

ARTÍCULOS ORIGINALES

CALIDAD Y SEGURIDAD DE MATERNIDADES PÚBLICAS ARGENTINAS DE MAYOR COMPLEJIDAD. RESULTADOS DE EVALUACIONES EXTERNAS.

Quality and Safety of More Complex Argentine Public Maternity Hospitals. Results of External Evaluations

Ricardo Gustavo Bernztein¹, Carol Mae Gilmore¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Para contribuir a reducir la mortalidad materno-infantil, el Ministerio de Salud de la Nación implementó la evaluación externa (EE) de maternidades públicas categorizadas como IIIB. OBJETIVOS: Evaluar la calidad y seguridad de las maternidades en Argentina. MÉTODOS: Se utilizó una herramienta con 254 estándares ponderados por riesgo, hubo 24 evaluadores capacitados, "trazamiento" de pacientes, entrevistas con personal y pacientes, revisión de documentos, recorridas, fotografías y observación. Se recurrió a fuentes de información primarias. RESULTADOS: Se evaluaron 16 maternidades (mediana: 4 125 partos anuales). Los procesos más riesgosos fueron: manejo de medicaciones, cirugías, reporte de errores, identificación del paciente, reanimación cardiopulmonar del adulto y emergencias obstétricas, comunicación, personal y servicios (atención continua, guardias, horarios de ecografías, anesestesiólogos, camilleros, control de competencias, uso de guías), control de infecciones y seguridad del entorno. CONCLUSIONES: Las maternidades públicas de mayor complejidad tienen muchos procesos inseguros. Las EE son efectivas para obtener información sobre riesgos, priorizar procesos a mejorar y estimar la frecuencia de ocurrencia de problemas sistémicos. Deberían ser parte de una estrategia de calidad nacional que contemple apoyo, incentivos y obligaciones, a fin de que las instituciones logren las mejoras necesarias para disminuir riesgos.

PALABRAS CLAVE: Evaluación Externa - Acreditación - Calidad - Seguridad - Materno-Infantil

¹ Ministerio de Salud de la Nación Buenos Aires, Argentina.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: no hubo financiación externa.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27 de septiembre de 2016

FECHA DE ACEPTACIÓN: 22 de mayo de 2017

CORRESPONDENCIA A: Ricardo Gustavo Bernztein

Correo electrónico: rbernz@gmail.com

Registro RENIS N°: IS001548

ABSTRACT. *INTRODUCTION:* To contribute to reducing maternal and infant mortality, the National Ministry of Health implemented a project of external evaluation (EE) of public hospitals providing maternity care under category IIIB. *OBJECTIVE:* To evaluate the quality and safety in maternity hospitals in Argentina. *METHODS:* The study used a tool with 254 risk-weighted standards, including 24 trained evaluators, tracing of patient care, interviews with staff and patients, document review, visits to services, photos, and observation. Information was gathered from primary sources. *RESULTS:* A total of 16 hospitals were evaluated (median: 4125 births annually). The processes of highest-risk were: medication management, surgery, error reporting, patient identification, adult cardiopulmonary resuscitation and obstetric emergency preparedness, communication, staff and services (continuity of care, personnel on-duty, availability of ultrasound examinations, anesthesiologists, auxiliary personnel, control of competencies, use of guidelines), infection control, and safety of the environment. *CONCLUSIONS:* Many unsafe processes were identified in high-complexity public maternity hospitals. EEs are effective for gathering information about risks, prioritizing processes for improvement, and estimating the frequency of occurrence of systemic problems. They should be part of a national quality strategy considering support, incentives, and mandatory requirements so that hospitals take action to reduce risk.

KEY WORDS: Patient Safety; Medication Errors; Public Health; Pharmacovigilance

INTRODUCCIÓN

La República Argentina se comprometió a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015. Los ODM 4 y 5 apuntan a reducir la mortalidad materna (MM) y la mortalidad infantil (MI), respectivamente¹. Con tal propósito el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) ha implementado numerosas estrategias en las provincias argentinas, como Regionalización Perinatal²⁻⁴, Categorización de las Maternidades según cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)⁵, Capacitaciones en Servicio⁶, Capacitación en la Emergencia Obstétrica, Cursos de Reanimación Cardiopulmonar del Neonato, Atención

Integral Post-Aborto, Programa de Cardiopatías Congénitas, Estrategia Alta Conjunta, Comités de Análisis de la MM y MI, Guías de Práctica Clínica, Sistema de Aseguramiento de Anticonceptivos, Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente^{7,8} y Plan Nacer/Sumar⁹. La efectividad de muchos de estos programas dependía y depende de la calidad y seguridad de la atención hospitalaria.

Desde 1990 la mortalidad materno-infantil (MMI) registra una tendencia decreciente, pero insuficiente para lograr los ODM¹⁰. Entre 1990 y 2013 hubo un descenso del 38,5% en la MM (1990: 5,2‰; 2013: 3,2‰), pero esa reducción no fue constante y el nivel está lejos del ODM 5 (MM < 1,3‰). La MI también disminuyó en el mismo período; lo hizo en un 57,9% (de 25,6‰ a 10,8‰), tasa insuficiente para el ODM 4 (MI < 8,5‰). Dos tercios de la MI es neonatal (tasa 7,4‰ en 2013), en especial precoz, de recién nacidos prematuros o de bajo peso. En Argentina se alcanzó la cobertura universal de los partos: 754 603 nacidos vivos en 2013, con 99,5% de partos institucionales; 434 025 nacimientos se produjeron en establecimientos públicos, donde ocurre la mayor parte de la MMI reducible¹⁰⁻¹².

El MINSAL estimó que los ODM 4 y 5 no se cumplirían. Entonces, convocó a agencias internacionales, sociedades científicas, ONG, centros de estudio y referentes de Poderes Ejecutivos Provinciales y del Poder Legislativo nacional a proponer acciones para acelerar la reducción de la MMI. Se sugirió encarar un proceso de acreditación institucional, comenzando con una experiencia piloto de Evaluación Externa (EE) de las maternidades públicas de mayor complejidad, categorizadas como IIIB¹³ para: establecer una línea de base y diagnosticar las prioridades de los procesos más riesgosos. El proyecto de EE de maternidades se encuadra en la función de Rectoría del MINSAL (Resolución Ministerial 1189/2007). Fue creado en 2013 bajo dependencia de la Subsecretaría de Salud Comunitaria, con la colaboración de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud.

En 2013 se elaboró la principal herramienta de evaluación, compuesta por estándares que se agregan en procesos. Para ello se seleccionaron, probaron y adaptaron para la Argentina, herramientas y metodologías de EE que fueron diseñadas y validadas para uso internacional por organismos con largas trayectorias en la acreditación, como la *Joint Commission International*. En 2014 se inició en 16 grandes maternidades públicas de Argentina el proyecto piloto de EE, que no incluyó acreditación¹⁴.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad y seguridad de procesos y estructuras en 16 maternidades públicas categorizadas como IIIB, sobre la base de los resultados de las EE durante 2014.

MÉTODOS

La metodología de estas EE fue similar a la utilizada por organismos acreditadores internacionales: una evaluación por pares externos de la institución y de su zona geográfica,

enfocada en los procesos de atención de madres/neonatos y en las estructuras necesarias para su funcionamiento. Se trató de una acción voluntaria y abarcadora de todas las áreas y sectores relacionados con la atención perinatal¹⁵. Su contenido no estuvo dirigido al desempeño del personal ni de un servicio aislado¹⁶.

Fueron incluidas maternidades públicas categorizadas como nivel IIIB (las más complejas), con más de 1500 partos por año, univalentes o parte de hospitales generales polivalentes. Se seleccionaron aquellas maternidades nacionales, provinciales o municipales en las que las autoridades políticas jurisdiccionales y los directores del establecimiento acordaron ser evaluados. Se analizó el total de maternidades estudiadas, pero la muestra no fue probabilística, debido a que la evaluación fue voluntaria.

Se estandarizaron los procesos de la EE, entre los cuales la evaluación fue sólo una etapa (ver Tabla 1). Para ella se elaboró una herramienta adjunta en versión digital (ver Anexo electrónico: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen31/Anexo-1.pdf>), aprobada tras un proceso de revisiones por expertos y pruebas en terreno, que presenta un formato de hoja de cálculo (Excel) y está compuesta por 254 estándares distribuidos en 16 capítulos (ver Tabla 2) correspondientes a 55 procesos organizados según el recorrido del paciente. Los estándares abarcan: 1) procesos de toda la institución, enfocados en la seguridad del paciente; 2) cuidados maternos, neonatales y servicios auxiliares; 3) aspectos estructurales, como infraestructura, equipamiento o recursos humanos. Para seleccionar los estándares, se consideraron las principales causas directas e indirectas de morbilidad y mortalidad materna e infantil prevenibles en Argentina, y se realizó un consenso de expertos¹⁰. Las fuentes de los estándares fueron: programas internacionales de acreditación y EE, recomendaciones de ONG relacionadas con la atención perinatal y emergencias obstétricas, programas del MINSAL, guías clínicas

TABLA 1. Procesos comprendidos en la evaluación externa (EE).

1	Oferta desde el Ministerio de Salud de la Nación a las maternidades seleccionadas.
2	Mesa previa: presentación del contenido de objetivos y metodología de las EE, dirigida a las autoridades. Entrega de los estándares. Preparación de la institución.
3	Evaluación: durante 2 días, un equipo compuesto por 2-4 expertos evalúa la maternidad a través de trazamiento de procesos y estructuras, y observa a los pacientes siguiendo un mapa de ruta/agenda.
4	Devolución: se reúnen los evaluadores con las autoridades nacionales y jurisdiccionales. Se entregan los resultados como Resumen Ejecutivo y el instrumento de evaluación. Los evaluadores realizan una presentación, con fotografías tomadas durante la evaluación que representan procesos y sistemas disfuncionales. También recomiendan los pasos a seguir.
5	Análisis: comparación y análisis de tendencias en las EE por proceso, capítulo, maternidad, jurisdicción, etc.
6	Coordinación de trabajos sobre soluciones con apoyo, seguimiento y reevaluación. Proceso planificado que no integró el piloto.

Fuente: Elaboración propia.

nacionales sobre atención perinatal y leyes pertinentes. A fines de 2013 se realizó una prueba de factibilidad del instrumento en campo, valorando la evaluabilidad de cada estándar e identificando estándares faltantes. El instrumento y la metodología de la evaluación fueron ensayados en un hospital y revisados sobre la base de esta experiencia.

Se capacitó en metodología de la evaluación a 24 evaluadores, médicos, enfermeras y obstétricas, todos especializados en Neonatología u Obstetricia, que recibieron 16 horas de instrucción teórica y 48 horas de práctica. Los evaluadores también fueron entrenados en comunicación efectiva, incluido el manejo de obstáculos (como el ocultamiento de información).

Las fuentes de información fueron primarias. Los datos para constatar el cumplimiento de los estándares fueron obtenidos por los evaluadores a través del trazamiento (seguimiento) de casos, y no por la verificación de listas de cotejo.

Para la EE se valoró el logro de estándares de la herramienta de evaluación. Las EE de maternidades tuvieron un contenido dirigido a la atención de embarazadas, puérperas y neonatos. Se evaluó obstetricia, neonatología, guardia, quirófanos, servicios complementarios, hemoterapia, consultorios, ambulancias, farmacia, laboratorio, bioingeniería, esterilización y cuidados intensivos, lo cual representa toda la organización en maternidades univalentes y sólo una parte en hospitales generales.

Antes de cada evaluación, el equipo revisó fuentes secundarias: datos de resultados disponibles de las maternidades (Registro Federal de Establecimientos de Salud, informes de capacitadores en servicio, Sistema Informático Perinatal o SIP-Gestión, SUMAR) y noticias (diarios, sitios web, etc.). Los evaluadores utilizaron una minuciosa agenda de evaluación hora por hora y sector por sector. Los estándares del instrumento fueron relevados por los evaluadores a través de una metodología de trazamiento (o muestreo)¹⁷ de pacientes complejos, tres maternos y tres neonatales, en la que se seguían las estructuras y procesos relacionados con el cuidado de esas personas. Los casos para el trazamiento eran seleccionados entre los pacientes internados y se basaban en criterios predefinidos, como embarazos de alto riesgo con complicaciones y neonatos en cuidados intensivos. El trazamiento incluyó los procesos y estructuras experimentados desde la atención prenatal hasta el seguimiento posterior al alta. Se utilizaron entrevistas con jefaturas, personal junto a los pacientes y los pacientes mismos y sus familiares, con revisión de documentos, revisión de datos y su validez, recorridas, fotografías y observación. Al final de cada día, los evaluadores escribían sus observaciones y calificaban los 254 estándares.

Los estándares fueron calificados por los evaluadores en una escala de tres puntos: "no cumple", "cumple parcialmente" o "cumple completamente". Cada nivel de calificación fue definido en un Manual para Evaluadores, que explicaba cómo asignar apropiadamente el cumplimiento.

- "Cumple completamente": Cuando, después del recorrido, entrevistas, revisión de documentación y observaciones, el evaluador concluía que la práctica en la maternidad respondía "sí" o "siempre" al requerimiento específico del estándar (80% de cumplimiento o más en un proceso cuantificable).

- "Cumple parcialmente": Cuando la conclusión era que la práctica respondía "habitualmente" al requerimiento específico (60-79% de cumplimiento en un proceso cuantificable).

- "No cumple": Si la conclusión era que la práctica respondía "a veces", "rara vez" o "nunca" al requerimiento específico (59% de cumplimiento o menos en un proceso cuantificable).

También se calificaba un ítem como "no aplicable" cuando no era posible evaluar el estándar.

En una hoja de cálculo, la calificación asignada por el evaluador se multiplicaba automáticamente por una ponderación previa del riesgo de morbimortalidad por el incumplimiento del estándar. Un valor de 1 (poco riesgo) a 10 (máximo riesgo) fue preasignado a cada estándar por expertos, tras estimar cómo podría incidir el incumplimiento en la atención al paciente. Al resultado numérico le correspondió un color verde, amarillo o rojo. En este sistema de semaforización, los rojos en el informe de las EE reflejaban los procesos con poco cumplimiento, considerados de alto riesgo por su potencial impacto en la seguridad de los pacientes. A la vez, el instrumento requería comentarios de los evaluadores para cada estándar incumplido, permitía elaborar un plan de trabajo para resolver los rojos y amarillos, y generaba gráficos automáticamente.

Este proyecto piloto de EE se limitó a evaluar los procesos y algunas estructuras de las maternidades, y no incluyó intervenciones para mejoras, monitoreo posterior ni mediciones del impacto en los ODM.

TABLA 2. Capítulos de la herramienta de EE, con numerosos procesos y estándares comprendidos en cada uno de ellos.

1	Acceso a los servicios
2	Reanimación cardio-pulmonar (RCP), urgencias/complicaciones
3	Liderazgo, personal y servicios
4	Derechos, educación al paciente y comunicación
5	Evaluación, planificación y tratamiento del paciente Ciclo perinatal:
6	Anticoncepción y salud sexual
7	Atención prenatal
8	Interrupción del embarazo
9	Cirugía
10	Partos
11	Puerperio
12	Nacimiento y cuidados iniciales
13	Cuidados intensivos
14	Metas internacionales de seguridad
15	Medicaciones, productos nutricionales
16	Prevención de infecciones y seguridad del entorno

Fuente: Elaboración propia.

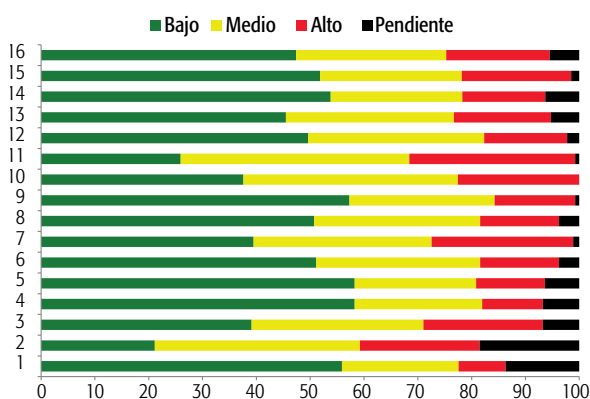
RESULTADOS

En 2014 se realizó la EE de 16 instituciones, con una mediana de 4 125 partos/año, en las siguientes jurisdicciones: Nacional (1), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3), Provincia de Buenos Aires (8), Tucumán (1), Mendoza (1), Córdoba (1) y Catamarca (1). En total, representan más del 15% de los partos del sector público. Hubo 4 maternidades univalentes y 12 que funcionan dentro de hospitales generales.

En todos los casos, la EE reveló la presencia de procesos, sistemas o estructuras por mejorar. Los procesos más problemáticos fueron: manejo de medicaciones de alto riesgo, programa de cirugías seguras, reporte de incidentes y errores, identificación del paciente, reanimación cardiopulmonar del adulto, manejo de emergencias obstétricas, comunicación segura, gestión de medicaciones y alimentos, personal y servicios (por ejemplo: continuidad de la atención, guardias, horarios de ecografías, anestesiólogos, camilleros, control de competencias y uso de protocolos), control de infecciones y seguridad del entorno. En la Tabla 3 (<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen31/Anexo-tabla-3.pdf>) se identifican y puntúan, como promedio de las 16 instituciones, los 10 procesos más riesgosos para la población, identificados por capítulos y estándares.

En el gráfico 1 se observan, desagregados por maternidad, los resultados por capítulo presentados en términos del riesgo

GRÁFICO 1. Evaluación de capítulos "semaforizados" de acuerdo con el riesgo de mortalidad materna y neonatal en las 16 maternidades.



	Maternidad							
Riesgo	1	2	3	4	5	6	7	8
Bajo	55,9	21,1	39,1	58,3	58,3	51,1	39,5	50,8
Medio	21,7	38,1	32,0	23,7	22,6	30,5	33,1	30,8
Alto	8,7	22,3	22,2	11,3	12,8	14,7	26,3	14,7
Pendiente	13,7	18,5	6,8	6,8	6,4	3,8	1,1	3,8
	100	100	100	100	100	100	100	100
	Maternidad							
Riesgo	9	10	11	12	13	14	15	16
Bajo	57,3	37,6	25,9	49,6	45,5	53,7	51,8	48,5
Medio	27	39,8	42,5	32,7	31,2	24,4	26,3	28,6
Alto	15	22,6	30,8	15,4	18,0	15,4	20,3	19,7
Pendiente	0,7	0	0,8	2,3	5,3	6,3	1,5	5,6
	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir de los instrumentos de evaluación de las maternidades.

promedio. En el conjunto de maternidades se registraron los siguientes valores: riesgo alto (18,1%), riesgo medio (30,3%) y riesgo bajo (46,5%), con un promedio de 5% pendientes, que no fueron calificados por ser no aplicables o no evaluables en la institución. En cuanto a la variabilidad de los procesos entre las 16 instituciones, por ejemplo, la maternidad 1 tuvo 8,7% de procesos de alto riesgo, mientras que la maternidad 11 presentó más del 30%.

El gráfico 2 muestra el resumen del resultado por capítulo en un hospital del conurbano bonaerense, con más de 7 000 partos anuales.

DISCUSIÓN

El trabajo tuvo limitaciones. Las maternidades IIB evaluadas se seleccionaron en función de las negociaciones con jurisdicciones y no fueron estadísticamente representativas del conjunto de los establecimientos públicos de su tipo en Argentina. Es posible que aceptaran ser evaluadas las que tienen un mejor desempeño. El proyecto se limitó a establecer líneas de base y priorizar riesgos; aunque contempló la acción, no incluyó en esta etapa una coordinación de intervenciones para la mejora y el seguimiento, que serían claves para evaluar el impacto de EE. Este proyecto de EE de maternidades tampoco incluyó varios de los principales elementos de programas completos de acreditación institucional (por ejemplo, apoyo a las instituciones en materia de calidad y seguridad del paciente, requerimientos para mediciones con indicadores, evidencias de mejoras o reevaluaciones) ni resultó en decisiones de "acreditado" o "no acreditado", pero estos elementos fueron contemplados para subsecuentes fases del proyecto¹⁸. En los hospitales generales, donde no se pudo evaluar la totalidad, se puso énfasis en los servicios y sectores más relacionados con la atención materna y neonatal. Igualmente, la mayoría de los hallazgos de alto riesgo estuvieron vinculados con procesos problemáticos para todo el hospital y para todos los establecimientos (por ejemplo, la inadecuada preparación para RCP de adultos en sectores de trabajo de parto, quirófanos para cesáreas e internación). Según la premisa de la metodología de las trazadoras para identificar problemas, la detección de procesos ausentes o que no funcionan en servicios integrantes de un sistema aporta información sobre el comportamiento general²⁰.

El trabajo responde a un tema sumamente relevante desde el punto de vista de la Salud Pública, como es la calidad de atención de los servicios de salud y los resultados aún insuficientes en términos de reducción de la MMI. Los instrumentos que evalúan la calidad y seguridad, particularmente en países donde el acceso y cobertura han sido resueltos, son de gran relevancia. Muchos de los estándares no cumplidos se asocian a normas que ya existen, pero que aún no han sido implementadas y supervisadas suficientemente. En la Salud Pública de Argentina, la información, supervisión y control sobre el desempeño de los hospitales en relación con expectativas nacionales e internacionales

de calidad y seguridad no es significativa. Los autores no conocen la existencia de programas de EE en provincia alguna. Para reducir los riesgos y mejorar la atención¹⁹, los hospitales requieren procesos estandarizados y evaluados. Por ello, es trascendente desarrollar un proyecto de EE institucionalizado, que permita contar con una línea de base, priorizar riesgos y articular procesos de mejoras con autoridades jurisdiccionales para eventualmente acreditar o certificar las maternidades como seguras.

Las EE fueron efectivas para establecer una línea de base y definir prioridades para trabajar en mejoras de procesos y estructuras. Cada institución recibió información detallada sobre su desempeño en relación con cada capítulo/proceso/ estándar, lo cual permitió fijar prioridades individualizadas por maternidad. El MINSAL obtuvo la información sobre el desempeño de los 16 hospitales según 254 estándares seleccionados y evaluados. Los resultados específicos de mejoras necesarias coincidían con muchos de los descritos en la literatura²¹. Un hallazgo general fue la gran variabilidad inapropiada de los procesos, que marca una fuerte asociación entre la calidad de atención y el lugar donde se consulta (Gráfico 1)^{22,23}. Dado que los hallazgos fueron clasificados por riesgo y analizados por tendencias, el MINSAL podría definir las prioridades de los programas y estrategias con el fin de mejorar primero la atención en los procesos con mayor riesgo de morbilidad. Las evaluaciones también incluyeron la oportunidad de realizar intercambios consultativos entre los evaluadores y los profesionales de

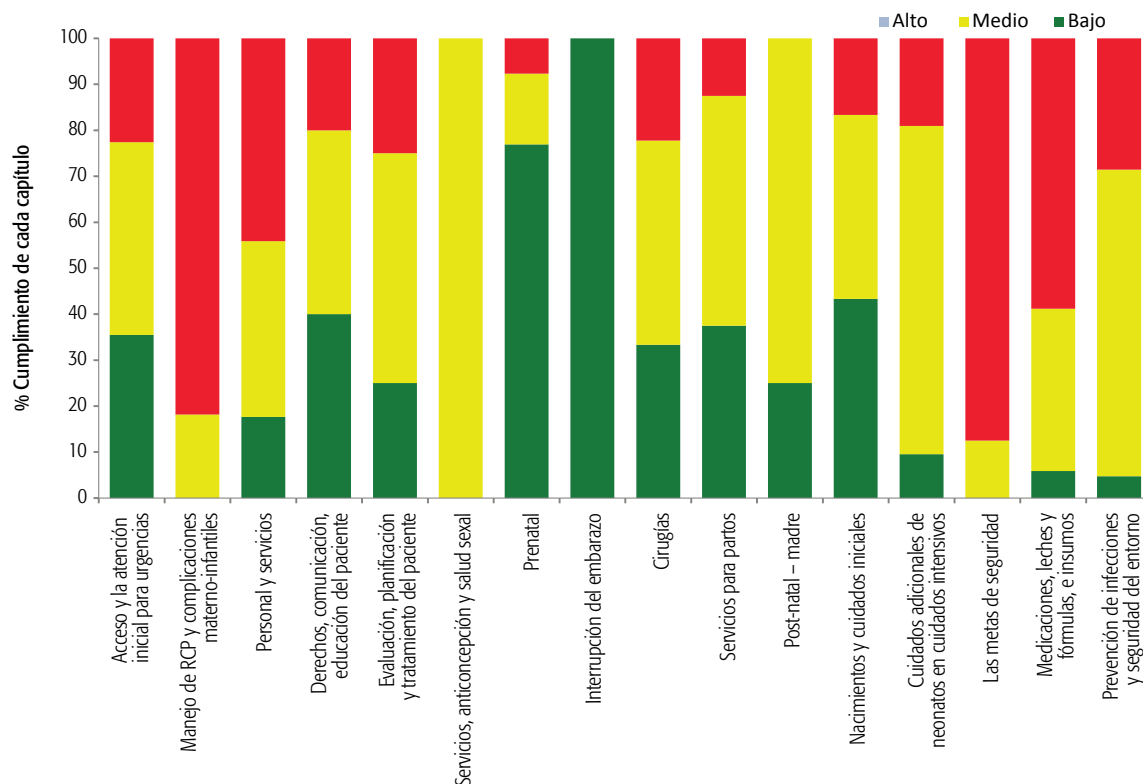
las maternidades, para aumentar la seguridad de atención en el sitio de trabajo. Cabe apuntar que varios hospitales tomaron acciones correctivas inmediatas, lo cual indica una predisposición positiva. El seguimiento de los mayores riesgos (rojos y amarillos) y la facilitación de la mejora en las instituciones serían esenciales para la sostenibilidad de las EE.

La herramienta de evaluación fue formateada para que en cada maternidad se desarrollara un plan de trabajo con definición de acciones, fechas y responsables. El posterior análisis de los hallazgos en rojo permitió clasificarlos en:

- Problemas locales, que requieren soluciones en cada institución porque son procesos dependientes principalmente de las direcciones y jefes de servicio: prevención de caídas, control de infecciones, comunicación de tasas al personal, etc.
- Problemas principalmente solubles a nivel jurisdiccional o regional: preparación para emergencias obstétricas y múltiples aspectos de la RCP, acceso y traslados, etc.
- Problemas que afectan a todas las instituciones y exigen respuestas centrales. La coordinación centralizada es clave para implementar soluciones estandarizadas y basadas en evidencia, con la flexibilidad para ser adaptadas según las necesidades de cada lugar. En ciertos procesos, como la identificación del paciente o el manejo de medicaciones de alto riesgo, es importante evitar una variabilidad inadecuada, que se produce cuando cada institución adopta soluciones particulares y diversas.

Las EE revelaron problemas graves en la seguridad del paciente por fallas en procesos clave dentro de las institu-

GRÁFICO 2. Resultados, resumen de criterios por capítulo en un hospital del conurbano, "semaforizado" según riesgo.



Fuente: elaboración propia a partir de los instrumentos de evaluación de las maternidades.

ciones. También sirvieron para priorizar hallazgos en función del riesgo. La discontinuidad de objetivos del MINSAL y la falta de institucionalización del proyecto impidieron tomar las decisiones necesarias para actuar sobre los resultados y articular la implementación de mejoras en la atención. Además, la EE siempre debe estar ligada a otras estrategias de calidad²⁴, que definan claramente cómo habrá de utilizarse la información generada y cómo se relacionará la EE con programas de acreditación y organismos regulatorios.

Este proyecto se limitó a la preparación y conducción de EE en hospitales. Más allá de la planificación inicial de los autores, no incluyó un trabajo sistemático de mejora ni incentivos.

Todas las instituciones evaluadas expresaron gratitud por los hallazgos (aunque fueran duros) y manifestaron que el proceso abrió los ojos a ciertas problemáticas y metodologías de mejora desconocidas por ellas, a pesar de que no se pasó de la etapa diagnóstica a la presentación del plan de mejora y las transformaciones consecuentes. Para tener resultados sostenibles, la EE debería ser obligatoria, incluir incentivos y formar parte de una estrategia de calidad nacional y provincial para maternidades.

Como conclusión, este proyecto mostró que las maternidades públicas de mayor complejidad deben mejorar muchos procesos para ser consideradas seguras. Las EE son efectivas para evaluar calidad y seguridad en las maternidades públicas IIIB, identificar y categorizar riesgos, establecer una línea de base y delinear prioridades para optimizar procesos y estructuras. Incluyen un trabajo coordinado y sistemático, que podría ayudar a implementar soluciones. Se identificaron los procesos más inseguros, lo que permite definir de modo sistemático las prioridades en función de los riesgos potenciales para los pacientes. Hubo variabilidad inapropiada en procesos clave. Entre los problemas detectados, hay algunos locales que sólo requieren soluciones a ese nivel, pero también otros que afectan a todas las instituciones y exigen respuestas centrales. Las evaluaciones fueron sólo un punto de partida.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La EE de maternidades públicas en Argentina es relevante porque evalúa la calidad y seguridad, estima las priorida-

des para las mejoras y, de ese modo, señala un camino operativo para lograr los objetivos de reducción de la MMI. De acuerdo con los actuales lineamientos del MINSAL, no alcanza con asegurar la accesibilidad a toda la población para obtener mejores resultados en salud. No habrá equidad si los servicios proporcionados no ofrecen calidad y seguridad. Esto indica que hay un importante camino que recorrer para que la certificación, la recertificación, la acreditación y la reacreditación garanticen la calidad de los servicios²⁵. En 2016 la herramienta de evaluación fue revisada y ampliada conforme a las sugerencias de los evaluadores, a la necesidad de agregar más estándares relacionados con políticas existentes del Ministerio (como Parto Respetado, Maternidad Segura y Centrada en la Familia, Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Salud Sexual y Reproductiva, Regionalización Perinatal, SUMAR, etc.) y a nuevas evidencias. En 2017, en el marco de la institucionalización del proyecto de EE, se aprobó su herramienta por RM 246 E/2017²⁶. En 2016 y 2017, hasta el presente, seis nuevos hospitales del conurbano bonaerense han sido evaluados. Existe así la oportunidad de desarrollar políticas e intervenciones sanitarias a partir de los hallazgos y análisis de las EE, construir planes estratégicos para intervenciones, facilitar mejoras, reevaluar y eventualmente acreditar las instituciones que muestren avances significativos.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

En Argentina, ante el proyecto de mejora de la calidad y la seguridad a través de la EE en maternidades públicas IIIB, es necesario evaluar su efectividad en términos de la atención de madres/neonatos y verificar el cambio en el cumplimiento de los estándares. Se debería evaluar también la calidad y seguridad en el sector privado. En hospitales polivalentes, se podría ampliar su alcance al establecimiento entero y a otras poblaciones y diagnósticos (pediatría, etc.).

AGRADECIMIENTOS

A Guillermo González Prieto, Ana Speranza, Paola Lucesoli, Isabel Kurlat, Ignacio Drake y al conjunto de evaluadores obstétricos, enfermeros, neonatólogos, obstetras y autoridades, que hicieron posible el proyecto de EE de maternidades.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Bernztein RG, Gilmor CM. Análisis de los resultados de la experiencia piloto de evaluación externa de maternidades públicas en Argentina. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Jun;8(31):27-33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. *Organización de las Naciones Unidas*; 2016. [Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Speranza A, Kurlat I. Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011;7(2):40-42.
- Yu VY, Dunn PM. Development of Regionalized Perinatal Care. *Seminars in Neonatology*. 2004;9:89-97.
- Neto MT. Perinatal Care in Portugal: Effects of 15 Years of a Regionalized System. *Acta Paediatr*. 2006;95(11):1349-52.
- Speranza A, Lomuto C, Santa María C, Nigri C, Williams G. Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011;2(9):43-47.
- Fariña D, Rodríguez S, Erpen N. La capacitación en terreno como estrategia para la mejora de la calidad de la atención de la salud. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(1):9-18.
- Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes. Subsecretaría de Salud Comunitaria. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2010. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>] [Último acceso: 13/07/2017]
- González Prieto G, Bernztein R, Miceli A, Drake I. Plan Operativo para Reducir la Mortalidad Materno Infantil y de las Mujeres Adultas y Adolescentes en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2010;1(3):38-41.
- Programa SUMAR. *Ministerio de Salud de la Nación*. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sumar/>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Marconi E, et al. Estadísticas Vitales, Información Básica - Año 2013. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2014. [Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro57.pdf>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insúa I, Del Río Fortuna C. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*; 2004.
- Estudio de las muertes de menores de 5 años en la Argentina (EMMA). Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2007. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000273cnt-s15-documento-final-emma-2007-1.pdf>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Norma de organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, Resolución Ministerial N° 348/03 - Norma de organización y funcionamiento de Servicios de Neonatología, Resolución Ministerial N° 306/02 y su actualización N° 641/2012. *Ministerio de Salud de la Nación*.
- ISQua's International Accreditation Programme (IAP). *ISQua*. [Disponible en: <http://www.isqua.org/accreditation-iap>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Estándares de acreditación de JCI para hospitales, 5ª edición. *Joint Commission International*. 2014. [Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Resolución Ministerial 1189/2007. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2007. [Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/130000-134999/132567/norma.htm>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Facts about the On-Site Survey Process. *The Joint Commission*; 2017. [Disponible en: http://www.jointcommission.org/facts_about_the_on-site_survey_process/] [Último acceso: 13/07/2017]
- Fortune T, O'Connor E, Donaldson B. Guidance on Designing Healthcare External Evaluation Programmes including Accreditation. *ISQua*, 2015;2-3. [Disponible en: <http://www.isqua.org/accreditation-iap/reference-materials/>] [Último acceso: 01/08/2017]
- Martínez Sagasta C, et al. Estandarización de los Procesos Asistenciales. Calidad en la Gestión Clínica. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2007. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/EPA.pdf>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Fernández de Busso N. Metodología de trazadoras, de cómo evaluar calidad de la atención médica. *Medicina y Sociedad*. 1991;14:43-7.
- La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. *Organización Mundial de la Salud*; 2007. [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>] [Último acceso: 13/07/2017]
- Wennberg JE, Gitelson A. Small Area Variation in Health Care Delivery. *Science*. 1973;182:1102-1108.
- Wennberg J. Unwarranted Variations in Healthcare Delivery: Implication for Academic Medical Centers. *BMJ*. 2002;325:961-4.
- Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, García Dieguez M, Mejía R, Bernztein R. Production and Quality of Clinical Practice Guidelines (CPG) in Argentina (1994-2004): A Cross-Sectional Study. *Implementation Science*. 2008;3:43.
- Lemus se propone revertir fragmentación del sistema de salud y garantizar calidad de atención. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2015. [Disponible en: http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2992:lemus-se-propone-revertir-fragmentacion-del-sistema-de-salud-y-garantizar-calidad-de-atencion&catid=6:destacados-slide2992] [Último acceso: 13/07/2017]
- Resolución Ministerial 246-E/2017. *Ministerio de Salud de la Nación*; 2017. [Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/159816/20170310>] [Último acceso: 13/07/2017]