

# Fiscalización Operativa de Indicadores de Actividad y Calidad en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)



La definición sistema de calidad en la ISO 8402 es la siguiente: “Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad”.

La implantación de una política de mejora continua en el servicio prestado, el hacer las cosas basándonos en la mejor evidencia científica, y en última instancia, el lograr la satisfacción del usuario, es el objetivo de cualquier política de calidad.

El Consejo de Ministros del Consejo de Europa, en su recomendación de 30 de Septiembre de 1997, establecía: “Los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación externa objetiva realizada por organismos independientes”.

La Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía, asumió con decisión el reto de la Calidad en los Servicios Públicos, desde los primeros antecedentes situados en el Decreto 62/1988, de 2 de marzo, donde se recoge la necesidad de “... dirección, impulso y gestión de las atribuciones relativas a la organización y modernización de la Administración...”, hasta la formulación del Acuerdo del Programa de control de la calidad en la Junta de Andalucía de 1995, en el que se incorpora al área de procedimientos, un subapartado denominado “Control de calidad en la prestación de servicios públicos”, y que marca un antes y un después en las actuaciones en materia de calidad, introduciendo el establecimiento de indicadores al objeto de valorar la evolución en la prestación de los ser-

vicios públicos autonómicos que se facilitan directamente a los ciudadanos.

Dentro de los servicios públicos es la prestación sanitaria la que presenta mayor experiencia y desarrollo en la implantación de indicadores y medición de la satisfacción de los usuarios.

La finalidad de este artículo es exponer la evaluación realizada por la Cámara de Cuentas de Andalucía al sistema de indicadores de actividad asistencial y calidad implantado en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. El informe de fiscalización integral se llevó a cabo por un equipo de auditoría sobre la actividad desarrollada por la empresa pública en el ejercicio 2000.

El análisis operativo de la empresa presentaba ciertas peculiaridades que obligaron en la planificación del trabajo, a replantear la clásica segregación de objetivos de eficacia, eficiencia y economía.

La actividad de emergencias sanitarias es relativamente reciente, apareciendo cuando los sistemas de asistencia sanitaria han alcanzado un nivel de desarrollo y calidad que permiten avanzar en las prestaciones de servicios demandadas por los usuarios.

Cuando se llevó a cabo el trabajo de fiscalización, existían en España 19 servicios de emergencias sanitarias, prestados por Administraciones Públicas de distintos niveles territoriales (Comunidades Autónomas y Ayuntamientos) y con distintas formas jurídicas (organismos autónomos, empresas públicas, servicios privados concertados con instituciones públicas). La planificación y organización interna de los servicios de emergencia también son distintos en cada caso, y no existen, como en el caso de los hospitales, indicadores homogéneos que permitan realizar análisis comparativos entre los distintos servicios.

Además de la falta de homogeneidad en las estructuras directivas y jurídicas comentadas, tenemos que considerar las peculiaridades que presenta la actividad de emergencia sanitaria en cuanto a la eficiencia en la prestación del servicio, ya que se trata de un servicio público en el que es difícil programar, organizar e influir sobre la demanda, por lo que los objetivos de eficiencia y eficacia se confun-

den (“se es eficaz si se es eficiente y viceversa”), estando también limitada la actuación de la dirección sobre los costes de los recursos, en su mayoría fijos a la estructura de la empresa.

Ante esta situación (inexistencia de indicadores homogéneos, medición de la eficacia a partir de los ratios de eficiencia y calidad), el trabajo se orientó, en un principio, sin segregar los objetivos de eficacia, eficiencia y economía, fijando como objetivo único opinar sobre la correcta definición de los indicadores adecuados por parte de la empresa, que permitan medir la calidad del servicio que presta y la consecución de los objetivos previstos en sus planes de actuación (Contratos Programas) al menor coste posible.

Los indicadores de actividad asistencial y calidad aplicados en los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, fue el fruto del trabajo realizado por el “Grupo de Calidad”, constituido por la Dirección del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE). La gerencia de la empresa delega en la Dirección del Centro de Acreditación y Calidad las funciones de planificación, seguimiento y mejora del Sistema de Calidad EPES, acreditado por la ISO 9001 y revisado anualmente por AENOR.

La empresa tenía implantados dos sistemas distintos de evaluación de la actividad y calidad. Por un lado, el tradicional criterio vertical de “evaluación de criterios de resultado”, y por otro, siguiendo las pautas establecidas por el PAUE, la evaluación horizontal o de “criterios por procesos”. En cuanto a este último, desde la Conserjería de Salud se potencia la puesta en marcha de un Plan Marco de integración de los distintos elementos que intervienen en la urgencia y emergencia sanitaria, con el fin de conseguir una continuidad asistencial en todos los niveles de la sanidad pública.

El inicio de este Plan Marco se establece con la integración, entre los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (Centros de Salud de Atención Primaria), Servicios de Emergencia 061 y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalarios. El siguiente paso consiste en establecer un continuo asistencial para cada proceso o síntoma concreto, de

forma que, con independencia del recurso elegido por el ciudadano, la asistencia prestada responda a los parámetros de eficiencia y calidad esperados por los usuarios. El mapa del proceso asistencial para EPES que engloba, además de unos indicadores de proceso y resultado habituales para la empresa, ciertos criterios de calidad y evaluación para cada una de las fases diseñadas, permite objetivizar y medir lo que de forma intangible espera recibir el ciudadano: accesibilidad, trato, información, satisfacción y efectividad.

Para la realización del trabajo de fiscalización se estableció la misma clasificación de indicadores (resultados y procesos), seleccionando los que se consideraron más representativos de la actividad realizada y que además midieran criterios de calidad. Para obtener la visión externa a la empresa y a la vez cualificada, se realizaron entrevistas con los responsables de los servicios de urgencias y cuidados intensivos de 4 hospitales y se realizaron encuestas de satisfacción en una muestra de 15 hospitales más en toda Andalucía; de esta forma se intentó evaluar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios, para lo que no existía ningún indicador definido por la empresa. Para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos se utilizaron las encuestas de satisfacción realizadas por la empresa a una muestra aleatoria de pacientes atendidos y otra de pacientes que habían sido derivados a otros recursos sanitarios (Servicio Especial de Urgencias o consejo sanitario) y que conforman uno de los indicadores de calidad.

A continuación se exponen los indicadores seleccionados y las conclusiones obtenidas:

### 1. Tiempo Medio de Respuesta (TMR)

Se define como el tiempo medio transcurrido desde la hora de recepción de la llamada en el centro coordinador hasta la llegada al lugar del suceso del equipo de emergencia.

En el Contrato Programa se establecen objetivos distintos de TMR en función de la activación de un equipo de emergencia aéreo (zonas fuera de la cobertura del equipo terrestre) o un equipo de emergencia terrestre, distinguiendo a su vez los

TMR de los equipos urbanos y periféricos.

Para su evaluación y control interno de la actividad, la empresa descompone este indicador en dos tiempos:

- Tiempo medio de coordinación. El que tarda el médico coordinador en clasificar la atención como emergencia sanitaria o derivar el servicio a urgencias. Es decir, el tiempo que transcurre desde la hora de entrada de la llamada hasta la asignación del primer recurso.
- Tiempo medio de activación. El transcurrido desde que se asigna el recurso hasta que sale el equipo de asistencia. El tiempo transcurrido desde la activación hasta la llegada al lugar del suceso no se considera en la evaluación, al entenderse que no depende directamente del personal operativo.

En el cuadro siguiente se exponen los objetivos y resultados obtenidos por provincias del TMR (min.,seg.) en zona urbana:

POBLACION	OBJETIVOS	RESULTADOS
Almería	08,24	08,31
Cádiz	10,02	09,51
Córdoba	09,13	09,44
Granada	09,50	10,21
Huelva	08,20	08,19
Jaén	07,46	07,34
Málaga	11,22	11,20
Sevilla	11,10	13,01
<b>Andalucía</b>	<b>10,00</b>	<b>09,50</b>

Los cálculos realizados por la empresa para la evaluación de este objetivo no incluyen los tiempos de respuesta obtenidos por los equipos de emergencia de las zonas urbanas, cuando la asistencia se produce en las áreas metropolitanas incluidas en su ámbito de cobertura.

Es decir, se cumple el objetivo global de TMR marcado en el Contrato Programa (<10 min.), cuando la emergencia asistida es en la misma ciudad, pero no cuando ésta se produce en las poblaciones cercanas a las que se les oferta el servicio de emergencia sanitaria.

## 2. Índice de Emergencias no Detectadas (IEND)

Se considera Emergencia no Detectada cuando un paciente ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos o fallece, con un cuadro clínico compatible con los síntomas o signos que generó 24 horas antes de la hospitalización o fallecimiento, una demanda asistencial por cualquier línea al servicio provincial que no fue valorada como emergencia, por lo que no se activó desde el centro coordinador el recurso 061 y se derivó a otro dispositivo o bien, siendo correctamente clasificada como emergencia, tras ser asistido el paciente por el equipo operativo, no fue evacuado al centro hospitalario.

Se puede considerar que este es el indicador de calidad más importante que tiene definida la empresa, ya que mide el índice de errores cometidos al discriminar los recursos por parte del facultativo coordinador o de diagnosticar la emergencia por parte del equipo operativo.

Para el cálculo de este indicador, los servicios provinciales solicitan mensualmente a los centros hospitalarios información acerca de los pacientes ingresados en los servicios de cuidados intensivos. Esta información se cruza con las demandas de atención sanitaria recibidas en los centros coordinadores. Actualmente, no se solicita información al Registro Civil para comprobar las posibles defunciones de pacientes en sus domicilios particulares. La empresa argumenta que el Registro ha negado facilitar información siempre que le ha sido solicitada.

Tanto por mil

	OBJETIVOS	RESULTADOS	
		1º SEMEST.	2º SEMEST.
Almería	<4	1,78	2,37
Cádiz	<4	1,68	1,59
Córdoba	<4	2,57	2,37
Granada	<4	1,93	2,88
Huelva	<4	3,82	0,17
Jaén	<4	2,14	1,10
Málaga	<4	3,01	2,67
Sevilla	<4	3,31	1,16
<b>Andalucía</b>	<b>&lt;4</b>	<b>2,53</b>	<b>1,79</b>

Han sido consultados por el equipo de auditoría, sobre la bondad de este indicador, los responsables

de los servicios de urgencias y cuidados intensivos de 15 hospitales públicos coincidiendo todos los profesionales sanitarios consultados en considerar que, aunque la información suministrada por el indicador es de vital importancia para medir los errores de clasificación de la demanda asistencial y analizar los motivos por los que puedan producirse, la fuente de información para medirlo resulta incompleta, ya que deben incluirse no sólo los pacientes ingresados en cuidados intensivos, sino también los que pudieran encontrarse en urgencias, en los servicios post-quirúrgicos, y las posibles defunciones de los pacientes tanto en los centros hospitalarios como en los domicilios particulares.

## 3. Índice de Emergencias no Confirmadas (IENC)

Se consideran emergencias no confirmadas o inadecuadas todas las demandas asistenciales recibidas en los centros de coordinación y que se resuelven con la activación de un equipo de emergencia, y que tras la atención al paciente, el juicio clínico principal no se clasifica como emergencia sanitaria.

Este indicador intenta medir la eficiencia en el envío del equipo de emergencias como la relación entre el número de activaciones por causas que finalmente no resultan ser emergencias reales y el número total de activaciones.

No se han fijado objetivos primando este indicador, considerando que la mejora de las ENC va en detrimento de las END y siendo prioritario e irrenunciable el cumplimiento del segundo. Durante el ejercicio ha sido objeto de seguimiento para conocer su evolución en cada servicio provincial y calcular un índice de calidad que relacione ambos indicadores.

PROVINCIA	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Almería	32,18	34,93
Cádiz	35,57	37,60
Córdoba	28,93	33,12
Granada	33,21	28,29
Huelva	32,21	36,42
Jaén	38,86	39,10
Málaga	33,08	37,76
Sevilla	30,32	42,02
<b>Andalucía</b>	<b>33,04</b>	<b>37,44</b>

La inexistencia de objetivo fijado para las ENC obliga a analizar su evolución respecto a los resultados obtenidos en ejercicios anteriores.

Comparando la evolución durante el ejercicio 2000 de los dos indicadores, se observó que en seis de las provincias una disminución del IEND supone un incremento del IENC, lo que corrobora la relación inversa entre ambos indicadores.

La Dirección de la empresa considera que la vinculación a incentivos de este indicador puede suponer un freno al incremento de actividad de los equipos operativos, por lo que en el ejercicio 2001, no fue objeto de seguimiento con el fin de abordar como objetivo prioritario en los próximos ejercicios el aumento progresivo de actividad asistencial (número de pacientes asistidos por los equipos de emergencia).

#### 4. Índice de Codificación Diagnóstica

Indica la cumplimentación del Diagnóstico clínico por parte del facultativo que realiza la asistencia. La valoración del paciente tras su asistencia se codifica según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC).

El objetivo fijado en el contrato programa era conseguir el 100% de codificación diagnóstica. Los objetivos internos marcados por la empresa y vinculados a incentivos, fijaron el objetivo en un 85% para el primer semestre y un 90% para el segundo semestre.

El resultado global del ejercicio para Andalucía ha sido del 96%, cuatro puntos porcentuales por debajo del objetivo previsto en el Contrato Programa.

Porcentajes

	1º SEMESTRE		2º SEMESTRE	
	OBJETIVO.	RESULTADOS.	OBJETIVO.	RESULTADOS.
Almería	»85	99	»90	99
Cádiz	»85	95	»90	94
Córdoba	»85	88	»90	96
Granada	»85	99	»90	99
Huelva	»85	94	»90	94
Jaén	»85	94	»90	100
Málaga	»85	98	»90	98
Sevilla	»85	90	»90	97
<b>Andalucía</b>	<b>»85</b>	<b>95</b>	<b>»90</b>	<b>97</b>

A partir de la información suministrada por este indicador, la empresa podría analizar la concordancia diagnóstica entre el facultativo del Centro Coordinador, con el del Equipo de Emergencia y posteriormente, este último, con el diagnóstico hospitalario. Actualmente la empresa no evalúa la concordancia entre los distintos diagnósticos.

#### 5. Índice de Adherencia a Protocolos

Toda la actividad desarrollada en la atención de las emergencias debe atenerse al contenido de los protocolos asistenciales aprobados por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE). Todos los servicios provinciales han superado ampliamente el objetivo previsto, tanto para los protocolos asistenciales (>85%) como para los de coordinación (>75%), por lo que deberían ser revisados los objetivos de forma que sigan siendo alcanzables pero motivadores.



#### 6. Grado de Satisfacción de los Pacientes

El grado de satisfacción de pacientes se valora con la realización de encuestas telefónicas al final del ejercicio, a una muestra aleatoria de los pacientes atendidos y otra de pacientes que han sido derivados a otros recursos sanitarios (atendidos por el Servicio Especial de Urgencias o que se han resuelto con un consejo sanitario).

Las encuestas realizadas desde los servicios provinciales incluyen aspectos de información al usuario, trato humano y calidad técnica, marcando un interés especial en la percepción del tiempo de respuesta por el usuario.

El grado de satisfacción de los pacientes atendidos ha sido de 9,36 puntos sobre 10, con un objetivo fijado en 8,5 puntos. Para la evaluación de los pacientes derivados no se fijó objetivo alguno; el resultado obtenido ha sido de 8,43 sobre un total de 10 puntos.

(0-10 puntos)

	OBJETIVOS	RESULTADOS	
		Pacientes ATENDIDOS	Pacientes DERIVADOS
Almería	8,5	9,49	8,89
Cádiz	8,5	9,46	9,05
Córdoba	8,5	9,33	9,04
Granada	8,5	9,28	7,99
Huelva	8,5	9,30	8,28
Jaén	8,5	9,36	8,79
Málaga	8,5	9,61	6,72
Sevilla	8,5	9,03	8,67
<b>Andalucía</b>	<b>8,5</b>	<b>9,36</b>	<b>8,43</b>

Resulta necesario profundizar en la satisfacción del usuario, incluyendo en la valoración a la población total, usuarios reales y potenciales, de forma que la empresa conozca lo que el usuario espera del servicio. Con esta idea se han creado en el ejercicio 2001 los llamados Grupos Focales, compuestos por representantes de todos los sectores de la población, con los que se trabaja en relación a las expectativas de calidad del servicio que espera el ciudadano de la atención a las emergencias.

#### 7. Grado de Satisfacción de los Profesionales Sanitarios

La empresa no cuenta con ningún indicador destinado a conocer la opinión que el profesional sanitario tiene de la actividad que desarrolla. En definitiva son los facultativos de los centros hospitalarios los que pueden opinar de la calidad de atención que ofrece la empresa, ya que son los especialistas que reciben al paciente para la continuación del proceso sanitario. Los usuarios pueden ofrecer la sensación de calidad, pero no pueden valorar la calidad efectiva en términos sanitarios.

Se ha llevado a cabo por el equipo de auditoría una encuesta de satisfacción en una muestra de 15 hospitales públicos andaluces.

Los resultados han sido satisfactorios, en todos los casos consultados, en cuanto a la calidad de la atención sanitaria prestada por la empresa. Se le reconoce asimismo, un papel importante en la realización de actividades formativas en materia de urgencias y emergencias sanitarias.

No obstante, se debe señalar que los profesionales sanitarios no tienen conciencia de la integración de la EPES en el sistema público de salud y muestran un claro desconocimiento de los objetivos estratégicos marcados por la Consejería de Salud en relación a la integración de los procesos de urgencias y emergencias sanitarias. Por otro lado, consideran necesario implantar criterios para derivación de pacientes atendidos por los operativos de emergencia, de forma que no se produzcan situaciones de saturación de los servicios de urgencias y cuidados intensivos en unos hospitales y baja ocupación de otros.

#### Evaluación de Criterios por Proceso

Desde la Consejería de Salud se potencia la puesta en marcha de un Plan Marco de integración de los distintos elementos que intervienen en la urgencia y emergencia sanitaria, con el fin de conseguir una continuidad asistencial en todos los niveles de la sanidad pública.

El inicio de este Plan Marco se establece con la integración, siguiendo las directrices de PAUE, entre los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (Centros de Salud de Atención Primaria), Servicios de Emergencia 061 y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalarios. El siguiente paso consiste en establecer un continuo asistencial para cada proceso o síntoma concreto, de forma que, con independencia del recurso elegido por el ciudadano, la asistencia prestada responda a los parámetros de eficiencia y calidad esperados por los usuarios.

El mapa del proceso asistencial para EPES que engloba, además de unos indicadores de proceso y

resultado habituales en la empresa, ciertos criterios de calidad y evaluación para cada una de las fases diseñadas, permite objetivizar y medir lo que de forma intangible espera recibir el ciudadano: accesibilidad, trato, información, satisfacción y efectividad.

Se definen las fases del Proceso Asistencial, los procesos soportes de cada una de ellas y los indicadores para su evaluación.

Al igual que en la evaluación por criterios de resultados, los datos se obtienen por cada servicio provincial y son procesados y evaluados semestralmente.

Los resultados obtenidos sobre el objetivo fijado han sido los siguientes:

	OBJETIVO	RESULTADOS	
		1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Almería	100	74,77	95,27
Cádiz	100	69,58	92,92
Córdoba	100	73,88	90,78
Granada	100	71,28	93,52
Huelva	100	72,32	93,53
Jaén	100	72,56	94,73
Málaga	100	73,18	95,35
Sevilla	100	69,84	93,77
<b>Andalucía</b>	<b>100</b>	<b>72,18</b>	<b>93,73</b>

Porcentajes

## Conclusiones

El informe concluye con opinión positiva acerca de la consecución de los objetivos de actividad fijados tanto por la empresa como por la Consejería de Salud alcanzándose, en general, los objetivos de eficiencia y calidad en la prestación del servicio.

Pero el reto de la mejora en la calidad en los servicios públicos en general y sanitarios en particular permanece vigente, ya que los indicadores deben adaptarse a unas necesidades de la sociedad que evolucionan y cambian permanentemente, por lo que los servicios de salud, quizá más que otros, deben ser objeto de revisión y actualización. Las nuevas variables a las que se enfrenta el sistema de salud son:

- 1) Envejecimiento progresivo de la población. Mayor número de mayores con salud frágil e incapacidades.
- 2) Cambio de la proporción población activa/inactiva.
- 3) Menos cuidadores informales en las familias.

Las nuevas características sociales y los avances de los sistemas de información e informatización, unido a las limitaciones presupuestarias que encorsetan al gasto sanitario (necesidad de restricciones en la hospitalización, integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales), hacen necesario avanzar hacia nuevas fórmulas de prestación del servicio de salud.

Una de las tendencias sobre la que se avanza actualmente es en la estrategia de Salud Digital ("Salud Digital para una sociedad que envejece, presente y futuro". Instituto de Prospectivas Tecnológicas de la Comisión Europea). Para el desarrollo de esta nueva línea de actuación se hace necesaria la revisión de todo el sistema de información actual, replanteando casi en origen las necesidades y prioridades de los servicios sanitarios y por ende la implantación de indicadores de medición de la calidad en la prestación y satisfacción de los usuarios.

## BIBLIOGRAFÍA

Arcelay, A., Lorenzo, S., Bacigalupe, M., Mira, J.J., Ignacio, E., Palacio, F., Villater Velasco, V. "Adaptación de un modelo de calidad total a las instituciones sanitarias españolas", *Revista Calidad Asistencial* 2000, 25:184-192.

Barragán Carmona, Joaquín (1998), *Calidad en Administración Pública*. IAAP.

Joint Comission International Accreditation, *Estándares Internacionales de acreditación de hospitales*. 2000. *Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias*. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Andaluz de Salud, Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE). Edición 2000.

*Sistemas de Gestión de la Calidad*. ISO. 9000 del 2000.