sobre un total de 36 respuestas 31 facilitadores afirman que recibieron información y participaron en talleres. Por otra parte 4 de los facilitadores informan no haber recibido información y 2 de ellos no respondieron.

2) Indique el grado de dificultad que ha tenido para la recolección de los diferentes indicadores:

En la tabla siguiente vemos el análisis del grado de dificultad que a juicio de los facilitadores que respondieron la encuesta trajo cada indicador. Vemos que los de menores dificultades han sido los tradicionales como porcentaje de consultas de guardia- promedio días de estada y porcentaje de cesáreas . En el caso de las mayores dificultades se observaron en por ejemplo indice de mortalidad sobre mortalidad esperada en UTI adultos y en porcentaje de epicrisis a 72 horas de alta.

Tabla EF –1 : GRADO DE DIFICULTAD DE LOS INDICADORES SEGÚN RESPUESTAS

INDICADORES	TOTAL RESPUESTAS	MUY DIFICULTOSO	MEDIAN.DIFICULTOSO	POCO DIFICULTOSO	SIN DIFICULTAD
IBC-1	30	5	7	5	13
IBC-2	26	6	6	4	13
IBC-3	27	0	1	4	22
IBC-4	29	1	0	5	23
IBC-5	26	1	0	3	22
IBC-6	24	1	4	3	16
IBC-7	25	1	4	3	17
IBC-8	22	1	4	2	15
IBC-9	25	15	2	1	7
IBC-10	26	10	4	4	8
IBC-11	26	2	5	4	15
IBC-12	29	11	6	2	10
IBC-13	25	2	4	4	15
IBC-14	28	11	4	5	8

3)Qué indicadores requirieron implementar nuevas fuentes de información?

Con esta pregunta se establece relación con la anterior dado que los indicadores que requirieron nuevas fuentes de información son los que fueron definidos como más dificultosos. Hubo para esta pregunta 37 respuestas.

TABLA EF-2 NUEVAS FUENTES DE INFORMACION SEGÚN INDICADORES

INDICADORES	TOTAL RESPUESTAS	INDICADORES	TOTAL RESPUESTAS
IBC-1	3	IBC-8	5
IBC-2	5	IBC-9	9
IBC-3	0	IBC-10	6
IBC-4	0	IBC-11	11
IBC-5	0	IBC-12	8
IBC-6	4	IBC-13	9
IBC-7	4	IBC-14	7

4)Se encuentra Ud. interesado en continuar con la utilización de estos indicadores?

33 facilitadores contestaron que sí , 1 que no y 4 no respondieron

5)Tuvo colaboración e interés por parte de otros compañeros para la recolección de estos indicadores?

23 facilitadores contestaron que sí, 5 a medias, 4 no, 3 sin respuesta

6)Realizó un informe acerca de las dificultades encontradas en la recolección de datos?

25 contestaron que no, 3 sí, 6 no respondieron

VII CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

En función del análisis del desarrollo del proyecto, de los indicadores relevados, de las encuestas respondidas, así como de los informes finales de los becarios que fueron entregados a la CONAPRIS, evaluaremos el grado de cumplimiento de los objetivos que se propuso este proyecto

El primer objetivo fue **“demostrar la viabilidad y la utilidad de los indicadores como herramienta de monitoreo de la calidad en los procesos de atención médica en los Servicios de Salud”**

Para plantear en primer lugar la viabilidad de los indicadores nos debemos preguntar si los datos que conforman los numeradores y denominadores de los indicadores existen o no.

A esta pregunta podemos afirmar lo siguiente para cada indicador

- IBC1 Determinaciones de laboratorio por consultas: tanto numerador como denominador están en los registros estadísticos de las instituciones. Es

necesario discernir adecuadamente entre prácticas o determinaciones en el caso del numerador y si existe relación entre las mismas y las consultas que se utilizan en el denominador, es decir que las determinaciones registradas sean por más consultas que las que integran el denominador. Con estas consideraciones podemos decir que es un indicador viable.

- IBC2 Ecografías ambulatorias por 1000 consultas. En este caso lo que puede distorsionar el numerador son las ecografías obstétricas, que ameritarían un análisis per se. Respecto del denominador cabe las mismas consideraciones que en el IBC1. Es un indicador viable.
- IBC 3 Porcentaje de consultas de guardia: En el numerador el dato existe habitualmente, del mismo modo el denominador. Es absolutamente viable su implementación.
- IBC 4 Promedio días de estada: los datos que integran numerador y denominador existen habitualmente y se usan por lo que su viabilidad es absoluta.
- IBC 5 Porcentaje de Cesáreas: similar al indicador anterior.
- IBC 6-7-8 Tasa de mortalidad neonatal ajustada por peso: se ha corroborado que el ajuste por peso no se hace en todas las instituciones, ni tampoco se ajusta los datos en función de derivaciones efectuadas o recibidas. Es un indicador viable si se formulan las correcciones descriptas.
- IBC-9 Índice de mortalidad sobre la mortalidad esperada en UTI adultos: es uno de los de mayor dificultad en su viabilidad. No existen dificultades en el numerador que es de registro habitual. No así en el denominador que resulta de la media de un score que se debe realizar dentro de las 8 horas del ingreso del paciente a la UTI evaluando determinados parámetros que sólo puede efectuar un profesional capacitado. La dificultad en su viabilidad quedó demostrada en el estudio.
- IBC 10 Porcentaje de HC sin epicrisis a 72 horas de alta: es difícil tener todas las historias clínicas en el archivo a las 72 hs. de alta del paciente por lo que su viabilidad es difícil si no mejoran los circuitos de transferencias de historias clínicas. La dificultad es directamente proporcional al volumen de la institución. Con el denominador no hay problemas.
- IBC 11 Turnos quirúrgicos suspendidos 24 horas o más: tanto la conformación del numerador como del denominador no ofrecen dificultades técnicas. Lo que se ha podido corroborar es que el dato del numerador en muchas instituciones no estaba registrado. Este indicador es muy viable e la medida en que se registren los procesos.
- IBC 12 Porcentaje reingresos no programados: existen dificultades en los datos que conforman el numerador de este indicador por las mismas dificultades que existen para el IBC10 por lo que su viabilidad es la misma que el caso del IBC 10.
- IBC 13 Tasa de siniestros del personal: los datos que integran el numerador deberían ser de fácil recolección por ser dichos eventos de denuncia obligatoria. Quizá el denominador tenga más dificultades ya que no necesariamente en los establecimientos todo el personal registra su asistencia. Su viabilidad está condicionada a esos registros.

- IBC 14 Porcentaje de altas voluntarias: si bien este indicador sufre los mismos condicionantes del IBC10 y IBC12, el dato que conforma el numerador es más fácil de verificar en la historia clínica y el denominador es un dato habitual en los establecimientos. Su viabilidad si se toma la determinación de uso es alta.

Respecto de la utilidad de los mismos podemos decir:

- IBC1 Determinaciones de laboratorio por consultas: es útil para analizar las conductas prescriptivas, pero necesitaría una mayor discriminación en las variables (sexo, edad, patologías, etc) para mayor utilidad. Es útil para la comparación interinstitucional e intrainstitucional.
- IBC2 Ecografías ambulatorias por 1000 consultas: las mismas consideraciones que el anterior.
- IBC 3 Porcentaje de consultas de guardia: es útil para evaluar la adecuación de la demanda de los servicios con la oferta de los mismos y responde a criterios de accesibilidad.
- IBC 4 Promedio días de estada: es en principio de poca utilidad para la comparación interinstitucional a no ser que uno pueda determinar simetrías entre la oferta y demanda de las instituciones a comparar. Es muy útil para los procesos de mejora en cada establecimiento internamente.
- IBC 5 Porcentaje de Cesáreas: es de una gran utilidad para evaluar las conductas asistenciales. Seguramente para un análisis más pormenorizado será necesario agregar variables de temporalidad y de causas. Sirve en la comparación con otros y para la mejora continua.
- IBC 6-7-8 Tasa de mortalidad neonatal ajustada por peso: la utilidad para comparar servicios es dificultosa ya que si bien uno puede comparar y estandarizar la oferta de estos Servicios es muy aventurado homogeneizar la demanda de dichos servicios. Si es de gran utilidad en la comparación en el tiempo del propio servicio.
- IBC-9 Índice de mortalidad sobre la mortalidad esperada en UTI adultos: así como se precisó la dificultad en la viabilidad de este indicador, podemos afirmar que es de gran utilidad en la mejora de los servicios ya que el mismo tiene un valor ideal igual a 1, es decir que la mortalidad real de un servicio de UTI es igual a la prevista.
- IBC 10 Porcentaje de HC sin epicrisis a 72 horas de alta: es un indicador muy útil para evaluar los procesos internos de un institución y debería dar cero. Quizás en su implementación se podrían establecer etapas de mejora sucesivas.
- IBC 11 Turnos quirúrgicos suspendidos 24 horas o más: es útil como indicador del funcionamiento de la organización y de satisfacción del usuario.
- IBC 12 Porcentaje reingresos no programados: es útil para la evaluación de la efectividad clínica de los procedimientos y sería importante su discriminación por servicios.
- IBC 13 Tasa de siniestros del personal: indicador indirecto de seguridad del paciente, debería complementarse con un registro de accidentes de los pacientes en los casos en que el indicador permita visualizar alta incidencia de siniestros del personal en lugares determinados de la institución.

- IBC 14 Porcentaje de altas voluntarias: la utilidad de este indicador está vinculada al grado de satisfacción que el paciente tiene y su disconformidad con la atención recibida. Por supuesto que una vez detectados estos procesos correspondería un evaluación de cada caso en particular para poder analizar adecuadamente las causales.

El segundo objetivo propuesto en el estudio fue **“establecer un diagnóstico de la situación actual”**. En esto podemos establecer las siguientes consideraciones:

- Los establecimientos que participaron no reflejan a todas las jurisdicciones del país, ni a los establecimientos de mayor magnitud del Subsector privado. Estos fueron abordados por otro estudio efectuado en el marco de la CONAPRIS que realizó la misma investigación en 8 instituciones del Subsector privado y 1 del Subsector público en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2002-2003.
- Pese a las consideraciones previas pensamos que la mayoría de las instituciones del país compartirían este diagnóstico.
- Existen en las instituciones mayor cantidad de datos que de información procesada.
- No existe cabal conciencia de la utilización de los mismos.
- Mayoritariamente existe un divorcio entre las áreas técnicas responsables de la información, las áreas asistenciales y las de conducción.
- En el proceso de toma de decisiones de una institución los indicadores no son utilizados adecuadamente y a veces no son tenidos en cuenta.
- No todos los datos para la confección de los indicadores eran relevados.
- No todos los indicadores eran confeccionados.
- Los cambios de autoridades demora y a veces paraliza cualquier proceso de recolección de datos y análisis de información.
- Pese a todas consideraciones existe una gran avidez de conocer los indicadores procesados y la comparación con otras instituciones, lo que es contradictorio con lo anteriormente expuesto.
- En síntesis no existe una cabal comprensión y utilización de estas herramientas para el proceso de toma de decisiones y para la mejora de la calidad en las instituciones.

El tercer objetivo del estudio fue **“introducir una cultura de evaluación que posibilite lograr estándares nacionales de calidad en salud”**.

Este tercer objetivo constituye el más ambicioso y el más difícil de evaluar. Sin embargo la palabra “introducir” que podría ser reemplazada por “iniciar” acota la expectativa respecto de este objetivo. Y esto se debe plantear de esta manera, ya que la modificación de las cultura son procesos que demoran mucho más tiempo que el que pueda llevar un estudio de estas características. La otra alternativa es que se modifique súbitamente por exigencias externas de evaluación como puede ser el cumplimiento de estos indicadores para cumplimentar procesos de evaluación externa o como condicionante del financiamiento de las prestaciones entre otras.

Igualmente podemos afirmar que a través de las encuestas o de los informes de los becarios se advierte algunos cambios organizacionales en algunas instituciones a partir de este estudio según la realidad de cada una de ellas y la voluntad de cambio de los actores involucrados.

Modificaciones en los registros de laboratorios, discernimiento del lugar de procedencia de las consultas, instalación de medición del score APACHE para los pacientes internados en las unidades de terapia intensiva, la agilización en la realización de las epicrisis, la mejora en el registro de intervenciones quirúrgicas o el mapeo de áreas de riesgo en las instituciones en función de los siniestros ocurridos con el personal son algunos ejemplos de cambios en la cultura de la evaluación.

A continuación transcribiré algunas de las conclusiones del estudio efectuado por la Dra. Ma. Eugenia Brisson con una beca de la CONAPRIS y patrocinada por la Dirección de Calidad en Servicios de Salud en el período 2002-2003 titulada “Indicadores de gestión en la gerencia de Hospitales Públicos: evaluación de resultados y efectos de su utilización.”

Entre sus conclusiones figuran:

- *“La utilización de los indicadores se centra en dar respuesta a ejercicios rutinarios de reportes a los niveles centrales de las jurisdicciones con limitado impacto en el desempeño organizacional. Aunque esta situación es predominante, coexisten algunas iniciativas con desarrollos aplicativos interesantes.*
- 5- *A pesar de ser muchos de los indicadores conocidos desde larga data, no son utilizados, aún cuando los datos se encuentran disponibles. Tampoco se observan mayores avances en depuraciones de sus definiciones y alcances, así como en los métodos de cálculo.*
- 6- *Los procedimientos para la construcción de indicadores y estándares presentan problemas: a) en algunos casos no presentan coherencia en su construcción (falta de consistencia estadística), ni están claramente definidos; b) están desequilibrados ya que sólo se refieren a la función de asistencia y en alguna medida a la de prevención de enfermedades y c) la periodicidad establecida no está fundamentada en las necesidades de la gestión (según la naturaleza del fenómeno en estudio, los datos necesarios, las características de las actividades, la necesidad de información, los métodos para rastrear los indicadores que pueden ser: observaciones, encuestas, entrevistas, informes de rutina, informantes claves, etc., entre otras).*
- 7- *La mayoría de los establecimientos cuenta con reportes estadísticos que contribuyen a engrosar las memorias. Estos constituyen presentaciones y consolidados de datos (un conjunto de totales y subtotales) y de algunos pocos indicadores (las denominadas “estadísticas hospitalarias tradicionales” o “estadísticas de las actividades hospitalarias”). Un cúmulo – en el mejor de los casos- de listados numéricos, que dista de conformar un informe de gestión.*

8- Lo que se informa rutinariamente presenta diferentes grados de oportunidad, actualización y completamiento y varía según efector.

Las principales dificultades con relación a la producción y utilización de indicadores y al seguimiento de la gestión pueden ser:

- Las fracturas y discontinuidades en las gestiones hospitalarias, o del nivel central de la jurisdicción que impiden la consolidación de una línea de trabajo en el tema.
- La obsolescencia de elementos del diseño organizacional formalizados que enmarquen el trabajo (misiones y funciones de las unidades, responsabilidades de las personas en el cargo, organigramas actualizados, entre otros).
- La falta de visión de la conducción hospitalaria acerca de la utilidad de los datos e información.
- El acostumbramiento a la consolidación de los datos en el ámbito central.
- El carácter esporádico e inespecífico de la capacitación del personal involucrado.
- La falta de entendimiento entre las lógicas médica y administrativa / gerencial.
- La presión de la demanda.
- El hábito de tomar decisiones sin basarse en datos e información.
- Las dificultades en la definición de las áreas críticas, identificación de indicadores claves y establecimiento de los valores estándares.
- La falta de soporte informático adecuado, ya sea de hardware en las estaciones necesarias como de software apropiado para el seguimiento de la gestión.
- La ausencia de un glosario con definiciones de los indicadores, explicitación de los métodos de cálculo y de los fundamentos para el establecimiento de la periodicidad de su observación.
- La escasa retroalimentación a generadores, procesadores y usuarios de la información que lleva a falta de compromiso con la producción de buena información.
- La interferencia de otras instancias que superponen requerimientos de datos e indicadores”.

Si bien el estudio del que se extraen párrafos de las conclusiones está vinculado a la gestión en hospitales públicos, está relacionado con indicadores y dichas conclusiones pueden relacionarse con este estudio sin ninguna duda y están expresando las dificultades de modificar culturas si no media la exigencia del cumplimiento de los indicadores.

VIII CONSIDERACIONES FINALES

Se deberían considerar tres espacios finales de reflexión que son:

- 1- Desarrollo del estudio.
- 2- Resultados y objetivos del estudio.
- 3- Perspectivas de los indicadores de calidad.

VIII 1 Desarrollo del Estudio

En esta ítem debemos resaltar en función de la magnitud y complejidad de variables a trabajar, el mismo se cumplió en forma satisfactoria. Existió una adecuada y persistente tarea de los coordinadores del estudio con un seguimiento diario del mismo a lo largo de todo el año. Los becarios en líneas generales cumplieron a satisfacción su mandato. En aquellos casos en que dicha tarea no fue todo lo eficiente que se esperaba se decidieron medidas correctivas que funcionaron en algunos casos y en otros no.

El cronograma de las actividades previstas tuvo algunos pequeños desfases que pudieron ser corregidos sobre la marcha y que no afectó al trabajo en su conjunto. De todos modos con un 65,57% de los datos relevados efectivamente en un volumen total de 12060 datos a lo largo del año y teniendo en cuenta la cantidad de instituciones y personas involucradas reiteramos la satisfacción de esta Dirección en el desarrollo del estudio.

VIII 2 Resultados y objetivos del estudio

El cumplimiento de los objetivos del estudio fue analizado en extenso en párrafos anteriores.

Conviene sí agregar algunas consideraciones respecto de los resultados obtenidos. La riqueza de los mismos en cuanto a potencialidad de análisis excede largamente los objetivos del estudio.

Compete a las autoridades y cuerpos técnicos de las instituciones una parte de dicho análisis para beneficio de la propia institución.

También las autoridades jurisdiccionales, fundamentalmente en el caso de instituciones públicas, tienen la potestad de realizar los análisis que crean convenientes y necesarios.

En el caso del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Asesora en Indicadores de Calidad del Programa Nacional de Garantía de Calidad se efectuará un estudio exhaustivo de los resultados hallados, integrando estudios de similares características y con el objetivo de brindar elementos para el proceso de toma de decisiones en la mejora de la calidad en los Servicios de Salud.

VIII 3 Perspectivas de los indicadores de calidad.

El hallazgo y definición de instrumentos como los indicadores de calidad en Servicios de Salud es un paso fundamental en la mejora de la calidad de dichos servicios en la medida en que permiten evaluar a los mismos, y no hay mejora posible sino sabemos como estamos.

El validar los mismos a través de estudios como el presente le otorga a los mismos una ratificación de su utilidad.

Creemos importante que se analicen las alternativas que permitan que estos indicadores integren los sistemas de información y de gestión de la calidad de las instituciones asistenciales.

Es importante no perder de vista la posibilidad de establecer estándares nacionales para los mismos.

También es importante el desarrollo de nuevos consensos para otros indicadores. Finalmente y agradeciendo la activa participación de todos los que estuvieron involucrados en este estudio, podemos afirmar que con este trabajo sólo se cumple una parte de un camino inagotable de búsqueda, experimentación y validación de instrumentos para la mejora de la calidad en los Servicios de Salud.