

DEFINICIONES OPERATIVAS. INDICADORES.

1. ÁREA AMBULATORIA

1.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Consulta médica ambulatoria: Atención brindada a un paciente ambulatorio, por un profesional médico, en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para paciente externo (guardia ambulatoria). Incluye las atenciones a consultantes sanos. Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, este recibe una sola consulta.

1.2 INDICADORES

CANTIDAD DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS: Es la contabilización de las atenciones recibidas por un paciente bajo la modalidad de consulta médica ambulatoria.

Es una medida del volumen de la producción de un establecimiento asistencial. La fuente para su cálculo es el informe estadístico de consultas médicas ambulatorias.

$$\text{Cantidad de consultas médicas ambulatorias total} = \text{Suma de las consultas médicas ambulatorias en un período dado}$$

CANTIDAD DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS QUE CARACTERIZAN AL PACIENTE: Es la cantidad de atenciones brindadas por profesionales médicos a pacientes ambulatorios, en consultorios externos o en unidades de emergencia, para cada categoría de variables seleccionadas que caracterizan al paciente y en un período determinado. Puede obtenerse como frecuencia relativa dividiendo dicha cantidad por el total de consultas médicas ambulatorias.

$$\text{Cantidad de consultas médicas ambulatorias según variable seleccionada} = \frac{\text{Total de consultas médicas ambulatorias en cada categoría de la variable seleccionada en un período dado}}{\text{Total de consultas médicas ambulatorias en un período dado}}$$

La fuente para su cálculo es el informe estadístico de consultas médicas ambulatorias. Este indicador permite conocer el perfil de la población atendida en la modalidad de consulta médica ambulatoria y es útil para la asignación de recursos por unidad operativa.

CANTIDAD DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS DIAGNÓSTICO O MOTIVO DE CONSULTA: Son las consultas médicas ambulatorias según diagnóstico o motivo de consulta en un período dado por variables seleccionadas. Mide la morbilidad atendida a través de la modalidad de consulta médica ambulatoria.

Los datos para su cálculo surgen del informe estadístico de consultas médicas ambulatorias y para su cálculo se procede como sigue:

- Selección de un agrupamiento diagnóstico o motivo de consulta.
- Determinación de la frecuencia de consultas médicas ambulatorias para el agrupamiento diagnóstico o motivo de consulta en un período dado.

La demanda ambulatoria está influenciada por las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de la población, lo que dificulta el análisis comparativo. Además, este indicador está afectado por las condiciones de oferta de servicios por especialidades, es decir, condicionado a la oferta real disponible (locales, recursos humanos, etc.).

2. ÁREA INTERNACIÓN

2.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Camas de dotación: Es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, destinadas a la internación de pacientes que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. Las camas de dotación deben actualizarse periódicamente en lapsos no menores de un año. En los hospitales públicos, la dotación de camas será propuesta por el director del establecimiento para su aprobación por el organismo del cual dependa (nacional, provincial, municipal). La dotación de camas no está afectada por fluctuaciones temporarias, es decir, camas que se agregan o clausuran por períodos cortos de tiempo.

Camas disponibles: Son aquellas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

- Las incubadoras y las camas oscilantes se contarán como camas disponibles cuando se encuentren instaladas regularmente en un servicio especializado. En caso contrario solamente se contarán como camas disponibles cuando se encuentren ocupadas y el paciente no tenga una cama reservada en el sector correspondiente.
- Las camas de guardia se contabilizan como disponibles sólo en el caso que la guardia del establecimiento tenga un sector de internación.
- No se contabiliza como cama disponible la cuna del recién nacido sano.
- Si se instala una camilla en un servicio de internación, por falta de camas o por situación de emergencia, mientras esté ocupada se contará como cama disponible (supernumeraria).

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc. o bien porque se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc.

No siempre la totalidad de las camas de dotación están disponibles, es decir, en condiciones de uso para la atención de los pacientes, durante el período de análisis. Las camas disponibles son las camas en funcionamiento cada día del período de análisis. Se asume como definición operativa que cuentan con personal, equipo y servicios de apoyo completo, y que su número puede variar a lo largo del período de tiempo considerado.

Paciente-día: Es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día.

Un paciente-día refleja los servicios recibidos por un paciente internado dentro de un día censal.

Ingreso: Es la aceptación formal de un paciente por el establecimiento asistencial para su atención médica. El ingreso siempre implica la ocupación de una cama y el mantenimiento de una historia clínica para el paciente.

Egreso: Es la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

Días de estada: Es el total de días que el paciente permaneció internado en el establecimiento. Para el cálculo de los días de estada se debe computar el día de ingreso pero no el de egreso. Cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día, se computa un día de estada.

2.2 INDICADORES

PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES: Es el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período.

$$\text{Promedio diario de camas disponibles} = \frac{\text{Total de días-cama disponibles en un período dado}}{\text{Total de días del mismo período}}$$

Las camas disponibles y ocupadas se contabilizan, generalmente, a primera hora de la mañana de cada día censal.

La fuente para su cálculo es el censo diario.

El promedio de camas disponibles se utiliza para apoyar la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios de salud.

PROMEDIO DE CENSO DIARIO: Es el número promedio de pacientes que reciben atención en la modalidad de internación durante cada día de un período dado.

Es un indicador de utilización de las camas disponibles, que expresa los servicios brindados a los pacientes internados en un día censal.

$$\text{Promedio del censo diario} = \frac{\text{Total de pacientes-día en un período dado}}{\text{Total de días del mismo período}}$$

Este indicador permite conocer la relación entre ingresos y egresos y la utilización de las camas disponibles en un período dado. Es útil para determinar la cantidad de pacientes que en promedio han sido atendidos en un período, lo cual es muy importante para el cálculo de las raciones diarias alimenticias y otros insumos, entre otras cosas. Sirve para apoyar la planificación, la gestión y la evaluación de servicios de salud.

La fuente para su cálculo es el censo diario.

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS (PORCENTAJE OCUPACIONAL): Es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje.

Relaciona datos de servicios producidos (pacientes-día) con capacidad potencial de producción (días-cama disponibles).

Puede calcularse para el total del establecimiento o por unidad operativa y para el período de tiempo que se desee.

Este indicador valora cómo son ocupadas las camas. Si el valor del porcentaje de ocupación al cabo de un año es muy alto, ello puede significar que en ciertos momentos o épocas del año se han rechazado pacientes. Un bajo porcentaje de ocupación podría estar indicando algún uso inadecuado de los recursos. Es útil para orientar sobre el uso del recurso cama y ajustar la planificación y la utilización de las camas disponibles dentro de un establecimiento de salud.

$$\text{Porcentaje de ocupación de camas} = \frac{\text{Total de pacientes-día en un período dado}}{\text{Total de días-cama disponibles en el mismo período}} \times 100$$

La fuente para su cálculo es el censo diario.

El porcentaje ocupacional es un indicador muy utilizado cuando se analiza el funcionamiento de los establecimientos con internación. Sin embargo, presenta limitaciones para la comparación de unidades operativas o para la ayuda a la gestión a corto plazo.

GIRO CAMA: Es una medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. Dicho de otra manera, es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un período dado, en promedio, por cama disponible.

Al mismo giro pueden corresponderle diferentes combinaciones de promedio de días de estada y porcentaje ocupacional.

Es directamente proporcional al porcentaje de ocupación de camas si el promedio de días de estada se mantiene fijo (a mayor porcentaje de ocupación, mayor giro), e inversamente proporcional al promedio de días de estada si el porcentaje ocupacional se mantiene fijo (a mayor promedio de días de estada, menor giro).

Este indicador permite visualizar la intensidad de utilización de una cama disponible a lo largo de un período dado. Es una medida de la afluencia de pacientes ya que aumenta a medida que ingresa y egresan más pacientes del establecimiento. Por lo tanto, refleja el rendimiento del recurso cama y permite, por lo tanto, una mejor distribución del mismo.

$$\text{Giro cama} = \frac{\text{Total de egresos en un período dado}}{\text{Promedio de camas disponibles en el mismo período}}$$

Los datos para su cálculo se obtienen del informe estadístico de hospitalización.

PROMEDIO DE PACIENTES-DÍA POR EGRESO: Es la relación entre la suma de los pacientes-día de un período dado y el número de egresos del mismo período.

Este indicador también es conocido como **PROMEDIO DE PERMANENCIA**.

En establecimientos generales de agudos, este indicador suele utilizarse como una aproximación al promedio de días de estada de los pacientes egresados en el mismo período. Como su significado es distinto, debe mantenerse la diferencia en la denominación. Su ventaja es que los datos para su cálculo pueden estar disponibles inmediatamente al final del período de referencia por basarse en los datos del censo diario. Si se lo calcula para períodos prolongados (como un año), tiende a ser muy similar al promedio de días de estada, cuya fuente es el informe estadístico de hospitalización.

La duración promedio de la internación es un indicador aproximado de la productividad o la eficiencia del hospital.

$$\text{Promedio pacientes-día por egreso} = \frac{\text{Total de pacientes-día en un período dado}}{\text{Total de egresos en el mismo período}}$$

Cuando se analiza el número de egresos, si la unidad de análisis es una unidad operativa se deben tener en cuenta también los pasés entre ellas.

En sentido estricto, este indicador se trata de una razón y no de un promedio.

Puede usarse, por la facilidad de su obtención, para la planificación y el gerenciamiento de salud en períodos de tiempo no menores al año, en los establecimientos generales de agudos.

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA: Es el número promedio de días de atención prestada a cada paciente egresado durante un período.

El promedio de días de estada depende de diversos factores, como el tipo de pacientes admitidos y la eficiencia de las unidades de diagnóstico y tratamiento, la morbilidad atendida, la técnica médico-quirúrgica, hábitos administrativos, etc.

Es esencial tener en cuenta el promedio de días de estada en el establecimiento, puesto que es un factor que podría afectar la interpretación de la relación camas/población y, por lo tanto, es importante para la planificación del recurso cama.

$$\text{Promedio de días de estada} = \frac{\text{Total de días de estada de pacientes egresados en un período dado}}{\text{Total de pacientes egresados en el mismo período}}$$

Para su cálculo se deben sumar los días que han permanecido internados cada uno de los pacientes que egresaron en el período especificado, independientemente de que hayan ingresado o no en dicho período. La fuente para el cálculo es el informe estadístico de hospitalización.

La significación del indicador puede variar según la patología atendida y las características del establecimiento. La variación de este indicador es muy grande en función de las patologías atendidas.

CANTIDAD DE EGRESOS TOTAL Y POR UNIDAD OPERATIVA: Es la contabilización de las salidas de los pacientes que estuvieron internados durante un período especificado. Puede ser para el total del establecimiento o por unidad operativa.

Es una medida del volumen de la producción de un establecimiento con internación.

Se calcula a partir de los datos del censo diario.

$$\text{Cantidad de egresos total} = \text{Suma de los egresos del establecimiento en un período dado}$$

$$\text{Cantidad de egresos por unidad operativa} = \frac{\text{Suma de los egresos en cada unidad operativa del establecimiento en un período dado}}{\text{Número de unidades operativas}}$$

CANTIDAD DE EGRESOS SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS QUE CARACTERIZAN AL PACIENTE: Es la cantidad de egresos para cada categoría de variables que caracterizan al paciente en un período determinado. Puede obtenerse como frecuencia relativa dividiendo dicha cantidad por el total de egresos.

En este indicador se pueden combinar características demográficas, como la edad y el sexo, fundamentales para cualquier análisis sobre la población atendida en los servicios de internación de un establecimiento de salud. También la residencia habitual, la cobertura de salud, el nivel de instrucción y la situación laboral contribuyen al análisis de la población atendida.

Los problemas de salud pueden variar según sexo y/o edad y pueden estar condicionados directa o indirectamente por las demás variables mencionadas.

$$\text{Cantidad de egresos según variable seleccionada} = \frac{\text{Total de egresos en cada categoría de la variable seleccionada}}{\text{variable seleccionada en un período dado}}$$

Esta cantidad en relación al total egresos puede expresarse en términos de porcentaje. Se calcula con la totalidad de egresos de un período dado, aún cuando a una misma persona correspondiera más de un egreso. El cálculo se realiza a partir de los datos del informe estadístico de hospitalización.

Este indicador se utiliza para conocer el perfil de la población atendida internación y es útil para la asignación de recursos por unidad operativa. Permite apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas dirigidas a la asistencia médica de responsabilidad del sistema de salud.

CANTIDAD DE EGRESOS SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AL EGRESO POR TIPO DE EGRESO Y OTRAS VARIABLES INDICADORAS DEL PROCESO

ASISTENCIAL: Es la frecuencia de egresos para cada categoría o grupo de "diagnósticos principales al egreso" que tiene una institución de salud, según variables indicativas del proceso asistencial o casuística, tales como el tipo de egreso, días de estada, etc.

Para este tipo de indicadores el eje lo constituye el diagnóstico principal al egreso. La unidad de análisis es el episodio de internación y la unidad de medida el egreso. Dicha variable, codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima revisión (CIE10), puede combinarse con otras que se consideren relevantes para la clasificación de los pacientes. Los criterios para la selección de las categorías diagnósticas los establecerá cada establecimiento de salud de acuerdo con sus necesidades de análisis.

Este indicador permite conocer el perfil de las patologías asistidas en la unidad operativa o en el establecimiento de salud, la importancia relativa que tiene cada patología o conjunto de patologías en la institución, la letalidad hospitalaria por patologías y calcular con mayor precisión los recursos necesarios para el proceso de atención, Además, si se relacionan los días de estada con los agrupamientos de los diagnósticos de egreso, se puede tener una medida de calidad.

Permite monitorear el proceso de atención, dado que para una misma patología puede ir variando en el tiempo la letalidad, los días de estada, etc.

Se calcula a partir de los datos brindados por el informe estadístico de hospitalización y se procede para su cálculo como sigue:

- Selección de un agrupamiento del diagnóstico principal al egreso.
- Determinación de la frecuencia de egresos para el agrupamiento de diagnóstico principal de egreso, en un período dado y por categorías de las variables indicativas del proceso asistencial seleccionadas.

Estos indicadores están afectados por las características de la población atendida y por los recursos disponibles. Una limitación muy importante es la integridad y la calidad (especificidad), de la información de los diagnósticos. También influye la calidad de la codificación, la integridad de las bases de datos y la oportunidad de la información.

TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA: Es la relación entre el número de defunciones ocurridas durante un período en un establecimiento de salud y el número de egresos de dicho período.

$$\text{Tasa de mortalidad hospitalaria} = \frac{\text{Total de egresos por defunción en un período dado}}{\text{Total de egresos en el mismo período}} \times 100$$

Aunque la denominación tradicional es de "tasa" se trata de una relación expresada en porcentaje, ya que los egresos no constituyen en realidad la población expuesta al riesgo de morir.

La fuente para su obtención es el censo diario.

Se utiliza habitualmente relacionada con variables del servicio, y de los paciente, para identificar aquellas muertes de pacientes internados que pueden ser debidas a la calidad de la atención y las que se deben a pacientes que ingresan en tan malas condiciones que la muerte se produce a pesar del nivel de atención.

Está condicionado por las características de los pacientes atendido, la naturaleza y la severidad de las afecciones tratadas y el nivel de resolución del establecimiento.

3. ÁREA OBSTÉTRICA

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Nacimiento: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción.

Nacido vivo: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

3.2 INDICADORES

PORCENTAJE DE CESÁREAS: Es el porcentaje de nacimientos por cesáreas en relación al total de nacimientos en un período dado.

$$\text{Porcentaje de cesáreas} = \frac{\text{Total de nacimientos por cesáreas en un período dado}}{\text{Total de nacimientos en el mismo período}} \times 100$$

Para su cálculo se utilizan los datos del informe estadístico de hospitalización.

Este indicador permite controlar en forma continua (monitorear) las características del cuidado obstétrico, ya que este procedimiento se realiza con cierta frecuencia.

Las cesáreas contribuyen a mejorar el resultado perinatal, pero cuando son inapropiadas pueden ser peligrosas. La variación de estas intervenciones entre países podrían deberse a causas no médicas; igual situación pueden darse entre instituciones de salud. Sin embargo, la práctica de comparar la frecuencia de cesáreas de distintas instituciones de salud o regiones no tiene beneficios, dado que es poco frecuente encontrar instituciones similares con respecto al tipo de pacientes o en la políticas obstétricas. Un centro asistencial que recibe pacientes de alto riesgo tendrá más cesáreas que uno de bajo nivel de resolución. Hay diferencias por consideraciones

médicas, experiencia profesional, condición socioeconómica de las pacientes, edad, paridad, normas institucionales, preferencias de pacientes, etc.

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS SEGÚN CATEGORÍAS DE BAJO PESO: Es el porcentaje de nacidos vivos según categorías de bajo peso en relación al total de nacidos vivos.

Dentro de la distribución de peso al nacer, los niños que nacen con menos peso tienen más riesgo de daños que los de mayor peso. Se consideran como bajo peso a los recién nacidos vivos con peso menor a 2500 gr., los que nacen con menos de 1500 gr. se denominan de muy bajo peso.

El porcentaje de bajo peso es el principal factor determinante de la mortalidad y morbilidad perinatal e infantil. El cuidado preventivo adecuado podría disminuir la frecuencia de bajo peso; las proporciones más bajas representarían mejor cuidado.

El porcentaje de nacimientos de bajo peso es un indicador del estado de salud y nivel de desarrollo social. Permite identificar causas de riesgo y ayuda a delinear áreas potenciales de intervención.

Apoya el planeamiento de programas prenatales adecuados pues es un indicador indirecto del estado de salud materno.

Permite la comparación en el tiempo y entre lugares. Posibilita establecer objetivos de salud y monitorear su cumplimiento, pues es un indicador de resultados, es decir, una medida directa de las chances de sobrevivencia del neonato y, por lo tanto, un indicador de progreso hacia la salud neonatal.

$$\text{Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso} = \frac{\text{Total de nacidos vivos de peso } < 2500 \text{ gr en un período dado}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo período}} \times 100$$

$$\text{Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso} = \frac{\text{Total de nacidos vivos de peso } < 1500 \text{ gr en un período dado}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo período}} \times 100$$

Este indicador se calcula a partir del informe estadístico de hospitalización. El total de nacidos vivos incluye sólo los nacidos vivos con peso bien especificado.

Las diferencias entre áreas geográficas o en el tiempo pueden deberse en parte a las diferencias en las características de los nacimientos, tales como la duración del embarazo, la edad de la madre, la condición socioeconómica, etc. No es una medida de calidad hospitalaria.

El peso al nacer se asocia con prematuridad. Este efecto se elimina considerando sólo los niños de bajo peso nacidos a término (entre 37 y 42 semanas de edad gestacional). El peso al nacer se asocia también con embarazos múltiples. Para eliminar este efecto, los nacidos vivos de embarazos múltiples deben ser excluidos del cálculo.

Se recomienda obtener este indicador considerando el total de nacidos vivos por edad gestacional (en semanas): menor de 37 semanas; 37 o más; también por grupos de edad de la madre.

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS PRETERMINO: Es el porcentaje de nacidos vivos con una edad gestacional al nacer menor de 37 semanas completas (menor de 259 días) en un período dado.

El parto pretérmino (o prematuro) es también un determinante importante de la mortalidad infantil al igual que el peso al nacer y, por lo tanto, su prevención se considera la intervención perinatal más importante a realizar.

Porcentaje de nacidos vivos pretermino	=	$\frac{\text{Total de nacidos vivos con edad gestacional al nacer menor de 37 semanas en un período dado}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo período}} \times 100$
--	---	---

El total de nacidos vivos incluye sólo los nacidos vivos con edad gestacional bien especificado. Los datos para su cálculo surgen del informe estadístico de hospitalización.

La frecuencia de neonatos pretérmino se relaciona con el número de embarazos múltiples y las intervenciones obstétricas (que disminuyen la tasa de mortalidad fetal). Por esto se recomienda obtener este indicador según embarazos únicos y embarazos dobles o múltiples. Este indicador es trazador de la frecuencia de inducciones y cesáreas pretérmino, de la utilización de ecografía precoz (para valorar la edad gestacional), cambios en factores demográficos y factores conductuales.

Una limitación importante de este indicador es que la edad gestacional debe calcularse a partir del primer día del último período menstrual normal, dato provisto por la madre que puede tener sesgos de memoria, y es registrado por el profesional, quien puede también tener sesgos de transmisión.

Bibliografía:

"Guía para la Elaboración de Indicadores Seleccionados". Dirección de estadísticas e información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. República Argentina. Serie 1 N° 19. ISSN 0325-0008. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junio 2005.