

## ***Experiencia en la aplicación de indicadores de calidad en Hospitales Públicos de la República Argentina.***

Laurenza M. \*, Marracino C. \*\*

*El presente artículo se realiza en el marco del trabajo del equipo técnico del PICAM, conformado por el Dr. Antonio Gallesio, Coordinador Técnico; el Dr. Fernando Vázquez, investigador asociado; la Dra. Silvia Yarad consultora en gestión de calidad; la Dra. Gabriela Lourtau coordinadora PICAM-Baires; Lic. Mercedes Laurenza, Socióloga; Srta. Mariana Ríos, asistente técnico-administrativa.*

Tal como fue expuesto en el trabajo “*Indicadores para el monitoreo de sistemas de atención médica*” (Marracino, Abadie, Vera Figueroa, 2000)<sup>1</sup>, el monitoreo constituye una herramienta de evaluación sistemática de procesos y resultados, considerándose como uno de los más importantes instrumentos de gestión de garantía de calidad de las organizaciones, cualquiera sea el área de incumbencia de estas. Permite la mejor comprensión de los procesos organizacionales así como la identificación de factores de perturbación, lo cual facilita el rediseño del sistema. De esta forma se constituye el ciclo de la calidad descripta por A. Donabedian (1997): Diseño, Monitoreo, Rediseño.

El empleo de indicadores es el método que provee mayores facilidades al monitoreo. En este sentido en la Argentina desde el año 2005, a través del PICAM (iniciativa conjunta del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud - ITAES, y la Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud - SACAS) se viene acumulando experiencia y realizando el monitoreo sistemático de indicadores de calidad de la atención. Inicialmente desarrollándose en el ámbito de Establecimientos privados, ampliándose en el 2011 al ámbito público con la incorporación de Hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Para este último desarrollo se firmó un acuerdo marco entre las entidades responsables del PICAM, (ITAES y SACAS) y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires<sup>2</sup>. Se seleccionó un primer grupo de doce Hospitales, tanto zonales como interzonales, uno especializado y uno de alta complejidad, que comenzaron el envío de sus datos correspondientes a ese año.

La incorporación de los Hospitales Públicos al Programa implicó una adecuación del Manual de Indicadores de Calidad del PICAM, integrando las versiones anteriores (privada y pública) en un único manual aplicable a todo tipo de establecimiento de salud con internación. Esto se tradujo en un ajuste similar para las correspondientes Planillas de Transferencia y Carga.

La Planilla de Transferencia y Carga constituye el instrumento para la transferencia regular de los datos del establecimiento, los cuales luego son ingresados a la base de datos del Programa. Consiste en un archivo Excel de dos hojas provisto por el PICAM, con una primera hoja en la que se cargan los datos correspondientes al listado acordado para su informe y en la segunda, a partir de dichos datos, se generan automáticamente los valores provisorios de los indicadores del establecimiento. Una vez hecha la carga el archivo se remite vía correo electrónico al PICAM para su validación. En este punto

---

\* Licenciada en Sociología (UBA), Área Técnica PICAM e ITAES

\*\* Director PICAM

vale la pena remarcar que este procedimiento permite que los establecimientos cuenten con información de carácter provisoria en forma inmediata, lo cual les brinda la posibilidad de elaborar sus propias reflexiones antes de recibir la retroalimentación y correspondiente validación desde el PICAM.

Por otra parte, se dividieron los indicadores en básicos y complementarios, estableciéndose la obligatoriedad de la información de los primeros y siendo optativos los segundos, dadas las particularidades y dificultades que involucra la recolección de los datos necesarios para su construcción (ver indicadores agrupados por dominio en cuadro 1).

La respuesta de los Hospitales a la implementación del programa ha sido altamente positiva. Esto se expresa en el indicador “índice de completabilidad”, el cual vincula la cantidad de datos efectivamente informados con los que se deben informar. Su valor global (promedio) alcanza el 70% para el año 2011, con una dispersión, expresada a través de los valores de referencia, de 72,22 para el cuartil 25; 80 para la mediana y 90,48 en el cuartil 75.

De esta manera pudo constituirse la base de datos para Hospitales Públicos, denominada PICAM Baires, la cual suma en la actualidad 87.239 egresos y 2.199.868 consultas, cifras muy considerables para el poco tiempo que lleva desarrollándose el programa.

A partir de la recepción de los datos de todo el año 2011 de la amplia mayoría de los Hospitales, hemos podido elaborar valores de referencia específicos para el ámbito público (ver cuadro 1). Como se podrá observar algunos indicadores no cuentan con valores de referencia, lo cual se debe a que no se logró obtener un N suficiente para su elaboración. Es importante remarcar que, con la salvedad del indicador Porcentaje de reingresos no programados por la misma patología dentro de las 72 hrs. de alta, todos ellos pertenecen al grupo de “Indicadores Complementarios”, que como ya se mencionó son de carácter optativo para establecimientos públicos.

Este desarrollo posibilitó la realización de comparaciones con la realidad de los establecimientos privados, a través de valores globales por indicador. Al comparar los valores globales para el año 2011 de los establecimientos públicos con los de los privados (ver cuadro 2) se observan una serie de diferencias meritorias de un análisis pormenorizado. Aquí presentaremos sólo algunas reflexiones descriptivas de carácter inicial, acerca de las más significativas observadas en los indicadores: Razón de ecografía ambulatoria cada 1000 consultas, Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos (cesáreas + vaginales), Porcentaje de consultas de guardia o urgencia sobre el total de consultas del establecimiento, Promedio de días de estada de los egresos y Tasa de mortalidad neonatal en recién nacidos vivos de más de 2500 grs. (por 1000) (ver cuadro 2).

Consideramos que las diferencias presentes en los indicadores restantes requieren de una corroboración de carácter longitudinal en un período de mayor duración.

#### Análisis de diferencias por indicador.

##### *Razón de ecografías ambulatorias por 1000 consultas.*

Este indicador señala la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías de diagnóstico. Permite comparar comportamientos de los profesionales relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, pudiendo

reflejar también la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo. Asimismo, puede vincularse con otros factores, tales como los mecanismos de retribución profesional, como la forma de retribución pago por “acto médico”, “módulo”, “cápita”, “cartera fija”, entre otros, en la medida que los datos requeridos puedan ser obtenidos en dichos escenarios.

Existen estudios internacionales que indican que “la información diagnóstica ecográfica puede mejorar la atención a los pacientes de un modo eficiente”<sup>4</sup>, así como también mejorar la calidad asistencial<sup>5</sup>, con lo cual no debemos alarmarnos a priori si se observan valores mayores a los esperados.

En los Establecimientos privados el valor global, 74,09, resulta un 65% mayor que el correspondiente a los Hospitales Públicos, donde es de 48,74.

#### *Porcentaje de cesáreas sobre total de partos (vaginales más cesáreas)*

Este indicador permite evaluar el proceso de la atención médica obstétrica, funcionando al mismo tiempo como trazador de la calidad médica asistencial.

El nacimiento por medio de operación cesárea abdominal tiene como aspecto positivo el hecho de poder evitar obstáculos que de no eludirse comprometerían seriamente la condición fetal y materna. Sin embargo, la utilización exagerada de esta operación exacerba notablemente sus aspectos negativos, tales como la introducción de dificultades en la relación madre e hijo, retardo de la recuperación materna y su retorno al grupo familiar, retardo en la instalación de la lactancia materna, morbilidad postoperatoria, asociación con infección materna a veces severa, asociación con riesgo anestesiológico, y globalmente, aumento de la muerte materna asociada al nacimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud, no hay razones justificadas para que esta práctica supere el 10-15%, cualquiera sea la región del mundo de la que se trate. Sin embargo, tanto en países en desarrollo como en los desarrollados, se observan valores superiores al indicado por la OMS y con una tendencia ascendente<sup>6</sup>.

Para tomar una referencia a nivel país podemos observar el valor del indicador “nacimientos por cesáreas” presentado por la OMS en sus últimas Estadísticas Sanitarias Mundiales<sup>7</sup>. Mientras que en Argentina es del 23%, el valor de nuestro vecino Brasil alcanza el 50%, valor mayor aún que el de Estados Unidos que es del 33%. En Francia, por otro lado, el valor es del 21%.

En los H.P. participantes del programa PICAM se observa un valor de 24,88% de cesáreas sobre el total de partos realizados, siendo en los EP de 54,24%.

#### *Porcentaje de consultas médicas de guardia o de urgencia sobre el total de consultas del establecimiento.*

De acuerdo al análisis llevado adelante en el trabajo de Representatividad de Indicadores realizado en el PICAM (Vázquez, 2011)<sup>8</sup>, este indicador junto con la Tasa de accidentes laborales, tanto desde el punto de vista conceptual como estadísticamente (correlación), funcionan como trazadores respecto de la Seguridad del Paciente.

Asimismo, la existencia de desvíos en la distribución de las consultas médicas de urgencia podría estar indicando fallas en la provisión de servicios programados y en la atención ambulatoria de primer nivel, una escasa cobertura real y la consecuente inequidad en la atención.

En este caso el valor de los Hospitales Públicos, 33,83%, supera en un 66% al de los Establecimientos Privados que es 20,31.

#### *Promedio de días de estada de los egresos*

Este indicador nos permite conocer la duración de la internación de los pacientes y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo admisible o resulta extremadamente corta como para asegurar una eficaz acción. El promedio de días de estada depende de diversos factores, como el tipo de pacientes admitidos y la eficiencia de las unidades de diagnóstico y tratamiento, la morbilidad atendida, la técnica médico-quirúrgica, hábitos administrativos, etc.

Los valores globales observados para establecimientos públicos y privados son 5,87 para los primeros y 3,54 para los segundos. A la luz de estas cifras se profundizó el análisis, comprobando que las diferencias encontradas se corresponden con la forma de tratamiento de los datos. En el caso de los establecimientos públicos se encuentra normatizado el registro diferenciado de datos de aquellos pacientes con modalidad "Hospital de Día", mientras que en los establecimientos privados puede existir alguna dificultad a la hora de capturar los datos correspondientes. Es interesante considerar la conveniencia de, además de calcular el promedio de días de estada con el total de los egresos, calcular otro indicador donde se excluyan los egresos con un solo día de estada.

#### *Tasa de mortalidad neonatal en recién nacidos vivos de más de 2,500 grs. (x1000)*

Los Hospitales Públicos participantes del programa presentan un valor global de 2,19 fallecimientos cada mil nacidos vivos de más de 2500 grs., mientras que el valor de los Establecimientos Privados es de 0,85. Cabe pensar en la necesidad de profundizar algunos datos, tales como las características de la demanda, el nivel de complejidad de los establecimientos, el flujo de derivaciones de pacientes críticos, entre otros factores en los que, como en este caso, podrían estar influyendo en la comparabilidad de los resultados.

El único país en el que encontramos este indicador, tal cual se emplea en el PICAM, haciendo una distinción por grupos de peso al nacer, fue Estados Unidos. Allí el valor para el año 2006 fue de 0,8 fallecimientos cada 1000 nacidos vivos de más de 2500 grs.<sup>9</sup>.

#### Reflexiones finales.

El programa PICAM-Baires constituye una novedosa experiencia de monitoreo externo y trabajo en el mejoramiento de la calidad en el ámbito público de la salud, que nos permite aproximarnos a algunos aspectos de la realidad de los Hospitales Públicos, a través de lo observado en el lote de hospitales incorporados al PICAM. El hecho de haber obtenido los resultados que se describieron en este trabajo nos habla, no sólo de las facilidades operativas que presenta el programa, sino de la voluntad y disposición de los Hospitales y sus departamentos de estadística a utilizar la información con la que cuentan.

Como objetivos hacia el futuro, podemos mencionar el incremento progresivo de la información de los datos correspondientes a los indicadores complementarios, así como

la incorporación de otros H.P. de la propia provincia, como de otros niveles del ámbito estatal.

Si bien el camino del trabajo con indicadores de calidad en Hospitales Públicos recién comienza a recorrerse, consideramos que las perspectivas son positivas y que esta iniciativa resultará aún más fructífera en la medida en que los niveles de conducción y los jefes de los diferentes servicios, incorporen de manera sistematizada el monitoreo de indicadores como los del PICAM, como herramienta de toma de decisiones y gestión organizacional. Este constituye un importante desafío, no sólo para el ámbito de los hospitales públicos provinciales, sino también para los pertenecientes a otras jurisdicciones públicas.

#### Referencias bibliográficas.

- 1- Marracino C., Abadie J.P., Vera Figueroa M. (2000). *Indicadores para el monitoreo de sistemas de atención médica.*
- 2- Resolución n° 11112 n° 78/2010 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
- 3- Manual PICAM-Baires 2011.
- 4- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (1998) *Ecografía en Atención Primaria.* Madrid.
- 5- García Palomeque J.C., Ceballos Aragón J.M. (2011) *Aplicación de la ecografía pediátrica en Atención Primaria; interconexión con la atención hospitalaria.* Rev. Pediatría de Atención Primaria 2011; 13:359-66.
- 6- Maluf Patah L. E. y Malik Ana Maria (2011) *Models of childbirth care and cesarean rates in different countries.* Rev. Saúde Pública 2011; 45 (1)
- 7- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, Organización Mundial de la Salud. [www.who.int/gho/publications/world.../ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world.../ES_WHS2012_Full.pdf)
- 8- Vázquez F. (2011) *Evaluación de la representatividad de Indicadores de Calidad en hospitales de la República Argentina.* Disponible en [www.calidadensalud.org.ar](http://www.calidadensalud.org.ar) sección PICAM, capítulo: Monitoreo de Indicadores de Calidad para establecimientos Privados con internación
- 9- Health Indicators Warehouse <http://healthindicators.gov>

- Cuadro 1

<b>Valores de referencia definitivos, PICAM-Baires 2011.</b>			
<b>INDICADORES BÁSICOS</b>	<b>Cuartil 25</b>	<b>Mediana</b>	<b>Cuartil 75</b>
<b>DOMINIO: GESTIÓN ASISTENCIAL</b>			
<i>RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR MIL CONSULTAS</i>	32,95	41,70	65,96
<i>PORCENTAJE DE CESÁREAS SOBRE TOTAL DE PARTOS(CESÁREAS MAS VAGINALES)</i>	21,43	25,71	30,79
<i>PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS SIN EPICRISIS A LAS 72 HRS DE ALTA</i>	3,82	10,01	16,62
<b>DOMINIO: SEGURIDAD</b>			
<i>TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL (x 1000)</i>	64,86	96,19	122,23
<i>PORCENTAJE DE CONSULTAS MÉDICAS DE GUARDIA/URGENCIA</i>	26,15	32,46	41,93
<i>PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS</i>	67,83	73,74	83,53
<b>DOMINIO: GESTIÓN OPERATIVA</b>			
<i>ÍNDICE DE COMPLETABILIDAD</i>	72,22	80,00	90,48
<i>PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA DE LOS EGRESOS</i>	4,97	5,43	6,39
<b>DOMINIO: RESULTADOS</b>			
<i>PORCENTAJE DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS POR LA MISMA PATOLOGÍA DENTRO DE LAS 72 HRS. DE ALTA</i>	-	-	-
<b>DOMINIO: TIPIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</b>			
<i>PORCENTAJE DE PACIENTES DIA EN CUIDADOS CRITICOS</i>	9,81	12,80	17,65
<i>PORCENTAJE DE EGRESOS QUIRÚRGICOS</i>	23,95	30,82	45,00
<i>PORCENTAJE DE EGRESOS CON PARTO (VAGINAL + CESÁREA)</i>	24,01	26,50	30,05
<b>INDICADORES COMPLEMENTARIOS</b>	<b>Cuartil 25</b>	<b>Mediana</b>	<b>Cuartil 75</b>
<b>DOMINIO: SERVICIOS ESPECÍFICOS</b>			
<i>RAZÓN DE PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA</i>	0,78	1,48	2,46
<i>PORCENTAJE DE TURNOS QUIRÚRGICOS SUSPENDIDOS O POSTERGADOS POR MÁS DE 24 HS.</i>	5,34	9,43	17,61
<i>PORCENTAJE DE PACIENTES SIN DDI</i>	-	-	-
<b>DOMINIO: CUIDADOS CRÍTICOS</b>			
<i>TASA DE MORTALIDAD NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS DE MAS DE 2500 GR. (X1000)</i>	0,93	1,82	3,20
<i>ÍNDICE DE MORTALIDAD REAL SOBRE MORTALIDAD ESPERADA EN UTI ADULTOS (SEGÚN APACHE 2)</i>	-	-	-
<i>ÍNDICE DE MORTALIDAD REAL SOBRE MORTALIDAD ESPERADA EN LAS UCIP – SMR CON PIM2</i>	-	-	-
<i>ÍNDICE DE BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTER ENDOVENOSO CENTRAL EN UTI</i>	-	-	-

- Cuadro 2

<b>Comparativo valores globales 2011, Establecimientos privados PICAM y Hospitales Públicos PICAM-Baires</b>		
<b>INDICADORES</b>	<b>ESTAB. PRIVADOS</b>	<b>HOSP. PÚBLICOS</b>
<i>DOMINIO: GESTIÓN ASISTENCIAL</i>		
RAZÓN DE ECOGRAFÍAS AMBULATORIAS POR 1.000 CONSULTAS	74,09	48,74
PORCENTAJE DE CESÁREAS SOBRE TOTAL DE PARTOS (CESAREAS +VAGINALES)	54,24	24,88
PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS SIN EPICRISIS A LAS 72 HRS. DE ALTA	8,31	10,20
<i>DOMINIO: SEGURIDAD</i>		
TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL (POR 1.000 EMPLEADOS)	100,49	82,76
% DE CONSULTAS MÉDICAS DE GUARDIA O DE URGENCIA/ TOTAL CONSULTAS DEL ESTABLECIMIENTO	20,31	33,83
<i>DOMINIO: GESTIÓN OPERATIVA</i>		
ÍNDICE DE COMPLETABILIDAD	93,47	69,98
PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA DE LOS EGRESOS	3,54	5,87
<i>DOMINIO: RESULTADOS</i>		
% DE REINGRESOS NO PROGRAMADOS POR LA MISMA PATOLOGÍA DENTRO DE LAS 72 HS. DE ALTA	0,63	-
<i>DOMINIO: TIPIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS</i>		
PORCENTAJE DE PACIENTE-DÍA CUIDADOS CRITICOS	17,45	14,03
PORCENTAJE DE EGRESOS QUIRÚRGICOS	43,71	23,55
% DE EGRESOS CON PARTO (VAGINAL + CESÁREA)	10,66	28,32
<i>DOMINIO: SERVICIOS ESPECÍFICOS</i>		
RAZÓN DE PRÁCTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA	1,30	1,45
% DE TURNOS QUIRÚRGICOS SUSPENDIDOS O POSTERGADOS POR MÁS DE 24 HS	9,15	10,42
<i>DOMINIO: CUIDADOS CRÍTICOS</i>		
TASA MORTALIDAD NEONATAL R.N DE MÁS DE 2500 grs. (x 1.000)	0,85	2,19
ÍNDICE DE MORTALIDAD REAL sobre MORTALIDAD ESPERADA EN UTI ADULTOS (según APACHE 2)	0,76	-