



ELSEVIER

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

Monitorización de indicadores nacionales de atención quirúrgica en el sistema sanitario peruano

Carlos Javier Shiraishi-Zapata*

Servicio de Centro Quirúrgico y Anestesiología, Hospital ESSALUD Talara, Talara, Piura, Perú; Servicio de Centro Quirúrgico Telésforo León Velasco, Hospital ESSALUD José Cayetano Heredia, Piura, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2017

Aceptado el 3 de abril de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Quirófanos

Mortalidad

Cirujanos

Anestesiólogos

Vigilancia Sanitaria

Keywords:

Operating Rooms

Mortality

Surgeons

Anesthesiologists

Health Surveillance

R E S U M E N

La atención quirúrgica es un componente integral de los sistemas sanitarios en todos los países, y la valoración de su calidad se realiza a través de la monitorización de indicadores nacionales de atención segura quirúrgica y anestésica. En Perú, esta monitorización se realiza de forma parcial, pues no hay información respecto a algunos indicadores. Sin embargo, debería ser integral para conocer el progreso de los objetivos sanitarios propuestos por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Lancet sobre Cirugía Global.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Monitoring of surgical care national indicators in the Peruvian health system

A B S T R A C T

Surgical care is an integral component of healthcare services in all countries, and its quality is evaluated through monitoring of national indicators of safe surgical and anaesthesia care. In Peru, monitoring is only partial because of the lack of data regarding some of the indicators. However, there is a need for comprehensive monitoring in order to gain knowledge of the progress towards the healthcare goals proposed by the World Health Organisation and The Lancet Commission Global Surgery.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Servicio de Centro Quirúrgico y Anestesiología, Hospital ESSALUD, Avenida Panamericana, s/n. Talara, Piura-Perú.

Correo electrónico: cshiraza7@alumnes.ub.edu

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2017.04.002>

0120-3347/© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La vigilancia en salud pública ha usado medidas estandarizadas para cuantificar el costo de las enfermedades en una población, monitorizar las tasas de mortalidad y guiar los sistemas sanitarios. Las tasas de mortalidad materna (TMM) e infantil y la expectativa de vida han sido indicadores importantes para medir la efectividad de los servicios sanitarios por tiempo considerable. Sin embargo, a causa del incremento mundial de la expectativa de vida y la disminución de la TMM y la tasa de mortalidad infantil, otras medidas, como las de atención quirúrgica, llegaron a ser importantes para evaluar el desempeño de un sistema sanitario¹.

Los servicios quirúrgicos son componentes integrales del sistema sanitario público de un país por ser parte del proceso continuo de atención primaria, y aunque fueron reconocidos como un segmento costoso, las cirugías ocurren en contextos económicos altos y precarios^{2,3}. En 2012, se realizaron 312,9 millones de cirugías a nivel mundial⁴; no obstante, la información sobre la frecuencia y la seguridad de esta atención estuvo severamente limitada por la ausencia de datos nacionales, pues el 70% de los países no tuvieron información sobre el volumen quirúrgico nacional y, virtualmente, ninguno intentó valorar la distribución de recursos quirúrgicos o resultados¹.

Perú no era ajeno a tal problemática, pues en un pasado reciente no realizaba una monitorización de indicadores principales de preparación, provisión y efecto de la atención quirúrgica y anestésica, seguras y económicamente accesibles, para la población^{1,5}. A continuación, se esbozan algunas características de su sistema sanitario; luego, aspectos actuales de la monitorización de indicadores, y finalmente, se proponen medidas para poder realizarla de forma integral.

Sistema sanitario peruano

Es un sistema mixto, pues está conformado por 2 grandes subsectores, el público y el privado, con diferentes bienes y fuentes de financiamiento que proceden del recaudo fiscal (Ministerio de Salud que oferta el Seguro Integral de Salud), las contribuciones a la seguridad social mediante impuestos sobre los salarios de los trabajadores activos (Seguro Social de Salud) y los pagos por concepto de primas de seguros privados. Esto causa que sea un sistema fragmentado y con varias debilidades, tales como la superposición de redes, la imposibilidad de atención integral y la ausencia de complementariedad de servicios y continuidad de la atención sanitaria^{6,7}.

Acceso oportuno a cirugía esencial

La atención quirúrgica oportuna es la capacidad de obtener una atención rápida y apropiada de un proveedor de salud (hospital de primer nivel de atención) en un lapso de tiempo de 2 h^{5,8}. Un segmento de la población peruana habita en regiones andinas con una altitud considerable y de difícil acceso, la cual experimentó una disminución en el tiempo de viaje hacia la institución prestadora de servicio (IPRESS) más cercana. El intervalo pasó de 49 a 42 min (caminando) y de 27 a 23 min en vehículos motorizados, en el período de 2011 a 2014⁹. No

obstante, estos períodos se establecieron con respecto a la totalidad de IPRESS, incluyendo muchas sin instalaciones de atención quirúrgica.

Volumen quirúrgico nacional

Según la Superintendencia Nacional de Salud, se realizaron 613.396 cirugías (mayores y menores)¹⁰ en 31.151.643 habitantes⁹, lo que representó una tasa de 1.969 cirugías por 100.000 habitantes en 2015. La Comisión Lancet sobre Cirugía Global propuso que para el 2030 los países deberían ejecutar un mínimo de 5.000 cirugías mayores por 100.000 habitantes por año, pues este volumen quirúrgico se correlaciona con varios resultados sanitarios deseables, tales como una expectativa de vida de 74-75 años, una TMM menor de 100 mujeres por 100.000 nacidos vivos y los 143 millones de cirugías adicionales que se necesitarían mundialmente para salvar vidas y prevenir la discapacidad. Además, esta cifra podría ser usada para comparar servicios quirúrgicos y servir como objetivo para la monitorización de la ejecución de planes de atención quirúrgica a nivel nacional^{5,11,12}.

Cantidad de quirófanos

La totalidad de IPRESS peruanas que brindan atención quirúrgica ya se encuentran registradas en una plataforma informática denominada Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, perteneciente a la Superintendencia Nacional de Salud, aunque aún no se cuenta con información sobre la cantidad de quirófanos operativos que funcionan en cada servicio quirúrgico, lo cual impide conocer el volumen quirúrgico por quirófano por año¹³. Solamente el Seguro Social de Salud reportó tener 250 quirófanos a nivel nacional para la atención de 10.754.665 de afiliados en 2015^{14,15}.

Densidad de especialistas quirúrgicos

En 2014 existían 1.382 médicos especialistas peruanos acreditados en Anestesiología y 8.804 en Cirugía (de todas las especialidades quirúrgicas)¹⁶. Sin embargo, el Colegio Médico del Perú registró 1.706 médicos habilitados en Anestesiología, 6.765 en Cirugía y 3.055 en Ginecoobstetricia en 2016¹⁷, los cuales representaron una tasa de 36,6 especialistas por 100.000 habitantes en 31.488.625 habitantes¹⁸. No obstante, la tasa pudiera ser superior porque muchos médicos egresados de los programas de residentado médico ejercen diversas especialidades sin haber tramitado el respectivo título profesional, requisito indispensable para ser incluido en el registro nacional de especialistas del Colegio Médico del Perú.

Esta densidad tiene relación con la TMM, pues por cada 10 unidades de incremento, hay un 13,1% (IC 95% 11,3-14,8) de disminución en la TMM¹⁹. Por lo cual, la Comisión Lancet en Cirugía Global ha resaltado la importancia de lograr tener una densidad mínima de 20 especialistas por 100.000 habitantes para el 2030²⁰.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621570>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621570>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)