

Resolución 54/2003

Buenos Aires, 20 de Junio de 2003.

VISTO el Expediente N° 1-2002-2996-03-2 del Registro del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías, normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud e Instrumentos normativos que contribuyan al proceso de garantía de calidad en los Servicios de Salud.

Que la presente GUIA DE INDICADORES BASICOS DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, representa la primer etapa de producción en este tema, en el marco del componente de evaluación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Que el proceso de desarrollo de Indicadores es dinámico y por lo tanto amerita la puesta en práctica de los mismos a los fines de incorporar y mejorar los instrumentos para instituir una cultura de evaluación de calidad en los servicios de salud.

Que el escenario del Sector Salud en nuestro país, requiere un proceso de articulación armonizada en el uso de indicadores con el objeto de alcanzar estándares nacionales de calidad y lograr la mejora en la calidad de la atención.

Que la presente Guía aportada por la Sociedad Argentina de Calidad en Salud se consensuó y optimizó con la participación de profesionales y áreas del Ministerio de Salud como Dirección de Estadísticas, Dirección de Epidemiología, Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, Superintendencia de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Servicio Social para Jubilados y Pensionados, Programa VIGIA; así como las Entidades Científicas, Prestadoras de Servicios y Financiadores del Sector Salud que participan de la Comisión creada por Resolución Ministerial 649/02.

Que la Comisión Asesora permanente citada precedentemente y convocada a tal fin, desarrolla y desarrollará los Instrumentos necesarios para su implementación y los actualizará de acuerdo a los requerimientos que de su práctica surjan.

Que la presente guía consensuada, constituye material para el desarrollo de investigaciones operativas, en el marco de las "Becas de Investigación Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" de este Ministerio.

Que la DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la GUIA DE INDICADORES BASICOS DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Que la SUBSECRETARIA DE POLITICAS DE REGULACION Y FISCALIZACION, COORDINADORA DEL PROGRMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE POLITICAS REGULACION Y RELACIONES

SANITARIAS, han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que LA DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la Ley de Ministerios T.O. 1992", modificada por Ley Nº 25.233.

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º- Apruébase la GUIA DE INDICADORES BASICOS DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º- Incorpórase la GUIA DE INDICADORES BASICOS DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, que se aprueba en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

ARTICULO 3º- Difúndase a través de la Coordinación General del Programa el citado Instrumento, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2º precedente.

ARTÍCULO 4º- Agradecer a la SOCIEDAD ARGENTINA PARA LA CALIDAD EN SALUD (SACAS), COMISION INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA (CIDCAM), DIRECCION GENERAL DE FISCALIZACION Y REGULACION DE LA SECRETARIA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, por el aporte brindado.

ARTÍCULO 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese en el Boletín Oficial, y archívese.

EXPEDIENTE Nº 1-2002-2996-03-2

RESOLUCIÓN Nº 054/03.

ANEXO

GUIA DE INDICADORES BASICOS DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Introducción :

La reforma del Sector Salud y la definición de nuevos roles para los niveles centrales a medida que progresa la descentralización, provoca la demanda sobre el mejoramiento de la calidad de la gestión en las organizaciones. Uno de los procedimientos que concita mayor atención es la evaluación de la misma.

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

La utilización adecuada de criterios, indicadores y estándares acompañados de otros procedimientos y herramientas pertinentes, constituye un instrumento poderoso para sustentar la gestión, mejorar la misma y desarrollar las instituciones. También la efectiva participación de los usuarios en el proceso de evaluación fortalece el desarrollo organizacional.

La base de todo mejoramiento de calidad radica en comparar **objetivamente** aquello

que se debe hacer con lo que realmente se ha hecho.

La utilización de indicadores permite instaurar un sistema para recopilar datos objetivos y significativos, desde la estructura, los procesos y los resultados, su análisis e interpretación y las maneras de incorporarlos dentro de un programa de mejoramiento de la calidad.

Conceptualmente, los indicadores son parámetros que sirven como referencia tanto para evaluar la calidad de la gestión administrativa como el desempeño clínico y están relacionados con los medios (estructura), con los procesos (clínicos y administrativos) y los resultados (producto)

Son una herramienta para el mejoramiento de la Calidad, que nos indican hasta qué punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los clientes o usuario.

El uso de indicadores puede responder a distintos requerimientos, como ser:

- Medir la realidad de un establecimiento o un conjunto de actividades.
- Definir metas de proyectos y/o programas.
- Construir referencias comparativas respecto de las realidades observadas.

En el marco de los componentes del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) se encuentra el de monitorear, medir, controlar y mejorar continuamente la calidad de la atención médica para garantizar el desempeño de los servicios del sistema de salud.

Uno de los objetivos del PNGCAM es definir y proponer una serie de indicadores básicos que sean útiles y prioritarios para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, dando mayor preferencia a aquellos que tengan mayor impacto social y/o económico y arribar a pautas de consenso general de los mismos con las jurisdicciones y sectores del sistema de salud.

Para ello, en esta primera instancia, incorporamos indicadores de calidad de la atención y desempeño clínico, "la que posteriormente será complementada en otra guía con indicadores de gestión o administrativos".

Requisitos que deben cumplir los indicadores:

- **Relevancia:** Sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.
- **Precisión:** La medición se desvía poco o nada del valor real.
- **Sensibilidad:** El indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia.
- **Especificidad:** Es poco afectado por la acción de otras variables.

Forma de los indicadores:

Los indicadores son cocientes entre un valor incluido en el numerador y otro en el denominador, y pueden adoptar la forma de:

- **Razones:** Cuando los hechos incluidos en los dos términos del cociente son de diferente naturaleza.
EJ: consulta/egresos.
- **Proporción:** Cuando el numerador está incluido en el denominador.
EJ: Número de Rx. Con signos patológicos/Total Rx tomadas.
- **Tasa:** Cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo (muerte, enfermedad, accidentes, etc.) en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo durante un período especificado (generalmente un año).
EJ: Tasa de internaciones = Número de internaciones/total de beneficiarios.

En cualquiera de los tres casos puede hacerse indispensable multiplicar el cociente por 10 o una potencia de 10 con objeto de disponer de un número inteligible y manejable.

En función de la experiencia empírica y/o de acuerdos internacionales se emplean coeficientes por 100.000 (tasas de mortalidad por causas específicas), por 1000 (tasas de natalidad, de mortalidad general) o por 100 (tasas de egresos hospitalarios)

Para las tasas de utilización de prácticas de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad, se utilizan relaciones por 10.000, dado los bajos valores de esas prestaciones.

INDICE

INDICADORES BASICOS

- Razón de prácticas ambulatorias de laboratorio por consulta.
- Razón de ecografías ambulatorias cada mil consultas.
- Porcentaje de consultas de guardia o de urgencia.
- Promedio días de estada de los egresos.
- Porcentaje de cesáreas.
- Tasa de mortalidad neonatal ajustada por peso.
- Índice de mortalidad / mortalidad esperada en UTI adultos
- Porcentaje Historias Clínicas sin epicrisis a las 72 horas del alta.
- Porcentaje de cirugías suspendidos o postergados por más de 24 hs.
- Tasa anual de accidentes de trabajo del personal.
- Porcentaje de egresos voluntarios y por fugas.
- Porcentaje de reingresos no programados por la misma patología dentro de las 72 horas de alta.

TIPO Y DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Esta guía establece un primer grupo de **Indicadores**, denominados **Básicos**, a fin de lograr una aproximación al problema que existe en la vigilancia de los procesos de la atención médica; esto es el déficit en la recolección sistemática de información que sirva para la mejora continua de los mismos.

Se establecen indicadores de conducta diagnóstico- terapéutica para la evaluación del desempeño profesional, efectividad clínica y gestión administrativa. La propuesta está dirigida a cubrir la relación entre el desempeño clínico y las enfermedades prevalentes.

"El desempeño clínico" es entendido como las conductas prescriptivas de diagnóstico y terapéutica.

Los indicadores de satisfacción y seguridad de los pacientes, señalan la opinión y participación de los principales actores del sistema de atención médica, y sirven para medir la calidad del proceso asistencial.

Esta guía establece un primer grupo de **Indicadores**, denominados **Básicos**, a fin de lograr una aproximación al problema que existe en la vigilancia de los procesos de la atención médica; esto es el déficit en la recolección sistemática de información que sirva para la mejora continua de los mismos.

Se establecen indicadores de conducta diagnóstico-terapéutica para la evaluación del desempeño profesional, efectividad clínica y gestión administrativa. La propuesta está dirigida a cubrir la relación entre el desempeño clínico y las enfermedades prevalentes.

El desempeño clínico" es entendido como las conductas prescriptivas de diagnóstico y terapéutica.

Los indicadores de satisfacción y seguridad de los pacientes, señalan la opinión y participación de los principales actores del sistema de atención médica, y sirven para

medir la calidad del proceso asistencial.

INDICADORES BÁSICOS

RAZÓN DE PRACTICAS AMBULATORIAS DE LABORATORIO POR CONSULTA

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

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.

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 practicas 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 confusión (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.

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: Prestacion de enfermería en la guardia a pacientes ambulatorios.

Fundamento: este indicador señala la existencia o no de desvíos en la distribucion 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.

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 (clínico, quirúrgica, terapia intensiva, etc)

Incluye:

LA TOTALIDAD DE LOS DIAS 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 DIA DE ESTADA.

Excluye:

Recién nacido normal.

Pacientes en observacion 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.

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.

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 dificultoso 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.

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 más 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.

Apache II:

Esta fue la segunda versión del sistema Apache, la cual fue usada extensivamente y se convirtió en punto de referencia en la literatura. El score fue publicado en 1985 estudiado en 5815 ingresos en 13 hospitales de USA. Se utilizaron los métodos de análisis multivariado para reducir el número de variables fisiológicas a 12. El outcome fue mejor definido: la evolución del paciente al alta hospitalaria. La estructura del Apache II comprende la evaluación de 12 variables agudas, la edad según intervalos, los antecedentes del paciente y la causa de ingreso a UTI. Los peores valores del Acute Physiology Score (APS) en las primeras 24 hs desde la admisión a UTI son considerados para establecer los puntos del mismo. No se hacen ajustes posteriores al curso clínico del paciente.

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.

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).

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 practicadas en la misma.

Excluye:

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

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 adecuadamente, 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.

TASA ANUAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO 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: Trabajadores siniestrados en los últimos 12 meses x 1000.

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 objetivo 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 presume que la misma se extiende a otro tipo de dificultades similares que aquejan a los pacientes.

Incluye:

Registro de personas siniestradas: es la forma adoptada para el registro de los siniestros laborales contemplados por el sistema de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (Ley N° 24.557), siendo la unidad de conteo cada persona accidentada o siniestrada con motivo o en ocasión de su empleo -incluye los accidentes de trayecto o in itinere y las enfermedades profesionales-, y las dimensiones relevadas son las previstas por las Resoluciones N° 78 y N° 204 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT). El instrumento de recolección de la información para el registro es el formulario de denuncia del accidente que debe completar el empleador en ocasión de un siniestro laboral. La responsabilidad en la captura de la información es de las Aseguradoras. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo compila y almacena los datos provistos por las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART).

Lesiones profesionales: son las lesiones sufridas por los trabajadores y producidas por accidentes ocurridos por motivo o con ocasión del empleo -accidentes de trabajo y de trayecto- y por las enfermedades profesionales -contenidas por el Decreto 658/96.

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 las certezas 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,

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

NOTA TECNICA

Efecto de confusión (confounding): error introducido en la investigación por la presencia de factores de confusión.

Factor de confusión: es una variable que se asocia tanto con el factor en exposición como con el evento en estudio, distorsionando la asociación existente entre estos dos, e introduciendo un error en la investigación llamado efecto de confusión.

La Incorporación de la clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10)

A partir de la información del año 1997 las causas de muerte se codifican según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud- Décima revisión (CIE-10).

El Programa Nacional de Estadísticas de Salud ha adoptado la CIE-10 para la codificación de causas de muerte a partir del año 1997 y para la codificación de diagnósticos de egresos de los establecimientos con internación que informan al Programa, desde el 1 de enero de 1998.