Cogitare Enfermagem

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES AMBIENTALES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE EFICACIA DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA*

HIGHLIGHTS

1. Indicadores hospitalarios esenciales para la seguridad y la atención centrada en el paciente.
2. El seguimiento de los indicadores revela prácticas relevantes de gestión de la calidad.
3. Indica los factores que favorecen el seguimiento de los indicadores de eficacia.

Alexandra Lunardon Silvestre[1]
Lillian Daisy Gonçalves Wolff[1]
Karla Crozeta Figueiredo[1]
Francine Lima Gelbcke[2]
Marília Alves[3]
Leila Soares Seiffert[1]

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores ambientales que favorecen el seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial en las dimensiones de seguridad y atención centrada en el paciente en los hospitales. **Método:** investigación cualitativa con estudio de casos múltiples, realizada en tres hospitales del sur de Brasil, con 58 participantes. Datos recopilados entre junio de 2020 y diciembre de 2021 mediante cuestionarios, entrevistas, grupos de discusión y documentos institucionales, sometidos a un análisis de contenido categórico. **Resultados:** se identificaron las siguientes categorías: factores ambientales internos y externos; y subcategorías: convergentes y no convergentes, a saber: internos convergentes: planificación estratégica y apoyo de la dirección a la gestión de la calidad, sistemas de información y estrategias, métodos y procedimientos institucionales; internos no convergentes: hospital de enseñanza pública; y externos convergentes: políticas públicas y factores epiHubo factores que favorecieron el seguimiento de los indicadores de eficacia en las dimensiones consideradas, que dilucidan buenas prácticas de gestión de la calidad útiles y pertinentes para los hospitales brasileños.

DESCRIPTORES: Indicadores de calidad en la atención sanitaria; Gestión de la calidad en la atención sanitaria; Evaluación de resultados (atención sanitaria); Servicios hospitalarios; Estudio de casos.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:
Silvestre AL, Wolff LDG, Figueiredo KC, Gelbcke FL, Alves M, Seiffert LS. Environmental factors in monitoring hospital care effectiveness indicators. Cogitare Enferm. [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95653.

[1]Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.
[2]Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, SC, Brasil.
[3]Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Enfermagem, Minas Gerais, MG, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Los factores ambientales internos y externos afectan directamente al proceso de producción de un hospital y, en consecuencia, a sus resultados. Los indicadores de eficacia miden el impacto relativo de los cambios deseables o indeseables atribuidos a la asistencia sanitaria[1].

Los indicadores relativos a la seguridad del paciente retratan la calidad de la atención[2] y el esfuerzo organizativo para crear y mantener entornos seguros. Y los indicadores de atención centrada en el paciente miden hasta qué punto el hospital responde a las necesidades y expectativas de las personas y las convierte en el centro de la atención[3].

Faltan estudios que incluyan indicadores de eficacia en las dimensiones de la calidad[2]. Conocer los hospitales reconocidos por el éxito de sus esfuerzos institucionales en favor de la calidad supervisa los indicadores de eficacia asistencial y proporciona información esencial para la gestión de la calidad y la seguridad de los pacientes, tanto para los hospitales públicos como para los privados.

La gestión de la calidad es un componente crucial para garantizar la seguridad, la eficacia y la eficiencia de los servicios prestados por los hospitales, e implica la elección de indicadores que justifiquen la necesidad de llevar a cabo ciclos de mejora continua con vistas a alcanzar la excelencia en la asistencia sanitaria.

El objetivo fue identificar los factores ambientales que favorecen el seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial en las dimensiones de seguridad y atención centrada en el paciente en los hospitales.

MÉTODO

Investigación cualitativa con resultados parciales de tesis[4], elaborada según la lista de comprobación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)[5].

El método utilizado fue el estudio de casos múltiples, cuyas etapas de definición y diseño, preparación, recopilación y análisis se adaptaron de Yin[6]. En la tercera fase de análisis y conclusión, se llevó a cabo un análisis temático categórico[7].

Para la Etapa 1 - definir y diseñar, se seleccionaron tres hospitales de una lista de la región sur de Brasil que cumplían al menos seis de los siete criterios: 1. Realizar cuidados quirúrgicos 2. Ser una referencia en una o varias especialidades para el SUS. 3. Servir tres o más especialidades. 4. Disponer de una o más UCI para adultos; 5. Atención de alta complejidad; 6. Ser un hospital de enseñanza; 7. Estar acreditado a un nivel de excelencia. Los hospitales se codificaron como H1, H2, H3.

Los primeros participantes de cada hospital fueron nombrados por sus respectivas direcciones y éstas seleccionaron a los demás según la Técnica de la Bola de Nieve. Los criterios de inclusión fueron: edad superior a 18 años, trabajar en el hospital durante más de seis meses; exclusión: ausencia por baja, vacaciones u otros motivos durante el periodo de recogida de datos. Participaron un total de 58 profesionales (18 de H1, 30 de H2, 10 de H3), 13 del nivel estratégico, 16 del nivel táctico y 29 del nivel operativo, codificados individualmente por la letra P y el número correspondiente al orden en que firmaron el FCI.

En la Etapa 2 - preparar, recopilar y analizar, los datos se recogieron entre junio/2020 y diciembre/2022: 144 cuestionarios online autoadministrados (Q); 19 entrevistas, 12 de

ellas presenciales (E) y siete por videoconferencia (V); tres grupos de discusión (GF); así como información de cuatro encuestas estructuradas en sitios web (LS); 35 documentos facilitados por los gestores (D); 19 visitas técnicas (VT); seis reuniones de demostración de sistemas de información. Se mecanografiaron 120 páginas de diarios de campo; 349 páginas de transcripciones de entrevistas, videoconferencias y grupos de discusión.

Los indicadores de eficacia asistencial en las dimensiones de seguridad del paciente y atención centrada en el paciente de este estudio fueron los validados por Seiffert[8]. En teoría, fueron aquellos en los que se aplicó la técnica Delphi, a través de la cual los indicadores de eficacia de los cuidados de enfermería en la dimensión de seguridad fueron evaluados por un panel de expertos, considerando la correspondencia de cada uno de ellos con atributos deseables, basados en la literatura relacionada: a saber: "disponibilidad, fiabilidad, sencillez, representatividad, sensibilidad, exhaustividad, objetividad, bajo coste, utilidad, estabilidad y oportunidad"[8,9].

En la Etapa 3 - análisis y conclusión, se llevó a cabo un análisis de contenido categórico[7] mediante preanálisis, exploración material y tratamiento de los datos obtenidos, con el apoyo del *software* NVivo®, versión 1.3 (535) para la codificación, categorización, filtrado, búsqueda y cuestionamiento de los datos.

Cabe señalar que las pruebas de validez de constructo y las conclusiones de los casos se realizaron por separado. Se utilizaron al menos tres etapas de validación con los participantes, individualmente y en el grupo de discusión, con múltiples fuentes de datos, lo que permitió explorar varias facetas[10]. En cada hospital, un grupo de discusión finalizó la recogida de datos, para validar, complementar y corregir el informe individual respectivo, con datos recopilados de las fuentes y los procedimientos.

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de la institución proponente (Dictamen n° 3.598.996) y de las instituciones coparticipantes (que emitieron otros tres dictámenes de aprobación).

RESULTADOS

ELos datos relativos a la caracterización del entorno general de los hospitales H1, H2 y H3 se describen conjuntamente, destacando las similitudes y diferencias entre ellos.

El hospital H2 es un hospital público con capacidad para más de 500 camas, y los demás son grandes, por lo que su estructura y productividad difieren. Aunque todos pertenecen al Sistema Único de Salud (SUS), H1 y H3 forman parte del Sistema Suplementario de Salud, con una interfaz con el SUS. Todos ellos son hospitales de gran complejidad, con unidades de cuidados intensivos (UCI), internaciones para cirugías, salas de urgencias y atienden pacientes en más de 45 especialidades médicas.

El H1 es el hospital más complejo de la región del extremo oeste del estado de Paraná y una referencia regional para embarazos de alto riesgo, cardiología, oncología y neonatología. El H2 es el mayor y más complejo hospital del estado y una referencia para el SUS en varias especialidades: embarazo de alto riesgo, urgencias obstétricas, dolor torácico, accidente cerebrovascular, víctimas de violencia sexual, e internacionalmente para trasplantes de médula ósea, neonatología, hemato-oncología, neurología adulta e infantil y cirugía bariátrica. Y el H3 es una referencia para el Vale do Itajaí en las especialidades de cardiología, psiquiatría, cirugía cardíaca pediátrica y de adultos, oncología, ingresos clínicos pediátricos, cuidados intensivos de adultos, pediátricos y neonatales. Pertenece a la Red de Hospitales Sentinela.

El H2 es un hospital de enseñanza y, aunque en su día obtuvo la certificación de acreditación nacional de nivel 1 de la ONA, actualmente no cuenta con la certificación de acreditación hospitalaria. Y H1 y H3 están acreditados por la Organización Nacional de Acreditación (ONA), nivel 3 (de excelencia), estando H3 también acreditado por la *Joint Commission Accreditation* (JCI). La certificación de nivel 3 de la ONA exige una prueba de la madurez de gestión del hospital, mediada por estrategias racionales estrictamente alineadas con resultados evaluados de forma continua.

Los tres hospitales tienen un historial de lucha por la certificación, de inversión en estructura y procesos, así como en ciclos de mejora. El sector responsable de la calidad en todos ellos es de nivel estratégico y dispone de sistemas de información hospitalaria con módulos específicos para el seguimiento de los indicadores de calidad. Los hospitales H1, H2 y H3 supervisan los indicadores enumerados en el Cuadro 1, validados por Seffert[8,9].

Cuadro 1 - Indicadores de eficacia asistencial supervisados en la dimensión de seguridad del paciente atención centrada en el paciente en los hospitales H1, H2, H3. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Dimensión de Seguridad del Paciente	H1	H2	H3
I.1 Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo del paciente.	X	X	X[1]
I.2 Cirugía realizada en el paciente equivocado.	X	X	X[1]
I.3 Material extraño dejado en el cuerpo durante un procedimiento.	X	X	X[1]
I.4 Dehiscencia postoperatoria de la herida.	X	---	X[1]
I.5 Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria.	X	---	X[2]
I.6 Fracturas de cadera por caídas en pacientes hospitalizados.	---	---	---
I.7 Fracturas de cadera postoperatorias por caídas en pacientes hospitalizados.	---	---	---
I.8 Incidentes graves relacionados con el equipamiento.	X	X	X[3]
I.9 Incidentes debido a una identificación defectuosa del paciente.	X	X	X
I.10 Hemorragia o hematoma postoperatorio en cirugía mayor.	---	---	X[1]
I.11 Infección del sitio quirúrgico en cirugías limpias.	X	X	X
I.12 Caídas lesivas en pacientes hospitalizados.	X	---	X[4]
I.13 Lesión por presión.	X[5]	X	X
I.14 Densidad de infección primaria del torrente sanguíneo en pacientes que utilizan un catéter venoso central en una UCI de adultos.	X	X	X
I.15 Densidad de infecciones del tracto urinario asociadas a sondas vesicales permanentes en pacientes de la UCI.	X	X	X
I.16 Reacciones transfusionales grados II, III y IV.	X	X	X[6]
I.17 Reacciones hemolíticas por incompatibilidad sanguínea.	X	X	X[6]
Dimensión de la atención centrada en el paciente	**H1**	**H2**	**H3**
I.18 Satisfacción del paciente.	X	X	X
I.19 Cirugías canceladas en el día previsto.	X	X	---
I.20 Recomendación del hospital por parte del paciente.	X	X	X[7]
I.21 Participación del paciente en su propia atención.	---	---	---

Fuente: Datos de la encuesta (2022).

Leyenda:

X[1] No se supervisa individualmente. El incidente forma parte del indicador compuesto de acontecimientos adversos en el Centro Quirúrgico.

X[2] Monitorizado, para evaluar la eficacia del protocolo institucional para la prevención de la TEV/TEP en pacientes hospitalizados.

--- No se supervisa sistemáticamente, ya que no siempre se dispone de información sobre los grados de daño. Entre las dificultades se incluye la falta de disponibilidad de información y registros sobre el grado de los daños y las consecuencias del incidente.
X[3] No se supervisa individualmente. Los incidentes graves relacionados con el equipamiento son poco frecuentes y, cuando se producen, forman parte del indicador compuesto de acontecimientos adversos graves centinela.
X[4] Supervisa el indicador de "caídas de pacientes" y "lesiones debido a caídas".
X[5] No se supervisa el indicador de lesiones por presión, sino el índice de eficacia del Protocolo de prevención de la presión.
X[6] No se supervisa como indicador específico porque es poco frecuente. Incidente supervisado dentro del indicador "reacción transfusional grados II, III y IV".
X[7] No se supervisa como indicador específico porque es poco frecuente. Incidente supervisado dentro del indicador "reacción transfusional grados II, III y IV".

Los factores del entorno interno de los tres hospitales que los participantes consideraron favorables para el seguimiento de los indicadores considerados en este estudio se organizaron en dos categorías: factores internos y externos, y dos subcategorías cada una, a saber: **Factores internos convergentes -** planificación estratégica y apoyo de la dirección a la gestión de la calidad, sistemas de información y estrategias, métodos y procedimientos institucionales; no convergentes: hospital de enseñanza pública. **Factores ambientales externos convergentes -** políticas públicas y factores epidemiológicos; no convergentes - agencia de acreditación y red hospitalaria.

En particular, el **apoyo de la Dirección de los hospitales** es esencial en relación con los indicadores, *[...] proporciona las condiciones para ponerlos en práctica y los directivos se comprometen a medirlos, supervisarlos y tomar medidas para corregir las desviaciones de rendimiento detectadas* (P.P13.H2). Por encima de todo, la dirección *[...] orienta y se alinea con la estrategia de la institución, supervisa los indicadores estratégicos, especialmente al revisar y elaborar el Plan Estratégico* (P.P2.H1).

Los **sistemas de información (SI),** en los que se *construye* la *[...] base para el registro de indicadores, la fórmula, los parámetros, todo está en un software [...]* (V.P2.H1), permiten el seguimiento de *[...] los objetivos estratégicos del hospital, el análisis de los factores críticos, el seguimiento de los planes de acción, la evaluación periódica de los resultados, los informes de gestión y los cuadros de gestión* (GF.H1).

Diferentes **estrategias, métodos y procedimientos** que contribuyen al seguimiento de los indicadores, como la Metodología *Lean* que implica *[...] comprender y organizar los principales procesos* (P.P10.H3); y el Mapeo, que permite *[...] la comprensión de los procesos, la supresión o simplificación de los que necesitan cambios, y [...] el replanteamiento sistematizado de la práctica, así como la mejora de los servicios* (GF.H1). Los tres hospitales disponen de una Gestión de Riesgos que hace hincapié en los acontecimientos adversos y los acontecimientos centinela (*never events*), con notificaciones de incidentes, búsqueda activa de historias clínicas, búsqueda telefónica tras el alta, revisión de historias clínicas aleatorias, uso de la *herramienta Trigger*, informes de gestión de procesos, notificaciones, análisis de causas raíz y auditorías.

Se definen los responsables del seguimiento de cada indicador (H1 y H2) y los grupos de representantes de las diferentes unidades (H3). El seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial en los sistemas de información hospitalaria se ajusta a las acciones y objetivos establecidos en el Plan de Seguridad del Paciente, como los protocolos de seguridad del paciente, la hemovigilancia y la tecnovigilancia. Aunque llevan a cabo actividades encaminadas a una atención centrada en el paciente, la única medición de indicadores en esta dimensión procede de las encuestas de satisfacción de los pacientes (H1, H2, H3).

Existe un calendario de reuniones para supervisar los indicadores. En H2 se celebran reuniones del NSP, del Comité de Calidad (Grupos Internos de Calidad de las unidades

asistenciales y administrativas), de la Comisión de Control de Infecciones Hospitalarias y del Comité de Transfusión. En H1 hay Gambas; [...] *el Director, junto con el área de calidad y los directores de departamento y división, discute los indicadores de esa área específica* (V.P10.H1; GF.H1).

La naturaleza de un **hospital** de enseñanza pública influye en el seguimiento de los indicadores, mientras que *[...] las exigencias de la red asistencial de un hospital de gran complejidad y tamaño son diversas; [...] su funcionamiento es exclusivo para el SUS, bajo contrato con el gestor municipal, acuerdo que definen los indicadores de resultados asistenciales que monitorizarán la atención* (Q.P13.H2), y los *[...]* más evaluados son del contrato con el Gestor, con la Secretaría, que implican cuantitativos y cualitativos, por ejemplo, responder al defensor del pueblo en tiempo y forma, reuniones del NSP [...] *cuánto produzco, atiendo nuevas consultas, realizo procedimiento [...] la sostenibilidad financiera del hospital* (GF.H2).

Factores y actores del entorno operativo externo

En cumplimiento de las **políticas públicas** de seguridad del paciente y de atención centrada en el paciente, los hospitales disponen de un NSP estructurado y de gestión de riesgos; forman parte de la Red Centinela de Vigilancia Sanitaria, atendiendo a las exigencias de los órganos reguladores como la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y el Departamento de Salud del Estado, que *[...] monitorizan, acompañan e incluso analizan la institución en función de los resultados* (V.P2.H1); *[...] existen indicadores exigidos por la legislación específica* (E.P17.H1).

En cuanto a los **factores epidemiológicos,** la pandemia de Covid-19 ha traído consigo adaptaciones y consecuencias para los hospitales, que han visto reducidos sus ingresos de forma significativa, lo que ha repercutido en la elegibilidad y en el seguimiento de algunos indicadores de eficacia asistencial (H1, H3). H2 expuso la dificultad de seguir los objetivos acordados en la planificación anual, dados los drásticos y rápidos cambios impuestos: *[...] llega una pandemia, todo lo que estaba previsto, en la parte presupuestaria, no se pudo hacer, se firmó un contrato, un plan presupuestario [...]* (E.P23.H2).

La pandemia ha dificultado el seguimiento de los indicadores debido a la reducción de las consultas, los exámenes y los procedimientos electivos (V.P10.H1), el hacinamiento, la sobrecarga de trabajo y la reestructuración del modelo organizativo (GF.H1, GF.H3). Se perdió *[...] la encuesta de satisfacción de los pacientes, porque el trabajo se orientó hacia el triaje de los pacientes COVID-19* (E.P5.H1; E.P10.H1); *[...] se suspendieron algunos indicadores de auditoría [...] lo más importante era que la gente atendiera a los pacientes [...]* (GF.H3).

En el proceso de preparación de un hospital para ser evaluado con vistas a la certificación de acreditación, **los organismos de acreditación** recomiendan la adopción de indicadores como los relativos a los protocolos de seguridad (Q.P2.H1). Pero *[...] la ONA y la JCI no obligan a supervisar los indicadores [...] dicen que hay que medir los objetivos.* Es *el hospital el que dice qué indicador vigilar [...]* (GF.H3). El proceso de acreditación tiene un carácter educativo que fomenta la madurez organizativa, el pensamiento crítico, la integración entre sectores y un cambio de paradigma en la seguridad del paciente (V.P10.H1). Los hospitales H1 y H3 corroboran que las agencias de acreditación mejoran la sostenibilidad, los procesos y los resultados, reducen los costes, los residuos y las repeticiones de trabajo; fomentan la *benchmarking* y la competitividad.

En H2 se observó una característica específica del entorno operativo externo; al integrar una red de gestión hospitalaria, ésta se orienta hacia la adopción de una planificación estratégica que prioriza un modelo de gestión de la calidad y la gestión de los riesgos

asistenciales y tecnológicos, y un programa de gestión de tesorería que sugiere a los hospitales la elegibilidad de determinados indicadores, supervisados en un sistema de información corporativo.

DISCUSIÓN

Los hospitales encuestados están situados en el sur de Brasil, con diferentes tamaños, capacidades instaladas y procesos de producción. Ofrecen servicios en muchas especialidades médicas, y más de una de ellas es referencia para el SUS. Son muy complejos, tienen una UCI para adultos y sólo el H2 realiza trasplantes. Disponen de un Servicio de Control de Infecciones Hospitalarias, un Núcleo de Seguridad del Paciente (NSP), un Sector de Gestión de la Calidad y Gestión de Riesgos, y supervisan los indicadores de eficacia asistencial en las dimensiones de seguridad del paciente y atención centrada en el paciente. El H1 y el H3 son hospitales privados, acreditados con nivel de excelencia, y H2 es un hospital público federal de enseñanza.

La influencia de los factores del entorno en la elegibilidad y el seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial en las dimensiones de calidad estudiadas se analizan en categorías: entorno interno y entorno operativo externo.

En relación con los **actores y factores del entorno interno,** la **planificación estratégica institucional** (PE) de cada hospital incluye la decisión sobre el seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial como parte de las directrices de calidad, eficacia y valor para el paciente.

Es indiscutible que, para dar a la planificación un carácter estratégico, es necesario implicar eficazmente a la alta dirección[11]. La dirección del hospital es responsable de proponer y aplicar las políticas y directrices, y de capacitar, influir e implicar a los empleados para alcanzar los objetivos deseados.

En la búsqueda de una supervisión eficaz, **los Sistemas de Información (SI)** ayudan con información, apoyan los procesos de toma de decisiones, las acciones y la difusión, en tiempo real, para tomar decisiones asertivas, realizar planes de acción y permiten definir fórmulas y parámetros en *software* y aplicaciones. Los SI permiten conocer variables del entorno que posibilitan la planificación, organización, coordinación y evaluación de protocolos y objetivos de seguridad y atención centrada en el paciente, así como la mitigación de fallos.

Sin embargo, se necesitan SI robustos que permitan tomar decisiones con un menor grado de incertidumbre, actuando sobre los puntos críticos de los sistemas hospitalarios. El uso de aplicaciones en la atención sanitaria ofrece ventajas sobre los métodos tradicionales, como el acceso portátil y en tiempo real a los servicios de información sanitaria y la recopilación y almacenamiento de gran cantidad de datos.

En teoría, los sistemas de información deberían estar unificados. En el ejemplo del SUS, no se utilizan los mismos sistemas, fuentes de información y planificación. Como consecuencia, el sistema no repercute en los resultados y las acciones en su totalidad, la gestión está fragmentada y genera ineficacia. Otros puntos débiles son la mala calidad de los registros administrativos y los historiales médicos parcialmente informatizados[12].

Además de los SI, los hospitales señalaron las estrategias, los métodos y los procedimientos institucionalizados como factores que contribuyen al seguimiento de los indicadores, en función de sus condiciones internas, sus recursos, sus procesos, las

condiciones de sus clientes (perfil epidemiológico, frecuencia de los incidentes) y las influencias del entorno operativo externo.

El hecho de que la ficha técnica de cada indicador esté incluida en los SI no garantiza la accesibilidad para todos los profesionales. La divulgación es esencial, ya que contiene información relevante para el correcto seguimiento e interpretación del indicador, como por ejemplo cómo se construye (fórmula, objetivos), cómo se recogen los datos y cómo se analizan los resultados.

Además de la notificación, los hospitales están buscando otros métodos y procedimientos para identificar los incidentes de seguridad, ampliando la posibilidad de alimentar los datos para obtener indicadores fiables. La revisión de los expedientes clínicos de las historias clínicas ha sido la base de los estudios debido a la accesibilidad de los datos. Sin embargo, las desventajas son la documentación incompleta, el elevado coste y el hecho de ser retrospectivo[13].

Los hospitales que utilizan los informes y las demandas de los estudios de los indicadores de la Defensoría Pública para tomar decisiones son capaces de optimizar los resultados con acciones aparentemente sencillas y obvias para el cliente, pero no visibles para la dirección[14]. En cuanto a los indicadores de eficacia, la labor de la Defensoría Pública ha ganado terreno, aunque no hay datos sobre las intervenciones quirúrgicas canceladas el día previsto por motivos institucionales o por recomendación del paciente al hospital.

Los hospitales deben medir e informar sobre lo que importa a la gente, como una atención competente, la valoración de la experiencia del usuario, los resultados y la confianza[15]. En el sector privado, la influencia del contexto político y social es clara, dada la dependencia de los recursos contratados en los planes de salud, que permiten a los clientes elegir y aumentar su nivel de satisfacción y fidelidad[16]. Así pues, la calidad y la confianza son elementos clave en la competencia del mercado. Cuanto mayor sea la presión externa y la competencia, mayor será la inversión en estrategias de comunicación y enfoques de atención centrados en el paciente[17].

A menudo se hace hincapié en la centralidad del paciente en los cuidados, pero desde una perspectiva subjetiva y limitada. Las propuestas de medición no van más allá de la tradicional encuesta de satisfacción[9,15] y de la incipiente producción nacional relacionada con este tema[9], así como del compromiso de los pacientes en la mejora de la eficacia hospitalaria[18].

La aplicabilidad de los indicadores de eficacia asistencial se pone de relieve por los conocimientos que se derivan de su seguimiento, compartidos con los empleados y los clientes externos, como prioridad estratégica para madurar, crecer y aprender. Además, dar a conocer estos indicadores fomenta la responsabilidad, la transparencia, la calidad y la seguridad en el hospital[19].

En los tres hospitales se destaca la importancia de la información sobre las series temporales relativas a los resultados del seguimiento, que es posible gracias a diversos informes, gráficos o infografías que se fijan en las unidades, son accesibles en los sistemas de información o se envían por correo electrónico y se debaten en las reuniones con los miembros a distintos niveles (estratégico, táctico y operativo).

Los resultados de los indicadores de eficacia hospitalaria pueden ser utilizados por pacientes, médicos, profesionales sanitarios, compradores (por ejemplo, departamentos de sanidad gubernamentales, financiadores de seguros sanitarios privados) y medios de comunicación[20]. Aunque los tres hospitales no revelaron sus resultados a los pacientes, es importante que los resultados obtenidos se difundan ampliamente, favoreciendo el desarrollo de ciclos continuos de mejora de la calidad.

En cuanto a los **factores del entorno operativo externo, las políticas públicas** y, en particular, las resoluciones de Anvisa sobre seguridad del paciente y atención centrada en el paciente no dependen de la discreción de la dirección de los hospitales. Deben comprenderse y hacerse visibles en las prácticas hospitalarias, revelando su cumplimiento.

En los hospitales encuestados se aplican las resoluciones de Anvisa, incluidos los protocolos relacionados con los objetivos de seguridad de los pacientes[21], se imparte formación sobre gestión de riesgos y seguridad de los pacientes, y se utilizan metodologías de planificación, seguimiento, comunicación de incidentes y riesgos para la seguridad.

Otro factor operativo externo relevante fueron los cambios en el **perfil epidemiológico** de los pacientes tratados como consecuencia de la pandemia de Covid-19, que provocaron cambios en el *mix* de producción, la elegibilidad y el seguimiento de algunos indicadores de eficacia asistencial, ejerciendo presión sobre la calidad en un intento de optimizar el uso de los recursos. Fue un periodo de incertidumbre y desafíos que exigió a la dirección tomar decisiones dinámicas.

Los entornos hospitalarios se caracterizan por su dinamismo y complejidad, se enfrentan a la imprevisibilidad, a la incertidumbre porque tienen poco margen de error, y a diversos elementos que supervisar. En este contexto, deben tenerse en cuenta los factores que repercuten en la seguridad y en la calidad de los procesos asistenciales, como los factores medioambientales, la estructura, los riesgos, la cultura organizativa, así como las normativas y las políticas nacionales. Por ello, ante la pandemia del Covid-19, se han movilizado acciones de seguridad para promover la difusión de estrategias, así como para hacer que los sistemas sanitarios sean más resistentes al impacto de los daños[2].

En los hospitales privados, la pandemia ha afectado sobre todo a las finanzas, perjudicando la sostenibilidad del negocio y obligando a revisar la planificación[22]; ya en los hospitales públicos, se ha catalizado la imposibilidad de seguir la planificación.

Sin embargo, a pesar de las dificultades impuestas por la pandemia, se han adoptado beneficios a corto plazo en atributos clave de la seguridad, como la transparencia, la comunicación activa, la colaboración y la rápida adopción de prácticas de seguridad del paciente.

El trabajo de las **Agencias de Acreditación** contribuye al seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial, aportando sugerencias positivas para las prácticas con buenos resultados, ya que se trata de una metodología de evaluación externa de la calidad hospitalaria que determina el cumplimiento de las normas técnicas y legales[23]. El proceso de acreditación propone actividades como la observación, *feedback* y autorreflexión[24], y anima a profesionales y pacientes a reducir los riesgos y prevenir los incidentes mediante ciclos de mejora de los procesos. Además, el proceso de acreditación puede contribuir a que se produzcan cambios amplios y positivos en la gestión del hospital. Aunque representa un factor medioambiental externo operativo que influye en el entorno interno, cabe destacar el compromiso y el empeño de la dirección y el personal del hospital por mejorar su estructura y sus procesos.

Desde la misma perspectiva, existen influencias favorables cuando el hospital pertenece a una **red de gestión hospitalaria** que da prioridad a la gestión de la calidad, un factor presente en el entorno operativo externo del H2. Cabe señalar que los fines de los hospitales públicos federales incluyen la asistencia (generalmente de mediana y alta complejidad, con un amplio uso de la tecnología), la enseñanza y la investigación. Por ello, la mejora de su gestión, impulsada por un modelo de red que busque resultados, alcance objetivos, controle las decisiones sobre el trabajo[25] y fomente la adopción de prácticas de gestión actuales y eficaces, puede contribuir a la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el uso racional de los recursos.

El carácter público de un **hospital de enseñanza universitaria** aporta especificidades como la contractualización, a través de la cual los gestores acuerdan objetivos cuantitativos y cualitativos para la asistencia sanitaria y la gestión hospitalaria, controlada por un Comité de Seguimiento, un proceso que constituye una herramienta de gestión que favorece la mejora de la calidad de la asistencia, ya que dirige el *mix* de producción del hospital, los servicios ofrecidos, la clientela atendida, los recursos utilizados y el seguimiento de determinados indicadores de calidad.

Aunque es imposible generalizar los resultados de una investigación cualitativa, lo que supone una limitación del estudio, los resultados reflejan factores ambientales comunes a muchos hospitales brasileños. Éstos pueden arrojar luz sobre cómo los hospitales con entornos similares consiguen elegir y supervisar los indicadores, basándose en las perspectivas, experiencias, estrategias, métodos y procedimientos utilizados en los hospitales participantes en la investigación.

CONSIDERACIONES FINALES

Se identificaron los factores internos que influyen en el seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial: la planificación estratégica institucional y el apoyo de la dirección a la gestión de la calidad; los sistemas de información; las estrategias, métodos y procedimientos; el carácter público de un hospital universitario. Y en el entorno operativo externo: políticas públicas, especialmente Anvisa; factores epidemiológicos, agencias de acreditación; integración en la red de hospitales que priorizan la gestión de la calidad.

Los resultados revelan las posibilidades de mejorar la gestión de la calidad y la seguridad de los pacientes mediante el seguimiento y la divulgación de los indicadores hospitalarios. Se recomienda realizar más estudios con un mayor número de hospitales para profundizar en cada una de las categorías identificadas en este estudio con el fin de explicar la influencia del entorno en el seguimiento de los indicadores de eficacia asistencial.

REFERENCIAS

1. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. [Internet]. 1990 [cited 2021 Jan. 04]; 114(11). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/

2. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001.

3. Seiffert LS, Wolff LDG, Silvestre AL, Mendonça TR, Cruz ED, Ferreira MMF. Validation of hospital effectiveness indicators in the patient-centered care dimension. Revista de Enfermagem Referência. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb. 10]; 5(2). Available from: https://doi.org/10.12707/RIV19098

4. Silvestre AL. Fatores ambientais que influenciam no monitoramento de indicadores de efetividade assistencial em hospitais nas dimensões da segurança do paciente e cuidado centrado no paciente. [Thesis]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2022.

5. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov. 21]; 34(eAPE02631):1-9. Available from: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631

6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Trad. de Cristhian Matheus Herrera. Porto Alegre: Bookman; 2015.

7. Bardin L. Análise de Conteúdo. ed. rev. e atual. Trad. de Reto LA, Pinheiro A. Brasil; . Edições 70, 2021.

8. Seiffert LS. Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais. [Thesis]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2019. [cited 2023 Nov. 30]. Available from: https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/61975/R%20-%20T%20-%20LEILA%20SOARES%20SEIFFERT.pdf?sequence=1

9. Seiffert LS, Wolff LDG, Cruz ED, Ferreira MMF, Silvestre AL. Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov. 21]; 73(3):1-8. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/bH386JswdxYD7jBbWMtbFTQ/?format=pdf&lang=pt

10. Hayashi PJ, Abib G, Hoppen N, Wolff LDG. Processual validity in qualitative research in healthcare. Inquiry. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec. 10]; (58). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34845941/

11. Paladini EP. Gestão da qualidade. Ed. do Kindle. São Paulo: Atlas; 2019.

12. Santos TO, Pereira LP, Silveira DT. Implementation of health information systems: a systematic review. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb. 23]; 11(3). Available from: https://brapci.inf.br/index.php/res/v/208052

13. Caldas B do N, Mendes W. Investigação/pesquisa em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.

14. Silva HC. Influência da ouvidoria como ferramenta estratégica. Revista da ABO [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec. 04]; (3). Available from: https://revista.abonacional.org.br/files/helizena-a-influencia-da-ouvidoria-como-ferramenta-de-gestao-estrategica.pdf

15. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan. 07]; 5(11). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30196093/

16. Sadeh E. Interrelationships among quality enablers, servisse quality, patients's satisfaction and loyalty in hospitals. The TQM Journal. [Internet]. 2017 [cited 2021 June 11]; 29(1). Available from: https://doi.org/10.1108/TQM-02-2015-0032

17. Correia T, Carapinheiro G, Carvalho H, Silva JM, Dussault G. The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal. Hum. Resour Health. [Internet]. 2017 [cited 2021 July 10]; 15(82). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29233172/

18. Liang L, Cako A, Urquhart R, Straus SE, Wodchis WP, Baker GR, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. BMJ Open. [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct. 10]; 8(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018263

19. Duckett S, Cuddihy M. Targeting zero supporting the Victorian Hospital system to eliminate avoidable harm and strengthen quality of care report of the review of hospital safety and quality assurance in Victoria. Victorian Government: Melbourne; 2016.

20. Canaway R, Bismark M, Dunt D, Prang KH, Kelaher M. "What is meant by public?": stakeholder views on strengthening impacts of public reporting of hospital performance data. Soc Sci Med. [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov. 30]; (202). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29524870/

21. Brasil. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2017.

22. Zanatta JM, Sausen JO, Halberstadt IA. Strategic management and organizational alignment: case study in Rio Grande do Sul health philanthropical institutions. Rev Bras Adm Cient. [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr. 24]; 10(4). Available from: http://royaljms.com/index.php/aegaeum/article/view/258

23. Santos WS, Fiates GGS, Rocha RA. Quality of hospital services under the perspective of accreditation. Rev. Adm. Hosp. Inov. Saúde. [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb. 01]; 16(1). Available from: http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v16i1.5670

24. Desveaux L, Mitchell JI, Shaw J, Ivers NM. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: a grounded theory approach. Int J Qual Health Care. [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb. 10]; 29(7). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29045664/

*ENVIRONMENTAL FACTORS IN MONITORING HOSPITAL CARE EFFECTIVENESS INDICATORS**

ABSTRACT:
Objective: To identify environmental factors that favor monitoring care effectiveness indicators in the dimensions of safety and patient-centered care in hospitals. **Method:** Qualitative research with multiple cases study, carried out in three hospitals in south Brazil, involving 58 participants. Data was collected between June 2020 and December 2021 through questionnaires, interviews, focus groups, and institutional documents subjected to categorical content analysis. **Results:** The following categories were identified: internal and external environmental factors; and subcategories: convergent and non-convergent, namely: internal convergent - strategic planning and management support for quality management, information systems, and institutional strategies, methods and procedures; internal non-convergent: public teaching hospital; and external convergent - public policies and epidemiological factors; and non-convergent - accrediting agency and hospital network. **Conclusion:** Factors favoring the monitoring of effectiveness indicators were found in the dimensions considered, which elucidate good quality management practices that are useful and relevant to Brazilian hospitals.
KEYWORDS: Quality Indicators, Healthcare; Health Quality Management; Outcome Assessment (Health Care); Hospital Services; Case Study.

***Artículo extraído de la tesis doctoral:** "FATORES AMBIENTAIS QUE INFLUENCIAM NO MONITORAMENTO DE INDICADORES DE EFETIVIDADE ASSISTENCIAL EM HOSPITAIS NAS DIMENSÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE", Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Recibido en: 03/08/2023
Aprobado en: 04/04/2024

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:
Alexandra Lunardon Silvestre
Universidade Federal do Paraná
Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Curitiba, PR, Brasil
E-mail: alexandra_lunardon@yahoo.com.br

Contribución de los autores:
Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Silvestre AL, Wolff LDG, Figueiredo KC, Gelbcke FL, Alves M, Seiffert LS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Silvestre AL, Wolff LDG, Figueiredo KC, Gelbcke FL, Alves M, Seiffert LS.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Silvestre AL, Wolff LDG, Figueiredo KC, Alves M, Seiffert LS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133

Esta obra está bajo una Licencia *Creative Commons Atribución 4.0 Internacional*.