

[INICIO](#)[CONTACTO](#)[REVISTA](#)

MEDICINA Y SOCIEDAD
REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782
Año 26, Nº 2 Junio 2006

REFLEXIONES SOBRE LA CALIDAD QUE SE MENSURA

Dr. Camilo Marracino

Medico Sanitarista, CCPM/Academia Nacional de Medicina, Vice-Presidente Sociedad Argentina para la Calidad de la Salud, Director Ejecutivo Programa de Indicadores para la Calidad de Atención Médica.

e-mail: picam@calidadensalud.org.ar

MARCO CONCEPTUAL

La Calidad de la Atención Médica ha sido a través del tiempo uno de los temas que generó importantes contribuciones y preocupaciones por parte de investigadores y profesionales. Han existido aportes de distinta envergadura, alguno de los cuales provocaron cambios significativos en el comportamiento de los servicios de salud y en la comprensión del concepto de calidad. Dentro de este marco, el informe Flexner (1910) marca un punto de inflexión, dadas las reformas que trajo aparejadas en la educación médica y en los servicios de salud, así como en el desarrollo que a posteriori se observa en las residencias médicas, en la acreditación de hospitales y en la certificación de especialidades médicas.

E. W. Deming (en la postguerra) y K. Ishikawa (en la década del 60) desarrollaron avances importantes sobre Calidad Total. A su vez, Avedis Donabedian (desde la década de los 60) aportó claridad conceptual y metodológica en el campo de la Calidad de Atención Médica. Sus opiniones y propuestas son tomadas en la actualidad como referencia por la mayoría de los investigadores que abordan estos temas. Este autor proporciona importantes definiciones identificando los componentes o atributos que incluye esa concepción: equidad, efectividad, eficacia, eficiencia, optimización, aceptabilidad y legitimidad.

También debemos recordar que el monitoreo es una de las herramientas de evaluación que tienen las organizaciones para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Está considerado como uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza.

Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño del sistema mismo, como consecuencia de la identificación de los factores de perturbación que participan en la misma. De esta forma se constituye el ciclo de la calidad: Diseño, Monitoreo, Rediseño. En tal entorno conceptual, el uso de indicadores como instrumento de evaluación ha demostrado su gran versatilidad y utilidad en el campo de la salud.

FUENTE DE DATOS

En concordancia con lo expuesto, se observa la existencia de iniciativas de consenso entre diversas instituciones para la definición, registro, procesamiento e interpretación de Indicadores, que permitan evaluar la Calidad de la Atención Médica en los establecimientos asistenciales públicos y privados. Dentro de este marco conceptual se desarrolla en la Argentina el programa denominado Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM), cuyos contenidos fueron incluidos dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) del Ministerio de Salud.

El PICAM es un programa de Indicadores de Calidad para Establecimientos Asistenciales que se desarrolla en forma asociativa entre ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) y SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud). En su contenido se marca el interés en evaluar los resultados de la atención médica, definidos en términos de efectividad clínica, seguridad, satisfacción de los pacientes, y conducta prescriptiva de los médicos, a través de la comparación de indicadores, que tienen diversos avances logrados hasta la fecha.

Desde el punto de vista metodológico se está desarrollando una etapa denominada Implementación y el estudio de su articulación con los Programas de Acreditación, que comenzó en el segundo semestre de

2005, e implica una progresiva incorporación de establecimientos al programa, a través de adhesiones voluntarias y de acuerdo con las pautas conceptuales y definiciones adoptadas. Este contenido puede ser consultado en la página web de SACAS: <http://www.calidadensalud.org.ar/>
Desde el punto de vista conceptual se acumuló una experiencia interesante, dada la base de datos construida con el aporte de 30 datos, proporcionados mensualmente por los establecimientos hospitalarios adheridos que informaron los valores obtenidos. Esta iniciativa permite analizar y reflexionar sobre los indicadores predefinidos y elaborar informes de avances, previéndose presentar el del PICAM 2006 en la Vº Jornada Nacional de SACAS en agosto del presente año.

REFLEXIONES

Independientemente de lo expuesto, consideramos oportuno ofrecer un adelanto de aquellas reflexiones que aparecen como relevantes, por lo que a continuación se expone un resumen de las mismas.

Primero. Como ya se ha expuesto, históricamente no existió consenso en el país respecto a los indicadores de calidad a relevar entre los distintos hospitales, ni entre los prestadores privados, ni entre las entidades prestatarias. Recién en el año 2004 se incorporaron al PNGCAM los indicadores propuestos por el PICAM comenzando a revertirse la tendencia señalada.

Por consiguiente, más allá del cumplimiento de obligaciones estadísticas de producción, aún hoy, los establecimientos que recurren al monitoreo de calidad, procesan en general información determinada por requerimientos internos, que no es comparable con la de otros establecimientos equivalentes.

Esta situación se intenta revertir con el PICAM, pero además con algunas iniciativas puntuales de algunas especialidades como los programas de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI-Q); los de Infección Hospitalaria (Vigilar); Perinatología y otros, con los que se obtienen resultados interesantes pero parciales.

Segundo. Dentro de este contexto, la codificación de los diagnósticos de egresos, es por su déficit, una demostración de las fallas del sistema.

Si bien la codificación de los diagnósticos al egreso está implementada en algunas jurisdicciones, en hospitales públicos, esta información no está oportunamente disponible para la toma de decisiones. Al mismo tiempo unos pocos establecimientos privados han implementado la codificación diagnóstica en forma sistemática, que se relaciona con sus actividades inherentes a la gestión de calidad.

Muchos establecimientos desconocen la información epidemiológica y estadística referida a los diagnósticos de los pacientes que atienden y, lo que es peor, este hecho se ha instalado como exigencia poco necesaria.

Los esfuerzos efectuados para impulsar un cambio, tendientes a incorporar esta metodología de codificación diagnóstica, han tropezado con varias dificultades como: cuestionamiento al uso del Clasificador Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10) por su incompatibilidad con los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD); altos costos de las licencias informáticas necesarias para implementar los GRD; déficit de programas de capacitación para profesionales; déficit en el financiamiento de estas actividades y otros.

Tercero. Paralelamente se observa un gran desarrollo de los sistemas informáticos de facturación de los servicios, pero este hecho tampoco ha demostrado una relevancia significativa en la mejora de la calidad, más bien ha condicionado la matriz de registraciones y carga de datos, privilegiando a aquellos con valor económico y relegando o no considerando a los otros.

Es claro que la cultura de evaluación de la calidad y toma de decisiones sobre la base de datos reales no ha tenido apoyos ni financiación adecuadas.

Un ejemplo de esta circunstancia además del señalado déficit en la codificación diagnóstica, es la observación referida a las dificultades en obtener los indicadores sobre mortalidad pronosticada en UTI, para el cual es necesario tener activo en soporte informático el "score APACHE II". Muchos servicios de UTI no pueden cumplir con este requisito, dada la falta de apoyo y financiación para las tareas de recolección y registro de datos. Paralelamente, como es de esperar las unidades poseen apoyo informático destinada a la facturación de sus prestaciones.

Cuarto. La experiencia acumulada por los establecimientos incluidos en el PICAM es muy importante, ofreciendo un desarrollo de alto valor cualitativo. Así, uno de los objetivos buscado es estimular la reflexión sobre las diferencias observadas con los indicadores obtenidos y no plantear al comienzo alcanzar una meta o un valor aparentemente óptimo.

Los valores de referencia obtenidos hasta la fecha tienen un abanico de dispersión muy amplio lo que los cuestiona como metas, pero no como disparador de una reflexión.

Con el objeto de mejorar la precisión de estos valores se planteó obtenerlos por tipo de establecimiento, para lo cual se los clasificó según complejidad y especialidad. Esta alternativa no demostró hasta la fecha ser efectiva salvo en la diferenciación entre mono y polivalentes.

Si bien es aconsejable reunir un mayor número de establecimientos antes de sacar conclusiones definitivas, podemos considerar como hipótesis la posibilidad de que exista una relación entre valores y tipo de hospital, pero su tipificación parecería corresponderse con otros criterios diferentes a los estudiados.

Siguiendo esta línea de investigación estamos recopilando información relacionada con el modelo de gestión y la cultura de calidad vigente en las instituciones. Por ejemplo, si existe una estructura formal dedicada a la calidad, si se aplica la codificación diagnóstica, si los sistemas informáticos incluyen aspectos epidemiológicos o de calidad, el uso de los registros clínicos, el tipo de relación médico-institucional y otros.

CONSIDERACIONES FINALES

Las reflexiones mencionadas anteriormente son de nivel intra-institucional y deberíamos aprovecharlas para desarrollar proyectos específicos en pos de una mejoría de la Calidad de Atención Médica. Debemos tener en cuenta la magnitud del problema dado que los establecimientos que han resuelto estos déficits son la minoría. Mientras esta situación se mantenga los resultados globales de la atención en términos de calidad son inciertos y heterogéneos.

De confirmarse las observaciones mencionadas estarían señalando que los déficits en la medición de la calidad ponen en duda la posibilidad de cumplir con los objetivos planteados en programas y proyectos que involucren a los establecimientos de salud. Como complemento de lo mencionado podemos presumir la existencia de acciones que evitan la difusión de las consecuencias indeseables de los déficits mencionados.

Esta hipótesis puede reforzarse con el mencionado desestímulo para el desarrollo de los sistemas de información y con el advenimiento de actividades que tienden a disimular perversamente los resultados no adecuados de la atención brindada en el marco de los contratos de riesgo asumidos por las prestatarias con los prestadores.

BIBLIOGRAFÍA

AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research, USA: *Computerized Needs Oriented Quality Measurement Evaluation System (CONQUEST)* Internet: www.ahcpr.gov/qual/conquest.htm

Arce H.: *La Calidad en el territorio de la Salud*. Auspiciado por ITAES, Buenos Aires, 2001.

Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA): *Annual Report*, 1999.

Devoto G., De Nicotti G., Durán P.: *Indicadores del Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN)*

Donabedian A.: *Evaluating the quality of medical care*, Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966; 44 (Part 2):166-206.

Gallesio A.: *Indicadores de calidad en cuidados intensivos*

C. Marracino, P. Abadie, M. Vera Figueroa. **Programa de educación a distancia:** Calidad de la atención médica en servicios y sistemas de salud. Fascículo N° 3, Año 2000.

NCQA, National Committee on Quality Assurance, USA: *Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)*.

Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004. *N Engl J Med* 2005;353:255-264. Programa ORIX – JCAHO **ORYX**: www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/ORYX

Marracino C. Prueba de indicadores de calidad de la atención médica. Beca CONAPRIS 2002 MSAL.. Pagina Web <http://www.calidad/ensalud,org.ar/biblioteca>

Williams G. (coordinador) Aplicación de indicadores básicos de calidad en servicios de salud. Beca multicéntrica 2002 – 2003 CONAPRIS MSAL (Publicación MSAL RA 2005)

Guía de indicadores básicos de calidad para establecimientos de salud resolución Ministerio Salud RA N° 50/2003

Martínez Sagasta C R, Bernal A O, Delelis G: *Identifying Performance Gaps in an Argentine Teaching Hospital.* Actas the 18th. International Conference of the International Society for Quality in Health Care. Octubre 2001 Buenos Aires Argentina.

NOTA ACLARATORIA

El presente trabajo forma parte del informe anual 2006 del PICAM, el cual será presentado en su versión final el próximo mes de agosto. En el mismo participan todos los integrantes del programa, incluidos los referentes de cada establecimiento.