

<b>Razon de practicas ambulatorias de laboratorio por consulta</b>
<p>Descripción: Se refiere a los análisis clínicos efectuados en todos los laboratorios del establecimiento, solicitados por los profesionales a pacientes ambulatorios.</p>
<p>Numerador: Comprende el total de las prácticas de laboratorio, efectuadas a pacientes ambulatorios en un período.</p>
<p>Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período.</p>
<p>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</p>
<p>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.)</p>
<p>Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables o factores de confusión<sup>1</sup> (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.</p>

<b>Razon de ecografias ambulatorias por 1.000 consultas</b>
<p>Descripción: Son las ecografías ambulatorias efectuadas por el servicio de diagnóstico por imágenes y las que eventualmente efectúen otros servicios especializados.</p>
<p>Numerador: Total de ecografías efectuadas en un período Incluye: Totalidad de ecografías efectuadas por los distintos servicios salvo los excluidos. Excluye: Ecodopler</p>
<p>Denominador: Es el total de consultas ambulatorias (urgencia, programadas o espontáneas) efectuadas por el establecimiento, en el mismo período. Excluye: Consultas domiciliarias</p>
<p>Fundamento: Este indicador se complementa con el de prácticas de laboratorio por consulta. Se trata de indicadores que señalan la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías diagnósticas. Los resultados permiten comparar comportamientos entre profesionales que pudieran estar relacionados con una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal y de los sistemas de apoyo, pero también con otros factores, como los mecanismos de retribución profesional. Por ejemplo, el mecanismo o forma de retribución (pago por “acto médico”, “módulo”, “cápita”, “cartera fija”, entre otros.)</p>
<p>Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables o factores de confusión<sup>1</sup> (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.</p>

<b>Porcentaje de consultas de guardia o de urgencia/ total de consultas del establecimiento.</b>
DESCRIPCION Se refiere a la distribución de consultas de guardia o urgencia sobre el total de consultas de la institución
Numerador: total de consultas de guardia o de urgencia de un periodo X 100
Denominador: total de consultas del mismo periodo
Incluye: las consultas medicas por cualquier causa atendidas en los servicios de urgencia o guardia a pacientes ambulatorios. Excluye: prestación de enfermería en la guardia a pacientes ambulatorios.
Fundamento: este indicador señala la existencia o no de desvíos en la distribución de consultas de urgencia (se espera que el número de consultas de urgencia sea menor que las programadas). La existencia de los mismos podría estar indicando fallas en la provisión de servicios programados y de la atención ambulatoria de primer nivel, una escasa cobertura real y la consecuente inequidad en la atención.

<b>Promedio de días de estada de los egresos</b>
<i>Descripcion:</i> 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 período.
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 días de estada y egresos independientemente del sector en el cual permanecieron (UTI, UTIN, UCIO, etc.). los pacientes que permanecieron internados menos de 24 horas, se considera como 1 egreso con 1 día de estada. Excluye: recién nacido normal pacientes en observación en guardia los pases de servicio dentro del establecimiento no se consideran egresos.
Observación: la utilización de este indicador sin ajuste por variables confundidoras (sexo, edad, diagnóstico, etc.) puede ser cuestionada. Sin embargo se recomienda su utilización aún sin diagnóstico cuando la medición se hizo por tiempo no menores a un año y para hacer análisis de tipo descriptivo.

<b>Porcentaje de cesáreas/ total de partos</b>
Descripción: Se trata de relacionar la totalidad de los partos con aquéllos que fueron resueltos por cesárea.
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.

<b>Tasa de mortalidad neonatal ajustada por peso</b>
Descripción: La mortalidad neonatal es la que se produce entre el primer día de vida extrauterina y los 27 días de vida.
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 (<1500gr, 1500-2499gr, >=2500 gr).
Fundamento: La mortalidad neonatal en Argentina a partir del agrupamiento de causas según criterios de reducibilidad pone de manifiesto que una importante proporción -57,1%- de las defunciones en menores de 28 días son reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, parto o en el recién nacido, en estrecha relación con la calidad de atención. Existe una alta relación entre mortalidad neonatal y la atención prenatal y durante el parto. Al mismo tiempo el peso al nacer se asocia al riesgo de mortalidad infantil y neonatal. De este modo, el indicador de mortalidad neonatal según peso al nacer, permite valorar la calidad de atención, controlando el efecto del peso al nacer (y específicamente las condiciones que conducen al mismo) sobre la mortalidad neonatal antes mencionada. Si bien es difícil poder reducir la mortalidad neonatal en el grupo de recién nacidos de menos de 1500 gr, la mortalidad neonatal en recién nacidos de entre 1500 y 2499 gramos y más aún en niños de más de 2500 gramos guarda una estrecha relación con la calidad en la atención.

<b>Índice de mortalidad / mortalidad esperada en UTI adultos</b>
Descripción: 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 (NOTA: desarrollado en la publicación ministerial)
Deben excluirse los pacientes trasladados a otro hospital.

<b>Porcentaje de historias clínicas sin epicrisis a las 72 hs. de alta</b>
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).

<b>Porcentaje de cirugías suspendidas o postergadas por más de 24 hs.</b>
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.

<b>Porcentaje de reingresos no programados por la misma patología dentro de las 72 hs. de alta</b>
Numerador: Número de altas correspondientes a reingresos no programados de pacientes dentro de las 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.

<b>Tasa anual de accidentes de trabajo del personal</b>
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.
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 Riesgo 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-.

<b>Porcentaje de egresos por alta voluntaria y por fuga/ total de egresos</b>
Numerador: Total de egresos por alta voluntaria y fuga, en el período x 100.
Denominador: Total de egresos en el período.
Fundamento: La decisión de alta voluntaria y/o fuga reúne un conjunto de motivos los que en su mayoría están relacionados con la certeza o no que el paciente tiene respecto de las posibilidades terapéuticas que le puede brindar el establecimiento. Debe diferenciarse de aquella circunstancia en la cual el grupo profesional aconseja derivación o traslados, en estos casos tanto el paciente como los profesionales coinciden en la decisión.
Incluye: Los egresos en los cuales el paciente manifiesta formalmente su deseo de alta en oposición a la recomendación del grupo profesional del establecimiento. Los egresos por “fuga” Excluye: Los traslados o derivaciones por cualquier motivo solicitados por el cuerpo médico Los traslados por condicionamiento de la cobertura financiera (obra Social, Prepaga) Los egresos por fuga de pacientes detenidos con custodia policial, por orden judicial.

Fuente: Resolución 054/03 del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/normas/03\\_54.htm](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/normas/03_54.htm)