

INDICADORES PARA MONITOREO DE SISTEMAS DE ATENCION DE LA SALUD

*Dr. Camilo Marracino**, *Dr. Juan P. Abadie***, *Dr. Miguel Vera Figueroa****

INDICE

[ANTECEDENTES](#)

[MARCO CONCEPTUAL](#)

[TIPOS DE MONITOREO](#)

- Monitoreo gerencial de operatorias o procesos
- Monitoreo gerencial de resultado

[INDICADORES](#)

- Indicadores de utilización y consumo de los beneficiarios
- Indicadores de conductas prescriptivas de diagnóstico y de tratamiento
- Estimación de costos
- Indicadores de satisfacción de los beneficiarios y prestadores
- Indicadores de resultados epidemiológicos
- Indicadores de resultados clínicos

[BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA](#)

[BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA](#)

[GLOSARIO](#)

Antecedentes

A partir de distintas experiencias de evaluación, surgió la necesidad de desarrollar un estudio sobre indicadores para el monitoreo de sistemas organizados por entidades financiadoras de coberturas médicas: Mutuales, obras sociales, seguros privados; o de redes de efectores de atención (Marracino, C y col., 1998).

El término monitoreo se trata de un neologismo procedente de la lengua inglesa cuyo empleo en el campo de la evaluación de la calidad fue descrito en diversos trabajos, principalmente del Prof. Donabedian (Donabedian, A., 1988)[1].

El objeto de este documento es mostrar la aplicación del monitoreo **como herramienta de gestión en los sistemas de salud**.

Nos referiremos al monitoreo de sistemas, encarado desde el ente financiero de coberturas o redes de servicios, para poblaciones determinadas. No se incluye el monitoreo de efectores propios o prestadores institucionales que requieren un análisis independiente (Paganini J.M. y Novaes. OMS-OPS 1992).

Recordemos que en los últimos años se han introducido nuevas terminologías respecto de estos temas que plantean, además, la necesidad de equiparar conceptos y semánticas con los utilizados en la bibliografía internacional.

Entre los antecedentes es importante recordar el diseño del Sistema de Estadística de Salud de Obras Sociales de la República Argentina (INOS-S.E.S.O.S., 1985). El mismo contenía 12 indicadores relativos a: Utilización, Costos, Producción y Calidad, que debían ser elaborados, analizados e informados sistemáticamente por las Obras Sociales Nacionales al INOS[2] para conformar una base de datos centralizada. Este sistema aún hoy está parcialmente vigente.

Durante las últimas décadas se produjeron cambios en los modelos contractuales entre las entidades financiadoras y los prestadores (médicos, clínicas y hospitales), con la aplicación de la denominada **modalidad por cápita: valor fijo mensual por cada beneficiado incluido en el contrato**. Esta circunstancia impulsó el desarrollo de indicadores de utilización y costos que permitieron reunir experiencias sobre sus beneficios (Marracino C. Ministerio de Salud, 1998).

En el ámbito internacional, en la década de los '90, y en especial en EE.UU, se desarrollaron y aplicaron conjuntos de indicadores para el monitoreo médico-clínico y la gestión de programas de salud.

El modelo americano de atención médica (Bosch, S.; Vazquez, E.. Ministerio de Salud 1992) se basa en el desarrollo de múltiples empresas privadas en competencia por la captación de población con capacidad de pago. Este sistema es diferente a los modelos unificados y solidarios como los europeos o canadiense (Freeman R. 1998). Por ello, en EE.UU. fue necesario contar con indicadores de resultados sobre la eficiencia y efectividad de los servicios contratados. Más aún, al dispararse los costos de la atención médica, fue indispensable disponer de elementos precisos para orientar al público y a los empleadores sobre la calidad de los servicios a contratar (esencialmente los HMO's o Health Maintenance Organization[3]) y, también para establecer pautas de acreditación. Un ejemplo es el HEDIS 3.0 (Health Plan Employer Data and Information Set - 1996[4]) que es un conjunto de indicadores de resultados desarrollado por la NCQA (National Community Quality Assurance - 1996) a mediados de la década del '90. Fue creado con el fin de proveer un instrumento apto para la gestión de calidad y para comparar los planes de cobertura de salud disponibles en EE.UU. La propuesta incluye indicadores de resultados para ocho grandes grupos de atributos, cuya profundidad exige un grado de desarrollo muy alto al sistema de información:

ü efectividad

ü accesibilidad

ü satisfacción

ü costos

ü continuidad de la atención

ü cambios de planes

ü utilización

ü cobertura

Otro ejemplo es el proporcionado por la Universidad de Harvard que ha desarrollado un formidable conjunto de bases de datos para la evaluación de problemas, patologías y procedimientos, bajo el común denominador de programa CONQUEST 2.0 (Computerized Needs Oriented Quality Measurement Evaluation System)[5]. Su objetivo es evaluar el desempeño clínico de entes públicos y de los HMOs[6], interesados en los programas de garantías de calidad. Esencialmente es una base de datos disponible en la red electrónica, con

capacidad de crecimiento en la medida que los grupos de expertos incluyan indicadores nuevos con relación a patologías o procedimientos.

En nuestro medio la Seguridad Social ha impulsado, en la década de los 90, las tercerizaciones de servicios[7], que generó, el desarrollo de los **modelos gerenciados**[8]. En consecuencia, los programas informáticos y de gestión incluyeron la búsqueda de esquemas de monitoreo para evaluar los servicios contratados. En muchas ocasiones los sistemas de información fueron diseñados sin tener en cuenta la obtención de indicadores de resultados específicos.

De los antecedentes señalados se deduce que se debería diferenciar los indicadores "administrativos" y los "clínicos".

La existencia de indicadores de gestión e indicadores de desempeño clínico son dos líneas paralelas y complementarias para los programas destinados al mejoramiento de la calidad.

El primer enfoque se refiere a los programas de "gestión de calidad" destinados a mejorar la calidad desde la organización de los sistemas, como el HEDIS o nuestra propuesta. El segundo caso se refiere a los programas de "garantías de calidad" donde el enfoque está más ligado a la eficacia y efectividad. Son ejemplos los trabajos de A. Donabedian y el sistema CONQUEST.

Por último, existe un trabajo llamado "Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud", producido por la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS), elaborado por James C. Knowles, Charlotte Leighton, y Wayne Stinson. Este trabajo está destinado a la evaluación de los procesos de reforma de los sistema de salud, y no al monitoreo de la gestión de dichos sistemas. Está dirigido centralmente a los sistemas financiados por el sector público.

Marco conceptual

El monitoreo es una de las herramientas de evaluación que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Está considerado como uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza.

Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño del sistema mismo, como consecuencia de la identificación de los factores de perturbación. De esta forma se constituye el ciclo de la calidad descrita por Donabedian A. (1997): Diseño, Monitoreo, Rediseño.[9]

Conviene recordar uno de los conceptos de A. Donabedian sobre calidad de la atención médica: "el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles", que es complementado, por el mismo autor, con la identificación de los elementos o atributos que incluye esa concepción: equidad, efectividad, eficacia, eficiencia, aceptabilidad y legitimidad[10].

La aplicación del monitoreo permite disponer de información e índices derivados de los procesos administrativos, posibilitando un análisis más racional de los mismos.

El empleo de **indicadores es una expresión matemática, generalmente un cociente como ser: tasa, proporción o razón (aunque puede ser otro valor lógico), que cumple con las reglas de:**

ü Relevancia: sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.

ü Precisión : la medición se desvía poco o nada del valor "real"

ü Sensibilidad : el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia

ü Especificidad: es poco afectado por la acción de otras variables.

Para el caso de **los indicadores de gestión** que se describen en este documento, estos requisitos y principalmente el último, expresan cuantitativamente una relación que permite llamar "objetivamente" la atención sobre un problema o aspecto relevante del mismo. Son la expresión significativa de los problemas de gestión. Son útiles para procesar y comparar a través del tiempo el desempeño de un sistema de salud.

Para mejorar ese monitoreo será necesario contar con **un conjunto de indicadores** que abarquen la problemática en toda su extensión.

En síntesis, el marco conceptual adoptado en este trabajo es el de la evaluación de la gestión y resultados de un sistema de atención médica, a través del monitoreo de indicadores preestablecidos. Se han tomado como referencia los indicadores útiles y prioritarios para el gerenciamiento de financiadores de coberturas que proveen servicios a través de redes de prestadores

Sin embargo, con mínimos cambios y adecuaciones, podrán ser empleados para otros modelos de financiación de servicios o para analizar globalmente un sistema regional o provincial de salud.

Una vez obtenidos los indicadores de gestión es necesario relacionarlos y compararlos con valores estándares y observaciones promedio obtenidos de la propia experiencia o de otras consideradas como los mejores desempeños^[11]. Las diferencias observadas y sus explicaciones son la esencia del monitoreo.

Tipos de monitoreo

El nivel central de conducción de una empresa y los niveles intermedios deben contar con información adecuada para auscultar la marcha de la organización y para corregir los procesos, en función de garantizar el resultado empresario.

En una empresa de servicios de salud se requerirán indicadores diferenciados: para los niveles intermedios de supervisión de los prestadores contratados y para los niveles superiores de la organización como responsables de evaluar los resultados finales o de impacto del sistema sobre la población beneficiaria.

Esta diferencia de perspectiva en los niveles de conducción justifica discriminar dos grandes tipos de monitoreo:

ü **monitoreo gerencial de operatorias o procesos**

ü **monitoreo gerencial de resultados**

El primero está destinado a los niveles de supervisión y de gerencia departamental que requieren de un monitoreo centrado principalmente en la evaluación de indicadores de alarma o vigilancia de los procesos a su cargo. También necesitan algunos indicadores de resultados para evaluaciones individuales o selectivas.

El segundo está pensado para los niveles superiores de conducción que necesitan un monitoreo de resultados, centrado en la evaluación de indicadores regionales, programáticos o globales, que orienten sobre la evolución y cumplimiento de los objetivos de la institución.

La presión por el análisis o solución de los casos o procesos activos, es quizás una de las causas por las cuales ha quedado relegado el monitoreo gerencial de resultados, que en definitiva es el menos desarrollado y conocido. Describimos ambas pero enfatizamos el análisis de este último, sin que por ello se le reste importancia al monitoreo de la operatoria.

Monitoreo gerencial de operatorias

El término operatorias proviene del ámbito bancario e incluye los circuitos, formularios, normas y organización relativas a un proceso administrativo, que en nuestro caso se puede extender a los procesos de desempeño clínico.

El monitoreo gerencial de operatorias comprende, por todo lo expuesto, **la evaluación de procesos a través de indicadores de vigilancia y alarma** . Requiere un adecuado soporte informático, que provea datos para la detección de los desvíos de cada proceso.

Los indicadores y señales de alarma a utilizar responderán por lo tanto al modelo de operatorias implementadas y a las facilidades informáticas disponibles. Ambas condicionan múltiples alternativas, cada una de las cuales pueden dar lugar a indicadores distintos. En general, este nivel de monitoreo es el que reclama mayor interés y cargas de trabajo a las gerencias, dado que responde a procesos y actividades administrativas referidas a casos individuales que requieren decisiones impostergables.

En el Cuadro Nro. 1 se mencionan una serie de operatorias y procesos de uso frecuente en los sistemas de atención médica y correlativamente algunos indicadores de alarma y vigilancia útiles para cada uno de ellos.

Cuadro Nro.1 - Monitoreo gerencial de operatorias

Operatoria	Indicador [12]
Consulta Ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Tardanza en la asignación de turnos • Rechazos de atención
Consulta de Urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tardanza en la atención efectiva o llegada del "equipo" al domicilio
Autorización de prácticas <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorias • Alta Complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras en la asignación de turnos • Prácticas que no se correlacionan con el diagnóstico • Solicitudes de los profesionales por encima de los estándares.
Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con días de estada superior al estándar • Casos con complicaciones infecciosas u otras.
Control de padrones de afiliados	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes no incluidos en los padrones. • Pacientes incluidos indebidamente en los padrones
Auditoría de facturación	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de débitos. [13] • Principales causas de débitos.

Monitoreo gerencial de resultados

.. Información básica

Aunque las fuentes de datos estadísticos son múltiples, la que genera la mayor proporción de información es la que va ligada a la producción de los servicios (informes estadísticos y facturación de prestaciones) y su relación con la estructura de la población cubierta (padrones y censos de afiliados). Estos temas son tratados a continuación como información básica necesaria para la construcción de los indicadores.

Es conveniente recordar que la calidad de la información está en relación con la fuente de los datos y con la modalidad de pago a los servicios contratados. Por ejemplo, algunos modelos de

atención tendrán tendencia al sobregistro de prestaciones, como son los basados en pago por acto profesional y, otros, al subregistro, como son los apoyados en prestadores asalariados o los relacionados con presupuestos capitados[14]. Por lo tanto esta información, aparte de constituir la base de datos para la construcción de los indicadores, es en sí misma objeto del monitoreo, a través de listados, tabulados o proporciones.

La informática y los medios electrónicos actualmente son el soporte inevitable de la información, en particular cuando es voluminosa, como la que debe manejar quien desea monitorizar un sistema de salud. Es más, presta gran ayuda al momento de sistematizar rutinas o hacer vigilancia bajo determinados estándares.

“ Estructura demográfica

Desde el punto de vista de la información básica, los aspectos demográficos prioritarios son los estructurales: magnitud y distribución interna por edad y sexo

Configuran el principal factor condicionante de la demanda de prestaciones y se refieren a **la pirámide de población** que es la forma gráfica de presentar esa estructura. De ella depende fuertemente la cuantía y calidad de los problemas a resolver, a la vez que, en un proyecto inteligente, configura el principal recurso para orientar las soluciones.

Debe responder fundamentalmente a tres preguntas sobre la constitución de la población cubierta:

§ **¿Cuántos son?** Se refiere a la cantidad total de población beneficiaria cubierta por el sistema. La respuesta, condicionará la cantidad de recursos necesarios (humanos, materiales, económicos) para satisfacer la demanda de servicios de esa población. Por otra parte ese total sufrirá variaciones en el tiempo, por las altas y bajas que se produzcan por cualquier causa (deserción, nacimiento, fallecimiento).

§ **¿Dónde están?** Es la distribución geográfica de esa población. La ubicación de la gente será un fuerte condicionante de la oferta, porque puede tratarse de población urbana o rural con distintas características socioculturales.

§ **¿Quiénes son?** Cuestión vinculada con la distribución interna que identifica a los grupos de riesgo (niños, ancianos) pero también la categoría de afiliación al sistema (titular, grupo familiar, adherente) o a la clase del plan acordado. A modo de ejemplo se mencionan los tabulados prioritarios que pueden efectuarse desde los padrones de la población cubierta:

ü *Relación entre afiliado titular y su grupo familiar*

ü *Población beneficiaria por edad y sexo según tipo de afiliación*

ü *Población beneficiaria por localidad según condición del beneficiario.*

ü *Cantidad y tipos de beneficiarios en los últimos años*

ü *Bajas de beneficiarios según causas por tipo de beneficiarios.*

Recordemos que esta información debe poseer un sistema de actualización activa y periódica cuidadosamente verificada.

Además, de estos aspectos estructurales, es posible identificar **los grupos de riesgo**[15] así como aspectos que habitualmente se incluyen en la demografía dinámica como las llamadas estadísticas referidas a defunciones, que en este trabajo están incorporadas a los indicadores epidemiológicos.

“ Estadística de producción.

Estos datos tienen relación con los programas de estadística tradicional de la literatura internacional, y están vinculados con la modalidad de pago que se hubiera acordado entre el organismo financiador y los prestadores de servicios.

En nuestra concepción abarca la recolección, tabulación y análisis de:

- *Consultas ambulatorias (en consultorio y en domicilio) de los médicos de primer nivel.*
- *Consultas ambulatorias de especialistas; cantidad de principales prácticas y/o las más complejas de cada especialidad.*
- *Prestación de laboratorio ambulatorio: cantidad de pacientes asistidos, tipos de análisis realizados.*
- *Prestación de diagnóstico por imágenes ambulatorias: cantidad de pacientes, cantidad de estudios, simples y contrastados, ecografías, tomografías y otros.*
- *Internaciones en establecimientos de 2º nivel y de alta complejidad. Por establecimiento: cantidad total de egresos y días de estada; discriminados por: partos y cesáreas; egresos clínicos, quirúrgicos, de UTI [\[16\]](#), alta complejidad; fallecidos; y derivados.*
- *Egresos según patología por período considerado*
- *Informes de hospitalización*
- *Alta complejidad: cantidad de pacientes asistidos en ambulatorio e internación, con detalle de prácticas (cirugía cardiovascular, transplantes, neurocirugía, gran quemado y otros)*
- *Internaciones domiciliarias y otras prestaciones domiciliarias (visitas de enfermería, urgencias)*
- *Acciones efectuadas según programas de atención primaria (cantidad de hogares incluidos y visitados por el grupo de salud).*

Como condicionante indispensable para obtener esta información es necesario tener un adecuado registro y padrón de prestadores con las altas, bajas y modificaciones de importancia que se produzcan.

A partir de esta información, y sin emplear otros datos, se puede analizar:

- § la variación estacional en la producción,
- § los prestadores que concentran prestaciones
- § las variaciones en la producción de cada prestador
- § el cumplimiento de las metas de producción.
- § la supervisión de los programas de atención primaria
- § realizar el mapeo de las patologías prevalentes.

“ Facturación de servicios.

Muchos sistemas de atención médica están organizados sobre la base de un modelo de contratación entre los financiadores de coberturas (Seguridad social, sector privado o estatal), y prestadores privados o estatales. A través de distintas modalidades: por prestación o acto profesional, por módulo o por capitación[17].

La relación económica se rige por acuerdos arancelarios incluidos en los contratos que dan origen a las operatorias de facturación, generalmente mensuales, que proporcionan información económica y estadística sobre la cantidad de prestaciones y su valor económico.

Muchas veces la información de la facturación es la única disponible sobre producción. En estos casos se requiere un especial análisis para ser considerada como estadística de producción real, así como para compatibilizar las unidades de medida utilizadas. Sin embargo es información relevante para valorar el funcionamiento económico del sistema.

El seguimiento y monitoreo de los sistemas de facturación, auditoría, imputación y pago tienen operatorias propias e integran la temática del monitoreo operativo.

Para el **monitoreo gerencial de resultados** corresponde obtener información sobre:

- *Facturación mensual de prestaciones agrupadas por área geográfica, por conjunto de prestadores y por lugar de atención: consultorio externo, internación, hospital de día .*
- *Débitos y observaciones económicas efectuadas sobre la facturación.*
- *Variaciones en la facturación de los principales prestadores y su relación con los cambios tecnológicos introducidos por los mismos.*
- *Variación de la facturación y su relación con cambios introducidos en el sistema (aranceles, controles, educación, nuevos prestadores, etc.).*

INDICADORES

Los indicadores que se describen están constituidos por razones, proporciones y tasas. Son cocientes entre un valor incluido en el numerador y otro en el denominador.

§ *Cuando los hechos incluidos en los dos términos del cociente son de diferente naturaleza, hablamos de razones, por ejemplo, **la razón consulta / egresos**.*

§ *Cuando el numerador está incluido en el denominador, hablamos de una proporción. Por ejemplo, **el número de Rx con signos patológicos / total de Rx tomadas**.*

§ *Cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo (muerte, enfermedad, accidente, etc) en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo durante un período especificado (generalmente un año), hablamos de tasa. **Tasa 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 el objeto de disponer de un número inteligible y manejable.

En función de la evidencia empírica y/o de acuerdos internacionales se emplean coeficientes por 100.000 (tasas de mortalidad por causas específicas): por 1.000 (tasas de natalidad, de mortalidad general), por 100 (tasa de egresos hospitalarios).

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

Muchos indicadores pueden ser utilizados para varios fines, no obstante hemos adoptado el criterio de incluirlos en el capítulo en el cual resultan más relevantes.

INDICADORES DE UTILIZACION Y CONSUMO DE LOS BENEFICIARIOS

Las tasas de utilización pueden obtenerse a través de procesos estadísticos o por elaboración de datos obtenidos por encuestas a la población (Perrone N., 2000).

Las tasas de uso están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstico- terapéutica de los prestadores. Existe una interrelación estrecha entre ambas conductas ya que a partir de la demanda inicial de los afiliados son los profesionales quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento.

Por ello, las tasas de uso miden primariamente la demanda de atención de la población y secundariamente, pero quizás no tanto, el comportamiento de los servicios y efectores de atención médica.

Las necesidades de atención y la demanda consecuente depende de las condiciones de edad, sexo incidencia y prevalencia de patologías, de factores culturales, socioeconómicos y de la percepción de la salud y enfermedad que posean las personas.

La elección de los indicadores responde a los objetivos del monitoreo. Por ejemplo, si el objetivo es monitorizar la demanda global de la población, los indicadores de elección serán aquellos referidos a la utilización de consultas o de egresos.

Para el monitoreo de las conductas prescriptivas diagnóstico- terapéuticas se ha desarrollado un capítulo especial dado que las tasas de utilización no son los indicadores más específicos para ese monitoreo. En cambio, si el objetivo es monitorizar los costos será necesario recurrir, para su elaboración, al conjunto de indicadores de utilización de prácticas y prestaciones.

Descripción de los indicadores prioritarios

Todos los indicadores de este capítulo son tasas donde el denominador son los beneficiarios bajo cobertura y el numerador corresponde a las unidades de medición estadística adoptado por cada sistema.

q *CONSULTA POR BENEFICIARIO AÑO.*

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de consultas de un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} = \text{Cons/Benef/año}$$

Descripción:

Se aplica al conjunto de la población beneficiaria o a cualesquiera de sus partes: por área geográfica, grupo de edad y sexo o grupo de riesgo.

No es indispensable esperar a que transcurra un año completo para obtenerla si la población es de cierta magnitud. Un período más breve posibilita una estimación o proyección anual con un margen de error razonable, siempre que se tomen en cuenta variaciones estacionales.

Es un **excelente indicador de "consumo" y accesibilidad de servicios**, pues la consulta médica marca la tendencia del público para demandar atención, a la vez que señala también en qué medida los servicios están accesibles.

En función de lo expuesto, conviene obtener este indicador según sus diferentes tipos: consultas a médicos de cabecera, consultas a especialistas, o consultas de urgencia.

En general, las consultas a médicos especialistas dependen de la estructura del sistema. Deberían originarse por la derivación de los médicos de cabecera, si existen, y por lo tanto deben ser comparativamente de valor mas bajo. En cuanto a las consultas de urgencia, tienen una significación más compleja, como la aparición súbita de patología, accidentes y hechos de violencia, pero también marcan la insuficiencia de la oferta ambulatoria programada.

Valores observados:

La tasa de consultas / beneficiario / año observada se refiere a distintos tipos de población y varían entre 2 y 6 cons./benef./año.

Tomando como referencia una población general urbana cubierta por la seguridad social con baja proporción de mayores de 65 años y aceptable accesibilidad, la tasa observada oscila entre 3 y 4 cons./benef./año.

Debe distinguirse la tasa de consultas respecto de la proporción de individuos consultantes. Si esa proporción es menor al 60% de la población, se marca la importante concentración de consultas que hacen algunos beneficiarios.

q EGRESOS POR 100 BENEFICIARIOS AÑO

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de egresos de un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} \times 100 = \text{egr}/100 \text{ benef/año}$$

Descripción:

Es otro de los indicadores clásicos de consumo. A diferencia de las consultas, los egresos tienen baja concentración por individuo en el año.

La tasa de egresos puede ser desagregada por región, edad, sexo y, también, por tipo de patología. En este último caso, el monitoreo se refiere a aspectos epidemiológicos por lo tanto está descrita dentro de ese capítulo.

Este indicador está muy relacionado con el referido a *pacientes día / cada 100 beneficiarios / año* cuyo uso esta incluido en los indicadores de costos, en los modelos que se basan en contrataciones por prestación. Para estos casos, el numerador corresponde a la suma de los pacientes día correspondiente a los egresos del período.

Valores observados:

Los valores de egresos c/100 beneficiarios correspondientes a una población general con un índice de mayores de 65 años que no supere el 5% es de 8 a 9 egresos c/100 beneficiario/año, con una proporción de egresos clínicos menor que el resto de los egresos (quirúrgicos, pediátricos y obstétricos).

Cuando el índice está referido a una población con alto porcentaje de mayores de 65 años, como la del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados de la Argentina (INSSJyP), con unos 4.000.000 de beneficiarios, es de 18 egresos c/100 benef./año con una proporción de egresos clínicos mayor que el resto.

q PRACTICAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIAS

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de prácticas (por tipo de tecnologías) efectuadas en el período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} = \text{Prac/ben/año}$$

Descripción:

Pueden referirse a prácticas ambulatorias de 2º nivel[18] o de alta complejidad ambulatoria.

Estas tasas se construyen relacionando prácticas realizadas, agrupadas por tecnología, sobre el total de beneficiarios en un período determinado. Estas prácticas no sólo se originan por los requerimientos de la población sino que además están parcialmente condicionadas, como ya se expuso, por la conducta prescriptiva de los profesionales y por la accesibilidad de los beneficiarios a la consulta. Por lo expuesto, su utilidad como indicador de consumo es relativo, siendo en cambio de gran utilidad para **el análisis de los costos por cápita**.

Valores observados:

Los valores que se detallan más adelante, se refieren a una población general urbana con una demanda de alrededor de 4 cons./benef./año y una conducta prescriptiva adecuada.

Salvo para laboratorio, radiología y recetas se utilizan tasas x 1.000 beneficiario - año

Como el empleo práctico de estos indicadores es el **monitoreo de sistemas capitados**, la amplitud de los desagregados tendrá que tener relación con las necesidades de monitoreo de los grupos profesionales o de los especialistas que integran la red de servicios.

Descripción de los indicadores prioritarios

a) Laboratorio ambulatorio.

Formula:

$$\frac{\text{Total de determinaciones de laboratorio efectuadas en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} = \text{deter/benef/año}$$

Valores observados:

Los valores, de acuerdo con lo señalado, son de 2,8 determinaciones/ beneficiario/ año.

b) Radiología ambulatoria.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios (simples o contrastados) efectuados en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} = \text{estud/benef/año}$$

Valores observados:

Los valores, de acuerdo con lo señalado, son de 0,60 estudios por beneficiario/año.

c) Ecografía ambulatoria.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios ecográficos realizados en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} \times 1000 = \text{ecog/1000 benef/año}$$

Valores observados:

Los valores, según lo señalado, son de 108 ecografía cada 1000 beneficiario/año

d) Tomografías.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios tomográficos realizados en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} \times 1000 = \text{tc/1000 ben/año}$$

Valores observados:

Los valores, según lo señalado, son de 16 TC / 1.000 beneficiario/año.

e) Resonancia Nuclear Magnética. (RNM)

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios RNM realizados en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} \times 1000 = \text{rnm}/1000 \text{ ben/año}$$

Valores observados:

Los valores, según lo señalado, son de 5,2 RNM/ 1.000 beneficiario/año.

f) Hemodinamia.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios de hemodinamia realizados en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} \times 1000 = \text{hemod}/1000 \text{ ben/año}$$

Valores observados:

Los valores observados según lo señalado son de 2 estudios hemodinámicos/ 1.000 beneficiario/año. En la población del INSSJyP supera los 3,5 estudios / 1000 beneficiario/año.

q MEDICAMENTOS.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de recetas procesadas en un período (año)}}{\text{Total de beneficiarios bajo cobertura}} = \text{receta/benef/año}$$

Descripción:

Este indicador tiene las mismas características y alcances que las tasas de prácticas / beneficiario. Es de aplicación para el monitoreo de costos siendo complementado para tal fin con el indicador de medicamentos por receta. En este caso, existe teóricamente la posibilidad de obtener la tasa de medicamentos / beneficiario / año, pero no es frecuente su utilización.

Valores observados:

Los valores observados de acuerdo con lo señalado son de 3 recetas/beneficiario/año.

INDICADORES DE CONDUCTAS PRESCRIPTIVAS DE DIAGNOSTICO Y DE TRATAMIENTO

Estos indicadores asumen características que los hacen utilizables para una evaluación del desempeño profesional y de la "gestión administrativa" del sistema.

No se trata de indicadores de resultados clínicos (efectividad) del diagnóstico y tratamiento de patologías sino de indicadores que señalan la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas^[19]

Esos comportamientos dependen de una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal, de los sistemas de apoyo; pero también actúan otros factores como los mecanismos de retribución profesional. El pago por "acto" tiende a promover sobreprestaciones, en tanto que los pagos por módulo, por cápita o por cartera fija facilitan la subprestación.

Descripción de los indicadores prioritarios

q PRACTICAS AMBULATORIAS POR CONSULTA AMBULATORIA (RAZON)

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de prácticas por tipo de tecnología efectuadas en un período (año)}}{\text{Total de consultas ambulatorias efectuadas en el mismo período}} = \text{Relación práctica/consultas}$$

Descripción:

Incluye prácticas de: radiología, ecografías, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, exámenes del laboratorio y otros, relacionadas con las consultas efectuadas en el mismo período.

El empleo de la relación práctica “realizada” / consulta, es un indicador bastante bueno de la conducta diagnóstica y terapéutica de la atención médica, especialmente cuando se la analiza en regiones amplias con disponibilidad de un volumen apreciable de datos.

A su vez, cuando se analiza por profesional, por grupo de profesionales o por tipo de especialidad se pueden detectar desviaciones por errores prescriptivos, por falta de los protocolos acordados de atención, etc. Para estos casos el numerador debe estar referido a prácticas “solicitadas” y el denominador a consultas. Si se consideraran las realizadas, serían solo las efectuadas por ese prestador y no las generadas en el sistema.

Valores observados:

Los resultados de la relación práctica/consulta permiten distinguir tres tipos de conductas prescriptivas:

§ Comportamiento tendiente a la baja utilización de prácticas por consulta. Puede estar condicionado por restricciones del sistema a determinadas tecnologías o por falta de prestadores (Ej.: prestadores subcapitados sin control de resultados; prestadores contratados con toques de uso por razones económicas).

§ Comportamiento normal: con valores de magnitud media o aceptables. Se observa en prestadores organizados por niveles de atención, con programas de autoevaluación, y con protocolos normatizados y monitorizados

§ Comportamiento tendiente a la alta utilización de prácticas. Puede estar condicionado por estímulos al consumo de prestaciones. (Ej.: autoprescripción de prácticas; modalidad contractual de pago por prestación con bajo monitoreo).

La diferencia de estas razones con respecto a las tasas de uso de prácticas similares está dada por el motivo del monitoreo y por la circunstancia que pueden ser analizadas algunas, sin necesidad de analizar la totalidad de las tecnologías posibles. En función de lo expuesto los indicadores-razones prioritarios son:

a) Determinaciones de laboratorio por consulta

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de determinaciones de laboratorio realizadas en un período}}{\text{Total de consultas ambulatorias realizadas en el mismo período}} = \text{relacion deter/cons}$$

Valores observados:

Los valores, según lo señalado, son de 0,70 determinación por consulta

b) Estudio de radiología por consulta

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios Rx ambulatorios realizadas en un período}}{\text{Total de consultas ambulatorias realizadas en el mismo período}} = \text{relac estud rx / cons}$$

Valores observados:

Los valores, según lo señalado, son de 0,15 estudio por consulta.

c) Ecografía ambulatoria cada 1000 consultas

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios ecográficos ambulatorios realizadas en un período}}{\text{Total de consultas ambulatorias realizadas en el mismo período}} \times 1000 = \text{rel ecogr} / 1000 \text{ cons}$$

Valores observados:

Los valores, según lo señalado, son de 27 ecografías cada 1000 consultas.

d) Tomografía axial computada (TAC) cada 1000 consultas

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de estudios por TC ambulatorios realizadas en un período}}{\text{Total de consultas ambulatorias realizadas en el mismo período}} \times 1000 = \text{relac tc}/1000 \text{ cons}$$

Valores observados:

Los valores observados, según lo señalado, son de 4 estudios cada 1000 consultas.

q INDICADORES DE MEDICAMENTOS POR RECETA Y POR CONSULTA (RAZONES)

Fórmulas:

$$\frac{\text{Total de medicamentos prescritos en un período}}{\text{Total de recetas que incluyen a los medicamentos prescritos}} = \text{relacion medicam/receta}$$

$$\frac{\text{Total de recetas precriptas en un período}}{\text{Total de consultas realizadas en el mismo período}} = \text{relac receta/cons}$$

Descripción:

Estos indicadores tienen características similares al indicador de prácticas por consulta.

En el ámbito operativo se trata de un análisis fundamental que se debe realizar médico por médico, especialidad por especialidad, para detectar problemas individuales o grupales que darán origen a sus correspondientes medidas correctivas.

En el ámbito de las gerencias servirán para: establecer desvíos, revisar vademécum y formularios de prescripción, determinar nuevas formas de contratación de servicios, tomar medidas destinadas a controlar el gasto y para estimar los costos respectivos.

También sirven para evaluar la conducta prescriptiva de los médicos en relación con el diagnóstico y la etapa evolutiva de un proceso clínico ("monitoreo de calidad clínica").

Valores observados:

Los valores observados según lo señalado son de 0,75 recetas por consulta, de alrededor de 2,5 medicamentos por receta, en consecuencia se estima 1.9 medicamentos por consulta

q PROPORCIÓN DE CONSULTAS DE URGENCIA

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de consultas de urgencia ambulatorias efectuadas en un período (año)}}{\text{Total de consultas ambulatorias en el mismo período}} \times 100 = \text{cons urg} / 100 \text{ cons}$$

Descripción:

Se supone que las consultas de urgencia deben ser relativamente menores que las consultas ambulatorias habituales. Una proporción alta indicaría un defecto en la provisión de servicios programados y de la atención ambulatoria de primer nivel y, por ende, una escasa cobertura real.

Valores observados:

Los valores en sistemas con demandas medias y accesibilidad a la atención programada en consultorio son del 10% de consultas de urgencia en el total de atenciones

q *PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA*

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes día correspondiente a los egresos de un período}}{\text{Total de egresos del mismo período}} = \text{P.D. por egreso.}$$

Descripción:

Es un indicador simple y demostrativo respecto de los estilos de conductas. Debería tomarse como un indicador complementario de la tasa egresos/100 beneficiarios/año.

Se debe agregar a este valor la proporción de egresos clínicos y quirúrgicos. En general, la proporción de casos clínicos es inferior al de quirúrgicos y partos, salvo en la población de gerontes donde la proporción se invierte.

Valores observados:

En la población cubierta por la seguridad social y los sistemas de prepagos privados habitualmente es de 5 pacientes días por cada egreso. Para el caso de efectores públicos es de 7 p.d.e..

ESTIMACION DE COSTOS

Estos indicadores varían de acuerdo con el tipo de morbilidad y demanda, pero además están muy influidos por las modalidades contractuales vigentes en el sistema. En este sentido una modalidad capitada mostrará valores casi fijos, en cambio una modalidad contractual de pago por prestación existirán amplias variaciones.

Costos de la cobertura prestacional – asistencial.

Fórmula:

$$\frac{\text{Gasto asistencial mensual}}{\text{Nro. de beneficiarios}} = \text{costo mensual por beneficiario}$$

Descripción:

La estimación de los costos se obtiene a través del cociente entre el gasto y la producción correspondiente.

Para determinar el costo prestacional de un sistema de atención médica, el numerador es la sumatoria de los gastos producidos por el consumo mensual de las prestaciones que brinda el sistema y el denominador está representado por la población cubierta.

Si se deseara el costo total del sistema por beneficiario, debería incluirse en el numerador los costos administrativos, financieros, de marketing, etc., del sistema.

Valores observados

Los valores observados muestran variaciones muy amplias dependientes del tipo de institución y del plan de cobertura ofrecida (Obra Social, prepago, etc.). Los valores oscilan entre \$10 y más de \$100 por beneficiario/mes.

Costo Ambulatorio Asistencial

Fórmula:

$$\frac{\text{Gasto Ambulatorio en un período (Mensual)}}{\text{Nro. de consultas en el mismo período}} = \text{costo consulta "vestida"} [20]$$

Descripción:

El gasto ambulatorio incluye los gastos por todo tipo de consultas y prácticas ambulatorias, pero en general excluye gasto de medicamentos ambulatorios y alta complejidad.

Eventualmente pueden obtenerse indicadores que comprendan las exclusiones mencionadas.

Valores observados:

Con este indicador también se observan grandes variaciones dependiendo del modelo contractual y las patologías prevalentes correspondientes.

Para obras sociales se observan valores entre \$ 15 y \$ 23 por consulta vestida.

Costos por Internación (Egreso)

Fórmula:

$$\frac{\text{Gasto por internaciones en un período (mensual)}}{\text{Altas producidas en el mismo período}} = \text{costo por egreso (alta)}$$

Descripción:

Incluye todos los gastos originados durante la internación cubiertos por el programa: cirugías, honorarios, prácticas, medicamentos, insumos, gastos sanatoriales, cuidados críticos y hospital de día.

Valores observados:

Se observan variaciones relacionadas con la modalidad contractual y las características regionales de los prestadores.

Para obras sociales se observan valores entre \$ 600 y \$ 1.000. Para prepagos los valores son superiores hasta en un 100% o más.

Costos ambulatorios por profesional

Este indicador está relacionado con el de costos ambulatorio pero a diferencia de aquel se utiliza para mostrar la actividad ambulatoria de profesionales en forma individual y su comparación con el promedio de su especialidad

Fórmula:

$$\frac{\text{gasto de prácticas e interconsultas ambulatorias solicitadas por un profesional en un período (mensual)}}{\text{Nro. de consultas realizadas por el mismo profesional en el mismo período}} = \text{costo por consulta especializada "vestida"}$$

Descripción:

El numerador incluye el gasto conformado por las consultas efectuadas y por todas las prácticas e interconsultas ambulatorias solicitadas por un profesional independientemente de quién las

hubiese realizado. Habitualmente no incluye gastos de medicamentos pero eventualmente pueden ser incluidos.

El denominador son las consultas efectivamente realizadas en el mismo período por dicho profesional.

Es interesante obtener el mismo indicador como promedio de cada especialidad a los efectos de elaborar a través del tiempo estándares de referencia para cada institución y región.

INDICADORES DE SATISFACCION DE LOS BENEFICIARIOS Y PRESTADORES.

Estos indicadores señalan la opinión y participación de los principales actores de un sistema de atención médica y adquieren relevancia a partir de la consigna empresarial "el cliente siempre tiene razón"[\[21\]](#)o de la médica "el paciente es el sujeto de la atención". En general, desde el punto de vista comercial se trata de mostrar, ante la competencia y los potenciales clientes, que el sistema tiene pocas quejas.

Descripción de los indicadores prioritarios

q *PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE INFORMAN INSATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN.*

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de quejas}}{\text{total de beneficiarios}} \times 100 = \% \text{ de insatisfacción por quejas}$$

Descripción:

En rigor todos los sistemas tienen alguna forma de recolección de índices de satisfacción (o rechazo). Hoy los beneficiarios hacen llegar sus quejas con mayor frecuencia, en la medida que la organización lo permita. Otras veces se solicita la opinión de los afiliados o pacientes, a través de encuestas, cuyos resultados ofician de indicadores de monitoreo en la medida que se efectúan en forma sistemática.

Valores observados:

La proporción óptima de quejas debería tender a cero[\[22\]](#). No existen valores de referencia ya que en general son datos internos que no se publican. Posiblemente cada institución debería definir con una línea de base para comparar a lo largo del tiempo

q *PROPORCIÓN DE BENEFICIARIOS QUE ABANDONAN EL SISTEMA POR DECISION PROPIA*

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de bajas de beneficiarios en un periodo (año)}}{\text{total de beneficiarios cubiertos en el mismo periodo}} \times 100 = \% \text{ de bajas de beneficiarios}$$

Descripción:

Este indicador es complementario del índice de insatisfacción mencionado anteriormente.

Valores observados:

Es utilizado por los sistemas de prepagos privados para analizar el movimiento de altas y bajas de sus beneficiarios y no se conocen los valores aceptables Tiene un alto valor comercial tanto su magnitud como las causas que provocaron la desafiliación de la gente[\[23\]](#)..

q *PROPORCIÓN DE PRESTADORES QUE RESCINDEN EL CONTRATO*

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de bajas de prestadores por especialidad en un periodo (año)}}{\text{total de prestadores de la especialidad en el mismo periodo}} \times 100 = \% \text{ de bajas de prestadores}$$

Descripción:

En sistemas con libertad de contratación entre prestadores y gerenciadoras de redes, obras sociales y prepagos, estos indicadores marcan en qué medida el sistema no ofrece condiciones de trabajo que retengan a sus prestadores.

Valores observados:

No se dispone de información.

q *PROPORCIÓN DE PRESTACIONES ATENDIDAS FUERA DEL SISTEMA*

Fórmula:

$$\frac{\text{Total facturado fuera del sistema en un periodo (año)}}{\text{total facturado en el mismo periodo}} \times 100 = \% \text{ fact fuera del sistema}$$

Descripción:

En general se refiere a las prestaciones centrales (consultas y egresos) aunque pueden tener importancia otras prestaciones para situaciones especiales.

Valores observados:

Es llamativo que en nuestro país, donde las comunicaciones entre los tres subsistemas - público, privado, y de la seguridad social- son tan fluidas, recién se esté comenzando a emplear este tipo de indicadores.

A su vez la seguridad social y los seguros privados han comenzado a preocuparse porque los hospitales públicos, habitualmente no incluidos formalmente en la red de prestadores, han implementando herramientas legales y administrativas para reclamar cobros por las prestaciones realizadas a los beneficiarios de dichos prestatarios y obras sociales.

INDICADORES DE RESULTADOS EPIDEMIOLOGICOS

Son indicadores que evalúan el peso de las patologías y/o problemáticas a través de las tasas de incidencia (casos nuevos) y de prevalencia (casos existentes) en un período. El conocimiento de estas tasas se obtiene a través de estudios sobre mortalidad y morbilidad.

La morbilidad a su vez puede ser conocida a través de: estudios y relevamientos sobre la población (permanente o periódicos) o a través de la información de los servicios utilizados. En este último caso se puede llegar a obtener datos de mortalidad específica, como con el CONQUEST 2.0.

Descripción de los indicadores prioritarios

q *TASAS DE MORTALIDAD*

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de bajas por defunciones de la población cubierta en un periodo (año)}}{\text{Total de la población bajo cobertura en el mismo periodo}} \times 1000 = \text{‰ Mortalidad}$$

Descripción:

La evaluación de las condiciones de salud se efectúa a través de indicadores positivos y negativos. La muerte configura la circunstancia negativa de la salud en el límite definitivo. Es un fenómeno de fácil constatación y buen registro. Otros indicadores que también evalúan la no-salud son: muerte, enfermedad, discapacidad, insatisfacción.

Otros indicadores más específicos son: mortalidad materna y mortalidad infantil. También se pueden elaborar indicadores de mortalidad por causas específicas que están referidas a estudios epidemiológicos comparativos o de resultados clínicos por patología.

Un indicador relacionado con la mortalidad, pero de cierta complejidad, consiste en tratar de determinar cuántas muertes evitó el programa, por comparación con lo que hubiere ocurrido de no haberse implementado. Por ejemplo:

- AVISA : años de vida sana
- AVPG :años de vida productiva ganados

Estos indicadores pueden determinar cuánto costó en promedio salvar cada vida o cada año de vida útil ganada, preguntas centrales que se formulan los economistas de la salud, preocupados por descubrir los factores que posibiliten mejor calidad de vida con un gasto determinado o cómo obtener el mismo resultado con el mínimo costo.

Valores observados:

Muy pocos seguros privados (prepago) o de la seguridad social (obra social) u otros conocen la mortalidad de su población beneficiaria. Como la estructura por edad y sexo es el factor determinante principal de la mortalidad, corresponde ajustar las tasas de mortalidad según la estructura general de la población de la jurisdicción correspondiente

La tasa de mortalidad general de la República Argentina fue para 1997 de 7,6 por mil personas

q *DIAGNOSTICOS DE LOS EGRESOS.*

Fórmula:

$$\frac{\text{Subtotal de egresos por diagnóstico en un periodo (año)}}{\text{Total de egresos en el mismo periodo}} \times 100 = \% \text{ egresos por diagnostico}$$

Descripción:

Las tasas de internación por causas específicas permite evaluar el efecto de acciones para la prevención de patologías y/o el éxito de programas tendientes a disminuir los episodios de internación. Así, como ejemplo, si una población laboral expuesta a polvos insalubres tiene altas tasas de internación por patologías respiratorias, está indicando la ausencia de medidas preventivas o la poca efectividad de las adoptadas.

Para los diagnósticos se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades de OMS, en sus versiones CIE 9 o CIE 10)

También existe un tipo de información referida a las características de la internación que ilustran sobre cierto tipo de problemas o comportamientos Nos referimos a la proporcionalidad de internaciones clínicas, quirúrgicas y partos que componen la tasa de egresos. . Estos indicadores fueron desarrollados en el capítulo de conductas diagnósticas y tratamiento.

Uno de los indicadores más importantes es la tasa de partos. Debe ser cotejada con el número de nacimientos registrados para detectar posibles incongruencias y analizada por grupos específicos como edad de la madre y otras características, visto las fuertes diferencias en las condiciones de fertilidad de las mujeres y los hábitos culturales condicionantes de los procesos de procreación.

Valores observados:

La distribución por diagnóstico depende de variables epidemiológicas y varía según el tipo de población. En general el embarazo y parto ocupan el primer lugar y representan entre el 25% y 30% del total de egresos.

q MOTIVOS DE LAS CONSULTAS

Fórmula:

$$\frac{\text{Subtotal de motivo de consulta en un periodo (año)}}{\text{Total de consultas en el mismo periodo}} \times 100 = \% \text{ de consultas por motivo}$$

Descripción:

Además de interesar como consumo de servicios se debe cruzar con los datos demográficos para estimar las condiciones epidemiológicas de la población bajo cobertura y los grupos de riesgo que la componen. La comparación entre periodos permite además evaluar la eficacia de acciones de prevención y de control de problemas.

Existen modelos de clasificación de motivos de consulta relacionados con problemas, utilizados por los programas de médicos de cabecera (Casal y col 1997). Su simplicidad permite obtener buenos resultados sin complicar los sistemas administrativos y de recolección. También, en la versión CIE 10 se incluye este abordaje.

Valores observados:

En estudios sobre consultas de médicos de un primer nivel de atención las tres primeras causas fueron: 1º síntomas somático funcionales; 2º hipertensión; y 3º dolor abdominal. Sin duda los motivos de consultas varían según el tipo de población cubierta y los planes acordados. (Casal, E.R.; Husni, C.M.;1997)

INDICADORES DE RESULTADOS CLINICOS

Estos indicadores están comenzando a ser utilizados en los sistemas gerenciados de la región. Indican el resultado de los desempeños clínicos según las patologías y por lo tanto están vinculados con las enfermedades prevalentes. También, están influidos por las conductas prescriptivas de diagnóstico y terapéuticas.

A nivel gerencial (no clínico asistencial) tiene importancia seleccionar un grupo de indicadores relevantes de los resultados globales clínicos tal como se ha expuesto en el capítulo de efectividad del programa HEDIS 3.0.

Descripción de los indicadores prioritarios

q PROPORCION DE CESAREAS

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de cesáreas realizadas en un periodo (año)}}{\text{Total de partos con o sin cesárea asistidos en el mismo periodo}} \times 100 = \% \text{ de cesáreas}$$

Descripción:

Este es un indicador clásico para evaluar calidad de la atención del parto por parte de los equipos obstétricos. Los valores altos de nuestro medio expresaron originalmente el error de haber valorizado económicamente más a las cesáreas frente a la atención de un parto normal, partiendo de la valoración del episodio quirúrgico, obviamente más complejo para las primeras. De todos modos, aunque se eliminó en general la distinción en cuanto a la retribución, las tasas

siguen siendo altas y dependen de otros factores vinculados con motivaciones profesionales y de las embarazadas[24]

Revertir esta cultura profesional implica realizar un esfuerzo constante de educación, supervisión y auditoría sobre el grupo profesional de ginecoobstetras

Valores observados:

Los valores observados en la República Argentina en población cubierta por la seguridad social o prepagos es alta, superando el 25% y siendo frecuente observar valores del 30% o más.

q TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de muertes perinatales en un período (año)}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo período}} \times 1000 = \text{mortal. perinat} / 1000 \text{ nac vivos}$$

Descripción:

Tasa específica vinculada a factores múltiples entre los cuales se encuentra el resultado de la atención prenatal del parto y por lo tanto del desempeño institucional y profesional.

q EXTENSION DEL CONTROL DEL CANCER CERVICAL

Fórmula:

Una forma indirecta de conocer este resultado es obtener la razón de:

$$\frac{\text{Total de papanicolau realizados en un año}}{\text{Total de población femenina entre 20 y 54 años}} = \text{Relac pap} / \text{pobla fem expuesta}$$

Valores observados:

No se dispone de información para el valor esperado, debe ser superior a 1 e inferior a 2 PAP / beneficiaria expuesta.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Avedis Donabedian. "Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. Un texto introductorio". Trabajo publicado originalmente en Silliamsburg Conference Report. 1988.

Avedis Donabedian. "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación". La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. Mexico D.F. 1997

Bosch Samuel J. – Vazquez Eduardo M. "Atención Médica Gerenciada: su definición, historia y situación actual". Medicina y Sociedad. Vol 21 N° 3. 1998.

Casal E.R.; Husni C.M. *Grupos diagnósticos en atención ambulatoria*. Medicina y Sociedad. Vol 20 Nro. 4. Sep-Dic. 1997.

CONQUEST 2.0. Computerized Needs Oriented Quality measurement Evaluation System. Internet: www.ahcpr.gov/qual/conquest.htm

Freeman R. "La competencia en el contexto de las políticas de reforma de la atención médica en Europa". International Journal for Quality in Health Care. Vol 10 N° 5. 1998.

Health Plan Employer data and Information Set. HEDIS 3.0. NCQA/National/Comity Quality Assurance 1996

Marracino C. *“Cambios y perspectivas de la atención médica en la red argentina”*. Medicina y Sociedad. Vol 21 Nro. 2. Abr-Jun 1998

Marracino C. *“Modalidades, modelos y sistemas de Atención Médica”*. Medicina y Sociedad e Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 1. 1998

Marracino C.; Sosa C.; Abadie, J.P. *Programa de monitoreo de Obra Social de la actividad minera*. PROS. Banco Mundial. Ministerio de Salud de la República Argentina. 1998.

Mesa N. *Costos Sanatoriales*. FECLIBA. Federación Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires. República Argentina. 1998.

P.de Molinero I. – Casariego M. Ministerio de Salud. *Encuesta de utilización de servicios y gastos en Atención Médica*. 1972.

Paganini J.M. – Novaes H. *Indicadores de resultados*. Manual de acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. OPS. FLH. 1992.

Pampliega E.; Muszkats S. *“Demanda de Atención Médica por edad y sexo en una Obra Social*. Medicina y Sociedad Vol 13 Nro. 5-6 Sep-Dic 1990.

Pampliega E.; Muszkats S.; Eleta G.; Limoli M; Martinez E.; Catardo O. *“Perfiles de práctica médica”*. Medicina y Sociedad Vol 14 Nro. 2 Abr-Jun 1991.

Perrone N. *“Evaluación de un sistema de salud. Programa de educación a distancia: Calidad de la atención médica en servicios y sistemas de salud”*. Medicina y Sociedad, Fundación Avedis Donabedian, Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 1. 2000

Reale A. Material docente. Medicina y Sociedad. CEMIC. 1999. República Argentina.

Resolución N° 1200/95 INOS. Sistema de Estadísticas de Salud de Obras Sociales (S.E.S.O.S.). República Argentina 1995

Resolución N° 650/97 - ANSAL y Resol. N° 516/99 - Obras Sociales - Superintendencia de Servicios de Salud. República Argentina

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Avedis Donabedian. *“Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica. Un texto introductorio”*. Trabajo publicado originalmente en Silliamsburg Conference Report. 1988.

Health Plan Employer data and Information Set. HEDIS 3.0. NCQA/National/Comity Quality Assurance 1996

P.de Molinero I. – Casariego M. Ministerio de Salud. *Encuesta de utilización de servicios y gastos en Atención Médica*. 1972.

Pampliega E.; Muszkats S.; Eleta G.; Limoli M; Martinez E.; Catardo O. *“Perfiles de práctica médica”*. Medicina y Sociedad Vol 14 Nro. 2 Abr-Jun 1991.

Perrone N. *“Evaluación de un sistema de salud. Programa de educación a distancia: Calidad de la atención médica en servicios y sistemas de salud”*. Medicina y Sociedad, Fundación Avedis Donabedian, Instituto Universitario CEMIC. Fascículo 1. 2000

GLOSARIO

Aceptabilidad: conformidad con las expectativas de pacientes y familiares.

CONQUEST 2.0: Es una de bases de datos en red, con capacidad de crecimiento indefinido en la medida que grupos de expertos incluyan indicadores y procedimientos con relación a patologías aún no abarcadas, o se convaliden nuevos procedimientos respecto de patologías ya analizadas.

Demografía: Ciencia que estudia la población en términos de cantidad, distribución y composición.

Efectividad: según A. Donabedian: conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida

Eficacia: Es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos o insumos necesarios.

Eficiencia: Es la relación costo/ beneficio por la que se obtiene la mejor calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo.

Epidemiología: Ciencia y método de raciocinio inductivo que se utiliza en la investigación y solución de problemas de salud que conciernen a la comunidad.

Equidad : distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos

HEDIS 3.0: Health Plan Employer Data and Information Set, es un conjunto de indicadores de resultado desarrollado por la NCQA (National Community Quality Assurance) a mediados de la década del '90. Fue creado con el fin de proveer un instrumento apto para la evaluación y comparación de planes de cobertura en salud disponible en EE.UU. por parte de los clientes, compradores o consumidores.

Indicador: Es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa, proporción o razón aunque puede ser cualquier otro tipo de valor lógico.

Monitoreo: Es una actividad de evaluación sistemática de procesos y resultados así como de las normativas destinadas a controlar desviaciones respecto de estándares establecidos.

Referencias

* Médico Consultor en Organización y evaluación de la atención médica. Responsable de emprendimientos y autor de trabajos orientados al mejoramiento de la calidad de la atención médica.

** Profesor jubilado UBA. Consultor en temas de organización y financiamientos de sistemas de salud y de salud mental. Autor de libros, artículos y propuestas sobre integración local de los sistemas y programas de salud y de acción-asistencia social.

*** Médico sanitarista. Auditoría médica.

[1] N.E: ver Glosario

[2] N.E: INOS. Instituto Nacional de Obras Sociales, ente central de conducción del sistema de obras sociales creado por la ley 18610 de 1972.

[3] N.E: Traducción : organizaciones para el mantenimiento de la salud

[4] N.E: Ver glosario

[5] N.E: Traducción: necesidades computarizadas orientadas a medir calidad de los sistemas. Ver aclaración en el Glosario

[6] N.E: organización profesional responsable del cuidado de la salud de un grupo de población definido y que cobra por la modalidad de "capitación". En los años 70 EEUU promulga leyes especiales para promover y reglamentar este tipo de atención prepaga.

[7] N. de E: contratación de gerenciamiento externo

[8] N.E: traducción del llamado "management care" que en otras ocasiones se denomina "salud gerenciada" cuyo significado es : la intervención sistemática, sostenida y organizada que intenta afectar favorablemente a la calidad y los costos de la atención medica de una población definida.

[9] N.E : el ciclo propuesto por Donabedian reproduce en el sector salud el ciclo de Shewhart para las empresas: Planear, Hacer, Controlar, Actuar , ya mencionado en otros trabajos

[10] N.E.: ver glosario

[11] N.E: en la estrategia de calidad total o de mejoramiento continuo de la calidad se utiliza el concepto de Benchmarking o sea la comparación de los resultados con las empresas de productos o de servicios más exitosas

[12] N.de E: a modo de ejemplo los autores solo mencionan alguno de los indicadores de vigilancia o monitoreo de los procesos administrativos y técnicos que denominan "operatoria". Como estos valores son indispensables para la eficiencia de los sistemas que contratan a terceros es uno de los campos mas desarrollados.En nuestro país han sido los indicios que tradicionalmente utilizo la auditoria médica externa

[13] Debito.

[14] N.E: modalidad de pago basado en un valor de "capita" o sea por cada afiliado o beneficiario cubierto independientemente de su demanda de atenciones médicas.

[15] N.E.: los autores se refieren a grupos más susceptibles a enfermar y morir por razones biológicas o sociales

[16] UTI: Unidad de terapia intensiva.

[17] N.E: las modalidades descritas por los autores son las básicas o puras para la contratación a terceros, en la actualidad se encuentran otras formas mixtas y variaciones de las anteriores. Ej.: pago por acto con limites o topes grupales, pago por día (per diem) , pago por grupos relacionados por diagnostico o patología, leansing de camas de internación, entre otros.

[18] N.E: por ejemplo, prácticas de: laboratorio, imágenes, medicina nuclear, ECG, endoscopía, fisiokinesica y otras especialidades

[19] N.E.: Los autores denominan conductas prescriptivas a las decisiones profesionales que afectan a los pacientes para arribar a un diagnostico e instituir tratamientos médicos o quirúrgicos.

[20] N.E.: se denomina Consulta Vestida aquella prestación que incluye una proporción de práctica según su frecuencia por afiliado. Ej: cada consulta de cardiología incluye un ECG, cada consulta de oftalmología menos de una unidad de campimetria

[21] N.E.: a partir de la estrategia de Calidad Total implantadas en las empresas de productos y servicios, los usuarios, pacientes, clientes, han adquirido un real protagonismo y la satisfacción de sus necesidades y expectativas la estrategia fundamental de esas organizaciones.

[22] N.E.: en la actualidad estas quejas son consideradas "oportunidades de cambio", es decir que no tienen connotación punitiva hacia el servicio, personal cuestionado sino que ponen de relieve un problema que debe ser solucionado para mejorar.

[23] N.E: los sistemas privados de prepago se preocupan por evitar las pérdidas de beneficiarios porque cuesta mas incorporar nuevos afiliados que mantener los existentes.

[24] N.E.: un indicador mas preciso es la tasa de la primera cesárea por cuanto si esta indicación no es médicamente justificable origina nuevas cesáreas en la misma paciente
