



Fundación  Sanatorio Güemes

EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD EN DEMANDA ESPONTÁNEA COMO HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

GABRIELA E. PAHISSA
TUTOR: ING. GUILLERMO BORDA





Fecha de catalogación:

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios sin el permiso previo del editor.

EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD EN DEMANDA ESPONTÁNEA COMO HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

GABRIELA E. PAHISSA
TUTOR: ING. GUILLERMO BORDA

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes

A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Al **Ing. Guillermo Borda**, por haberme explicado y clarificado los conceptos y el proceso de evaluación de la calidad, con la supervisión constante del trabajo.

A la **Dra. Marina Khoury**, por ordenar mis ideas y escritos.

A las **Lic. Viviana Díaz, Carmen Álvarez y Silvia Corby**, por la paciencia y la ayuda en la obtención y manejo de datos del sistema informático.

A la **Lic. María Eugenia Giux**, por su colaboración en la recolección de datos de RRHH.

A la **Dra. Claudia Fernández**, por la corrección del manuscrito.

A la **Dirección del Sanatorio**, por darme libertad y apoyo en la realización de la tesis.

Aquellos que no han experimentado los secretos de la práctica clínica piden medidas simples, precisas y completas, como si se tratara de pesar una bolsa de papas. Es verdad que algunos elementos de la calidad de la asistencia son fáciles de definir y medir, pero todavía hay aspectos que se nos escapan. No debemos permitir que éstos se empequeñezcan o se ignoren, ya que son el secreto y la gloria de nuestro arte.

Avedis Donabedian

The quality of medical care: how can it be assessed?

There could not be a better time to focus energy on the Emergency Department, at a time when so many citizens are relying on a site of excellent unscheduled health care.

Emergency Department Benchmarking Alliance

ÍNDICE

Pág.

| | |
|----------------------|-----------|
| Prólogo | 15 |
|----------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 19 |
| Desarrollo histórico de la calidad asistencial | 22 |
| Definiciones de calidad | 36 |
| Definiciones en el mundo industrial..... | 36 |
| Definiciones en el sector sanitario | 37 |
| Evaluación y monitorización de la Calidad Asistencial | 38 |
| La calidad en el Departamento de Urgencias | 47 |
| Mediciones en el Departamento de Urgencias | 50 |
| Indicadores de Rendimiento..... | 50 |
| Indicadores de Satisfacción..... | 60 |
| Indicadores de Comparación..... | 61 |
| La Demanda Espontánea del Departamento de Urgencias | 62 |
| El Departamento de Urgencias de un Hospital Privado Universitario | 63 |
| Demanda Espontánea de Clínica Médica | 65 |
| Justificación | 68 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Objetivos | 71 |
| Objetivo principal | 71 |
| Objetivo secundario | 71 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| Metodología | 73 |
|--------------------------|-----------|

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Resultados | 75 |
| Elección de Indicadores | 75 |
| Indicadores de Rendimiento..... | 75 |
| Indicadores de Satisfacción..... | 77 |
| Indicadores de Comparación..... | 78 |
| Otros indicadores..... | 78 |

| | |
|--|-----------|
| Análisis de la Demanda Espontánea · Junio de 2011 – junio de 2012 | 81 |
| Distribución | 81 |
| Cobertura | 82 |
| Destinos | 83 |
| Diagnósticos | 85 |
| Intervalos de Tiempos | 86 |
| Consultas por hora | 90 |
| Ausentismo | 91 |
| Bajas | 91 |

| | |
|------------------------|-----------|
| Discusión | 93 |
|------------------------|-----------|

| | |
|---------------------------|-----------|
| Conclusiones | 97 |
|---------------------------|-----------|

| | |
|------------------------|-----------|
| Propuesta | 99 |
|------------------------|-----------|

| | |
|---|------------|
| Referencias bibliográficas | 103 |
|---|------------|

PRÓLOGO

Sentí una doble emoción cuando la doctora Gabriela Pahissa me solicitó la escritura del prólogo de su tesis, producto de una investigación que tuve el placer de guiar como tutor, dado que el prólogo es el texto que se encuentra al principio de la obra y que sirve al lector para orientarse en la lectura de los temas que ella le va a aportar.

La primera de esas emociones fue la ansiedad, ante la responsabilidad de buscar unas pocas palabras para dar una certera opinión que haga justicia sobre lo atractivo y útil de la lectura de este trabajo de investigación.

La segunda emoción fue la gratitud, por la oportunidad que esta elección me brinda de enfatizar y hacer público mi interés y respeto por el trabajo logrado por la autora.

El interés fue creciendo a medida que los capítulos se iban conformando y yo, desde mi función de tutor, podía disfrutar de su trabajo. El respeto por los resultados se fue consolidando al valorar la calidad de datos aportados por la bibliografía complementaria seleccionada y el análisis logrado a lo largo de la obra.

No es tarea sencilla llevar a cabo un trabajo donde dos ramas del saber (la Medicina y el “Gerenciamiento” o Administración) puedan complementarse en una entrega que agregue valor a los lectores. Esto es lo que aporta este trabajo, que se inicia con una amena selección de eventos históricos relacionados con la necesidad que iba encontrando la medicina a medida que detectaba los beneficios del hábito que más promueve este trabajo: MEDIR.

Es la medición la que permite obtener datos, es decir la materia prima que, procesada, conformará la valiosa información en base sobre la cual pueden apoyarse planes de acción que tiendan a cambiar la realidad, básicamente para mejorarla.

Si el escenario logrado es de datos, entonces será posible obtener una métrica de la CALIDAD en servicios de salud, tal como esta tesis presenta en un modo de creciente entrega de conceptos.

Asumo que el lector coincidirá en que el concepto de calidad es subjetivo en relación con cualquier objeto, desde un mero aparato descartable, imaginemos entonces la complejidad del tema abordado por la autora, que consiste en la determinación de los criterios que permitan evaluar la calidad de un servicio.

Y si focalizamos de la gama de servicios entregables en una sociedad moderna, el estudio de la Calidad en Servicios de Salud, podremos valorar doblemente

este trabajo dada la dificultad de medir un servicio recibido sobre una actividad que afecta directamente nuestra existencia, que es un servicio destinado a cuidar y mejorar nuestra salud física y mental.

Recomiendo esta obra tanto a profesionales de la Medicina que deseen mejorar la calidad percibida de parte de quienes reciben sus servicios, como a aquellos profesionales de la rama de la Administración que deban fundamentar sus decisiones, complementarias a las actividades médicas un servicio integral de la salud.

Ing. Guillermo Borda

INTRODUCCIÓN

El término **CALIDAD** deriva del griego Ποιότης (Platón en Teeteto) y del latín *qualitas* (Cicerón en Académica) y significa “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”^(1,71).

El término **GESTIONAR** (gestión) deriva del latín *gestio -ōnis* y significa “Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera”^(1,71).

Actualmente se considera a la calidad no como un propósito sino como una disciplina, con un conjunto de conocimientos propios que, como tales, pueden ser aprendidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró hace más de cuatro décadas: “Para 1990 la calidad de la asistencia sanitaria ha de ser una materia de evaluación y control integrada en el funcionamiento ordinario del Hospital. Sus órganos directivos y los conocimientos técnicos y de promoción, han de ser conocidos y utilizados por un amplio número de profesionales como herramienta para la mejora de la asistencia prestada en los servicios. Deberán al menos existir experiencias concretas en el campo de la enfermería y de la atención primaria, capaces de generar programas de carácter generalizado”⁽²⁾.

En el plan de acción “Metas de salud para todos en el año 2000”, la meta 31 dice: “Todos los estados miembros tienen que haber estructurado para 1990 mecanismos que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en su propio sistema de salud”⁽²⁾.

La calidad debe ser definida para medirla y cuantificada para poder mejorarla. Como concepto general, la calidad es el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales con el propósito de ofertar buenos servicios que obtengan la satisfacción del cliente al menor costo posible⁽²⁾.

No hay una definición única de calidad y en cada una de ellas se da relevancia particular a la cuantificación de diferentes variables, características o dimensiones. Dentro de la calidad asistencial podemos encontrar dimensiones como competencia profesional, eficacia, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, aceptabilidad, adecuación, continuidad y privacidad, entre otras. Son las instituciones y los profesionales que las componen quienes deben definir cuáles serán las que adopten para su evaluación⁽³⁾.

La calidad se debe medir y para esto es necesario elegir los criterios, estándares e indicadores apropiados.

Los **criterios** son componentes de la estructura de un sistema de atención sanitaria, de sus procesos y de los resultados de la atención, que tienen relación con la calidad asistencial. Son aquellos aspectos concretos y relevantes que representan si un servicio cumple con su cometido (enfermeros/camas, control de glucemia en pacientes diabéticos o de presión arterial en hipertensos, proporción de faringitis tratados con antibióticos, etc.)^(3,4).

Los **estándares** son la especificación precisa y cuantitativa del estado de un criterio, que representa la calidad en cierto grado (mínimo de un enfermero por cada dos camas en una unidad de cuidados intensivos, porcentaje inferior al 5% de niños con faringitis atendidos por un médico de familia debería tratarse con antibióticos, etc.)⁽⁴⁾.

Los **indicadores** son criterios especiales que sirven como señal o referencia para determinar la posición de un elemento con respecto a otros en una escala dada y cuyas variables de identificación pueden ser cualitativas o cuantitativas. Muestran un resultado que puede ser analizado en su evolución en el tiempo y en el espacio. Deben ser sensibles y repetibles en iguales condiciones.

El **índice**, término usado indiscriminadamente como indicador, es la expresión cuantitativa de estos, aunque los indicadores también puedan expresarse cuantitativamente. Es una relación o forma de medición siempre cuantitativa que representa, mediante una única expresión, la variación de diversas series del mismo tipo⁽⁵⁾.

En salud, cualquier índice o indicador reflejará siempre aspectos parciales de un ámbito multidimensional, pudiendo representar aspectos de la salud individual o colectiva, pero no los resultados de la actividad exclusiva de los servicios sanitarios⁽⁵⁾.

La actividad asistencial se debe monitorear para saber cómo se está haciendo y cómo se hace con respecto a otros. El monitoreo es una herramienta de evaluación, uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para cumplir con los objetivos fijados. Se implementa tanto a los procesos estratégicos de alto nivel como a las actividades operacionales que se llevan a cabo como parte del proceso de realización del producto o servicio.

Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño de la propia organización como consecuencia de la identificación de situaciones en las cuales se pueda intervenir con el propósito de la mejora continua. Fue Edward Deming a finales de la década del 80, basado en un concepto ideado por Walter A. Shewhart, quien describe esta metodología conocida como “Rueda de Deming” o ciclo PDCA. Las siglas PDCA son el acrónimo de Plan, Do, Check, Act (PHVA: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar). Se trata de un ciclo de resolución de problemas y de mejora que consta de cuatro puntos básicos⁽⁷³⁾:

- PLAN (Planificar): establecer los objetivos y procesos necesarios para

obtener los resultados de acuerdo con lo esperado. Al tomar como foco el resultado esperado, difiere de otras técnicas en las que el logro o la precisión de la especificación es también parte de la mejora.

- DO (Hacer): implementar las actividades planificadas.
- CHECK (Verificar): pasado un periodo de tiempo, volver a recopilar datos de control y analizarlos, comparándolos con los objetivos y especificaciones iniciales, para evaluar si se ha producido la mejora esperada.
- ACT (Actuar): modificar los procesos según las conclusiones del paso anterior para alcanzar los objetivos con las especificaciones iniciales y, si se han detectado errores en el paso anterior, aplicar nuevas mejoras.

Una vez completado el ciclo, la nueva situación debe asegurarse mediante estandarización. El nuevo estándar refleja el proceso mejorado y la nueva forma de proceder.

Avedis Donabedian describe este modelo de “Diseño, Monitoreo y Rediseño”, en el ciclo de la calidad asistencial y afirma: “La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de monitorizar la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas fracasará”⁽⁷⁾.

Dentro de una institución de salud, es complejo hablar de Calidad Total. Se podrá medir y cuantificar la calidad asistencial dentro de un servicio, para un grupo de pacientes, para un grupo de patologías, para procesos determinados, etc. La literatura sobre la calidad en los Departamentos de Urgencias (DU) conuerda en la dificultad de encontrar estándares e indicadores válidos universalmente que sirvan de comparación, debida fundamentalmente a la variabilidad en su estructura y función. Es necesario que los líderes de los DU pongan foco no solo en los protocolos médicos o la conformación de su servicio, sino que para ser exitosos en proveer una atención centrada en el paciente, con satisfacción creciente de los usuarios y poder evaluar las iniciativas en sus servicios, deban entender los principios de la mejora continua y el *benchmarking*. Proveer atención de alta calidad basada en la evidencia no es lo único que se requiere actualmente sino que se busca que esta atención sea segura, eficiente, en tiempo y costo efectiva⁽⁸⁾.

La estandarización del lenguaje y la terminología junto con la implementación de mediciones de rendimiento y prácticas de comparación, son necesarias para la acreditación de los servicios, para su manejo operacional, para la determinación de procesos de innovación efectivos y para el área de investigación y publicación en calidad⁽⁸⁾.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Los primeros rastros arqueológicos que demuestran evidencia de tratamientos médicos son el hallazgo de cráneos trepanados en los que se supone la supervivencia del paciente, de aproximadamente el 3000 AC. Los indicios sobre el interés en la calidad asistencial se registran más de un milenio después⁽²⁾.

- El Código de Hammurabi (Persia, 1760 AC) en trece artículos regulaba la atención médica determinando responsabilidades en el ejercicio de la profesión y los castigos y multas dispuestos en caso de mala praxis.
- En China, durante la dinastía Chou (1122 AC), se redactaron documentos en los que se presentaba el estado del arte de la medicina y se regulaban las competencias de los profesionales.
- Hipócrates (400 AC), en su tratado "Sobre el médico", sienta las bases para la práctica médica cumpliendo una rigurosa disciplina, que incluye observación y documentación.
- Galeno (130-200 DC) estandariza el conocimiento médico de la época.
- El califa af-Muqtadir (931DC) estableció la obligación de rendir un examen para obtener el título de ichaza, el cual habilitaba a ejercer legalmente la medicina⁽¹²⁾.

En la era moderna, uno de los primeros en abordar la calidad en forma global y no individual fue Sir W. Petty, médico, filósofo y economista inglés, uno de los padres de la epidemiología moderna, quien en 1687 publica "*Two Essays in Political Arithmetick concerning London and Paris*"; allí concluye que en Londres los hospitales menos calificados eran mejores que los más calificados de París porque tenían menor mortalidad⁽²⁾.

En 1803, Sir Thomas Percival establece la necesidad de registrar lo actuado, "adoptando el registro, médicos y cirujanos podrían obtener una visión más clara comparando hechos acaecidos en sus hospitales y prácticas privadas, siendo estimulados para investigar las causas de esas diferencias"⁽¹³⁾.

Florence Nightingale es considerada precursora de la ciencia moderna de la calidad. Con su experiencia en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea en 1854, demostró a través de estadísticas que las mejoras en la higiene, cuidados y condiciones sanitarias, disminuían la mortalidad. Justificaba de esta forma la necesidad de la atención de enfermería que propugnaba. En "*Notes on Nursing: what it is and what is not*" (New York, 1860) establece lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería⁽²⁾.

A comienzos del siglo XX, son dos los que sientan las bases para la acreditación en la educación y asistencia sanitaria^(13,14).

- Abraham Flexner, por encargo de la Fundación Carnegie para el Avance de la Educación, realiza un análisis de las escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá (*“Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*. Bulletin Number Four, New York 1910). En él, pone de manifiesto la falta de estandarización de los planes de estudios con la consecuente deficiencia en la formación del profesional médico. Este informe llevó al cierre de varias escuelas médicas.

Las tres recomendaciones básicas fueron:

- Para ingresar a la escuela de medicina debe ser obligatorio ser egresado de una escuela de nivel secundario más al menos dos años de estudios universitarios en temas científicos.
 - El programa de estudios debiera extenderse al menos durante cuatro años, conteniendo el currículum aprobado por el Consejo de Educación Médica en 1905.
 - Todas las escuelas médicas independientes deben relacionarse o incorporarse a una Universidad.
- Ernest Amory Codman, fundador en 1913 junto a Franklin Martin del *American College of Surgeons (ACS)*, formula su “Teoría de Resultados Finales” para la evaluación asistencial. Básicamente consistía en tratar de hallar a través de los resultados obtenidos los posibles errores y sus causas, evitando así su repetición.

Palabras de Codman:

“... de modo que soy llamado excéntrico porque digo públicamente que los hospitales, si quieren estar seguros de que mejoran, deben:

- Establecer cuáles son sus resultados;
- analizarlos, de manera de hallar sus puntos débiles y sus fortalezas;
- comparar sus resultados con los de otros hospitales y
- ver con buenos ojos la publicación, no sólo de sus éxitos, sino también de sus errores”.

Sobre la base de los trabajos de Flexner y Codman, el ACS emite en 1919 el primer estándar de Acreditación Hospitalaria (*“Minimum Standard”*), cuyo contenido se resume en cinco criterios de calidad⁽³¹⁾.

- Los médicos que se desempeñan en el hospital deben organizarse en grupos. Introduce el término *staff* como el conjunto de médicos titulares, consultores y asociados que trabajan dentro de un hospital.
- Los médicos y cirujanos deben ostentar título y matrícula profesional, y demostrar conocimientos y ética profesional.

- El staff, con la aprobación del Directorio, debe dictar normas y regulaciones que rijan la actividad profesional.
 - debe celebrar reuniones por lo menos una vez al mes,
 - debe analizar periódicamente entre los diferentes departamentos y especialidades los servicios médicos brindados revisando todos los registros disponibles.
- Las historias clínicas de todos los pacientes deben ser completas, exactas y estar a disponibilidad.
- El hospital debe disponer de instalaciones de diagnóstico y tratamiento según la tecnología disponible, incluyendo patología, radiología y servicios de laboratorio.

De los 692 hospitales evaluados en la primera experiencia con este estándar por J. G. Bowman director del ACS, sólo 89 (12,9%) alcanzaron resultados aceptables.

En 1933, Lee y Jones publican "*The Fundamentals of Good Medical Care*" en donde establecen los fundamentos con los que se debía evaluar a profesionales y centros⁽¹⁵⁾.

- Limitada a la práctica de la medicina racional y basada en la ciencia médica
- Enfatizando la prevención
- Con cooperación inteligente entre el público y los profesionales
- Tratando al individuo como un todo
- Manteniendo una estrecha y continua relación entre el médico y el paciente
- Coordinando todo tipo de servicios médicos
- Aplicando todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas

En nuestro país, en 1935, se crea una ONG de utilidad pública y de carácter privado, el Instituto Argentino de Racionalización de Materiales (IRAM). Sus actividades como entonces, están dirigidas al control de productos y tecnologías de distintas actividades económicas; promoviendo al conocimiento y a la aplicación de la normalización como base de la calidad y difundiendo el uso de los servicios de certificación de IRAM dentro y fuera del país^(16,17).

En la década del 40 Paul Lembcke desarrolla un método para evaluar la calidad, la auditoría médica (*audit*), que además de proponer la verificación de los datos, intentaba establecer estándares de la práctica clínica que permitieran la comparación entre centros y profesionales. No tenía una finalidad punitiva sino aprender del error para prevenirlo. Ponía énfasis en la necesidad de formular criterios específicos en categorías diagnósticas específicas, más que tratar de realizar evaluaciones generales sobre criterios no especificados, lo cual

infería llevaba a una falta de precisión. Con esta auditoría, intentaba evitar que el control de la asistencia médica tenga que ser realizado por expertos dependiendo de su juicio de valor, sino que éste sea más un “libro de cocina”, lo que requeriría principalmente entender la terminología de definiciones y criterios. Fue el inicio de lo que más tarde se dio en llamar “valoración por criterios explícitos”^(12,18,19).

En 1952, ante el crecimiento del programa de acreditación de hospitales, el ACS se une a otras asociaciones, dentro de ellas la Asociación Médica Canadiense, dando origen a la *Joint Commission on Accreditation of Hospital* la cual dictamina qué centros tienen capacidad para garantizar la calidad de los servicios sanitarios. Esta dará paso a la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO) que considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos. En 1959 los canadienses se separan y forman la Comisión Canadiense de Acreditación Hospitalaria (conocida desde 2008 como *Accreditation Canada*)^(12,14).

En 1957, en nuestro país se crea dentro de la Asociación Médica Argentina, el Subcomité de Residencias Hospitalarias, con el fin de evaluar la capacidad de los hospitales para la implementación de las residencias médicas⁽¹⁶⁾.

A partir de los años 60 las funciones de calidad pasaron del control e inspección aplicados únicamente al producto, a una gestión total de la calidad, tanto de los productos como de los servicios. Se comienzan a acreditar los centros como requisito para su financiación, estableciendo un determinado número de auditorías, que evalúen la estructura y la actividad asistencial⁽²⁾.

En 1965 Williamson publica un método de evaluación de la competencia clínica a través de la simulación de problemas (“*Patient Management Problems*”), separando en la evaluación dos componentes: eficiencia, medida por el desempeño del médico, y pericia, medida por los resultados de dicho desempeño, en forma individual o grupal, tomando una o más enfermedades y haciendo foco en componentes específicos de diagnóstico y tratamiento. Luego a través de puntajes podía establecer estándares y comparar la competencia⁽²⁰⁾.

En EE.UU., el Congreso aprueba la ley por la cual se crea el MEDICARE (Programa Federal de Atención Médica para mayores de 65 años) aceptando que los hospitales acreditados por la JCAHCO estaban en condiciones de brindar servicios sin requerir otra certificación⁽²¹⁾.

En 1966, Avedis Donabedian, cumpliendo con el encargo de realizar una revisión bibliográfica sobre la evaluación de la calidad, publica “*Evaluating the quality of medical care*”, donde aporta claridad conceptual y metodológica al campo de la calidad de la atención médica. Este clásico de la literatura se centra casi exclusivamente en la interacción médico paciente a través del análisis de los trabajos de Sheps, Peterson, Lemer, Riedel, Lembcke, Williamson y Rosenfeld entre otros⁽¹⁸⁾.

Infiere que los resultados no pueden ser los únicos indicadores de calidad sino que deberían utilizarse con discreción, teniendo en cuenta el proceso de cuidado en sí y el ámbito donde se desarrolla junto con los instrumentos que se utilizan. Una cadena de medios y fines donde los fines pueden ser a su vez los medios de otros fines, donde la salud en sí puede ser el medio para otros fines⁽¹⁸⁾.

Establece las bases del estudio metodológico introduciendo una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo que se desagrega en estructura, proceso y resultado^(18,22).

- **Estructura:** implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), las de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y las de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).
- **Proceso:** implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia, y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento.
- **Resultado:** implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia.

Analiza la historia clínica como fuente principal de información teniendo en cuenta que su contenido no siempre es completo y veraz, haciendo notar además que esta es, a su vez, una dimensión separada y legítima de la calidad de la práctica médica y un medio de información para el análisis de la mayoría de otras dimensiones⁽¹⁸⁾.

Da relevancia a:

- La selección dentro del universo a estudiar, preguntándose cuándo la calidad de la atención dispensada por todos los servicios dentro de una institución tiene el mismo nivel absoluto, o lo es en relación al desempeño de otras instituciones comparables.
- Cuáles son los criterios y estándares empíricos y normalizados que se utilizan, y si es necesario y posible utilizar un factor de corrección para evaluar las desviaciones de la norma. La importancia de tener en cuenta todas las dimensiones para tener un juicio de calidad completo y cuáles serán las escalas de mediciones.
- La necesidad de utilizar métodos válidos y fiables, aceptando que el sesgo es más la regla que la excepción y que siempre esto debe tenerse en cuenta en el diseño de los estudios de calidad.

- La elección de indicadores sabiendo qué es lo que van a significar teniendo en cuenta la multicausalidad en los procesos de la atención médica.

Dos décadas más tarde, Donabedian identifica tres componentes que facilitan el análisis de la calidad asistencial⁽²³⁾.

- componente técnico: ejecución de todos los procedimientos con destreza mediante la adecuación entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales
- componente interpersonal: importancia de la relación paciente-profesional de salud
- componente del entorno: importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.

En 1967 se inicia en EE.UU. la acreditación por parte de la JCAHCO de los centros de atención ambulatoria, y en Argentina se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME, en funcionamiento hasta 1976), entidad mixta que aunaba varias instituciones de salud cuyos fondos provenían de la Secretaría de Estado de Salud Pública, y que tenía como objetivo principal la evaluación y acreditación de las mismas^(2,16,24).

En la década del '70 se comienza a tener en cuenta como resultado no solo el resultado en salud, sino además la satisfacción del paciente. Esto lo explicitan tanto H. Palmer en su definición de calidad: "...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del cliente", como los trabajos realizados por B. Hulka en el ámbito de la atención primaria^(2,26).

En Argentina se aplica a las Obras Sociales el uso de los primeros manuales y guías de evaluación⁽¹⁶⁾.

A fines de la década, Williamson propone el concepto ABNA (*Achievable Benefit Not Achieved*, beneficio posible no alcanzado), un método basado en la evidencia, que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento, y la práctica real evaluada tanto mediante la revisión de las historias clínicas, como por el envío de cuestionarios que daban información sobre la salud de los pacientes. Este método, revalorizado actualmente, fue subutilizado viendo potencialmente amenazantes los resultados encontrados, en vez de ser vistos como oportunidades de mejora^(2,25).

En la década de los '80 se profundiza por un lado en la disminución de los costos, creándose sistemas de pagos prospectivos por grupos relacionados de diagnóstico (GRD), y por el otro en la variabilidad en la práctica clínica, lo que da lugar al desarrollo de guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia; en éstas se establece la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología⁽²⁾.

Para la acreditación de centros de salud, la JCAHO establece como requisito la existencia de planes de calidad integrados e implanta sistemas de monitorización para realizar la valoración global de un servicio⁽²⁾.

En Argentina, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) introduce el Programa de Acreditación Periódica de Establecimientos de segundo nivel. En 1985 se establece el Sistema de Estadística de Salud de Obras Sociales (S.E.S.O.S.) con 12 indicadores relativos a utilización, costos, producción y calidad, que debían ser elaborados, analizados e informados sistemáticamente por las Obras Sociales Nacionales al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) para conformar una base de datos centralizada. A su vez, el INOS junto con sociedades científicas y la Secretaría de Salud de la Nación, realiza una experiencia con un set de 30 estándares sobre 25 hospitales públicos y privados de más de 300 camas de la Capital Federal. La Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM) lo replica sobre 31 establecimientos de la Provincia de Buenos Aires^(6,14,16).

En la década del '90 se comienzan a adaptar conceptos de calidad industrial al campo sanitario (Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, Taguchi, Ishikawa). Aportan las ideas de "Mejora continua de la calidad" (CQI), "Gestión de Calidad Total" (TQM), utilización de los métodos estadísticos, la importancia de conocer las necesidades de los usuarios, la necesidad de un cambio de cultura en la organización en la que los directivos deben liderar la gestión de la calidad y en la que deben de participar todos los integrantes de dicha organización, así como la capacitación en esta área^(2, 15, 21).

- W. Edwards Deming admitía que el control de la calidad mediante estadísticas era la base de la calidad de gestión y pensaba que la calidad podía mejorar si se utilizan estas mismas técnicas para analizar los procesos y las relaciones entre los procesos.
- Joseph M. Juran se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluía la "Trilogía de Juran", que consistía en la planificación, el control y el mejoramiento de la calidad. Describe este último como un proceso organizado de creación de un cambio que conlleva, además de eliminar los picos esporádicos de mala calidad o perturbaciones aisladas (objetivo del control de calidad), la supresión de las alteraciones crónicas y la innovación, es decir, el desarrollo de nuevos procesos y productos y la adopción de nuevas tecnologías.
- Philip B. Crosby proponía el establecimiento de patrones para lograr la ausencia total de defectos. Admitía que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus optimizar sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

A su vez Donabedian describe siete pilares sobre los que se debe sustentar la calidad⁽²⁷⁾.

Eficacia: la capacidad de la ciencia y la tecnología sanitaria para aportar mejoras en la salud cuando se utiliza en las circunstancias más favorables. La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establece el límite superior

de lo que se puede alcanzar; es la frontera tecnológica.

Efectividad: el grado en el que las mejoras de salud, actualmente disponibles, se alcanzan en realidad.

Mejora de las expectativas de salud con la atención que hay que evaluar

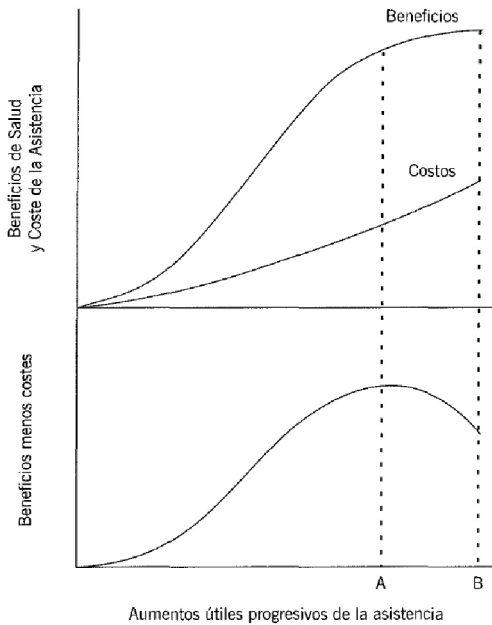
Mejora de las expectativas de salud con la mejor atención

Eficiencia: la capacidad de reducir el costo de la asistencia sin limitar las mejoras en el estado de salud.

Mejora de las expectativas de salud con la atención que hay que evaluar

Costo de la asistencia

Optimización: el equilibrio entre las mejoras de salud y los costos de consecución de esas mejoras.



- A. Indica la atención óptima efectiva.
- B. Indica la atención máxima efectiva.

Fuente: Rev Calidad Asistencial 2001; 16s98.

Aceptabilidad: conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y miembros familiares responsables. En gran medida depende de las valoraciones subjetivas de estos en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización.

Incluye la accesibilidad, la relación médico/paciente (contribuye a la efectividad incorporando la cooperación del paciente en la asistencia), el confort, las preferencias del paciente sobre los efectos y los costos de la atención.

Legitimidad: conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, leyes y reglamentos.

Equidad: conformidad con el principio que determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

A propósito de esto, Beatriz Zurita Garza dice:

"...Nosotros debemos lograr resolver la tensión entre las preferencias individuales de los pacientes quienes esperan mayor atención y las que dictan las preferencias sociales reflejadas por la financiación. En especial, los individuos y la sociedad difieren en lo que se considera el mejor balance entre los costes y los beneficios de la atención médica, y en la distribución de los mismos. Por lo tanto, el gran reto para los proveedores de servicios de salud, es reconocer y reconciliar las discrepancias entre las limitaciones de la oferta de servicios financiados con recursos públicos o de terceros pagadores y las preferencias individuales manteniendo el mejor nivel de calidad posible⁽²⁸⁾."

En mayo de 1991, en Washington fue aprobado el Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales adecuado a la realidad de los hospitales públicos y privados de la región. El documento preliminar se originó en la Argentina a partir del trabajo de un conjunto de sociedades científicas liderado por el Dr. Hugo Arce⁽¹⁶⁾. En ese mismo año se conformó la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (COMCAM) que llevó a cabo la primera iniciativa de acreditación en Argentina. Era una comisión no gubernamental producto del acuerdo del INSSJP, la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Argentina de Auditoría Médica, la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECILISA) y otras organizaciones científicas. Bajo la dirección general del Dr. Camilo Marracino se discutieron los criterios de calidad del Manual OPS para adaptarlos a la realidad argentina. El fruto fue un Manual de Acreditación que contenía los estándares adaptados, un reglamento y un proceso claramente establecido de evaluación, incluyendo los correspondientes formularios. Uno de sus aciertos fue obtener el compromiso de INSSJP y de IOMA (dos de sus miembros más importantes) para contratar sólo aquellas instituciones de salud que hubiesen pasado la correspondiente acreditación. Por desavenencias políticas dejó de funcionar en 1992^(16,30).

Es en ese año cuando se crea el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM, Resolución Secretarial N° 432 del año 1992, refrendado por el Decreto N° 1424 del año 1997 y luego por el Decreto del P.E.N. 939/00) dependiendo jerárquicamente de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación. Es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud, en el Sistema Nacional de Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospital Público de Autogestión. También prevé la posibilidad de su aplicación en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de las entidades del sector salud que adhieran al mismo⁽²⁹⁾.

Sus funciones son:

- Habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales.
- Ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud en el cual se incluyen la especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional.
- Normalización de la atención médica en cuanto a su organización, funcionamiento, procedimientos, diagnóstico y tratamiento.
- Función de fiscalización y control sanitario indelegable del estado, que es el que tiene que asegurar el cumplimiento de las normas vigentes.
- Evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud sustentada en una normativa clara y definida de los cuatro componentes anteriores.
- Asesoramiento y cooperación técnica a las jurisdicciones para la implementación de las actividades antes señaladas.

En EEUU en 1992 la *National Commity Quality Assurance* (NCQA) desarrolla el *Health Plan Employer Data and Information Set* (HEDIS), que consiste en un conjunto de indicadores de resultados desarrollado con el fin de proveer un instrumento apto para la gestión de calidad, comparar los planes de cobertura de salud disponibles en el país y conducir la mejora en calidad. Este incluye 75 indicadores para ocho dominios principales^(6,63):

- efectividad
- accesibilidad
- satisfacción
- costos
- continuidad de la atención
- cambios de planes
- utilización
- cobertura

A su vez, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) desarrolla el *Computerized Needs Oriented Quality Measurement Evaluation System* (CONQUEST) que es un programa que contiene dos bases de datos (*Measure Database* y *Condition Database*), una de indicadores de calidad y otra de problemas y patologías, donde se describe la incidencia, prevalencia, costo y utilización, comorbilidades, factores de riesgo, tratamientos y guías^(6,64).

En 1993 y 1994, el Concejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM), auspiciado por la Academia Nacional de Medicina y el Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA), lanzan la Certificación Profesional y la Recertificación Profesional voluntaria respectivamente⁽¹⁶⁾.

En 1994 la Obra Social de Empresarios (OSDE) promueve dentro del sector privado un nuevo proyecto para la acreditación de centros asistenciales. Así se conforma el Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) que ofrece a todos los centros asistenciales del país que quieran ser calificados, un modelo de evaluación externa específico conocido como "Acreditación Hospitalaria". Consiste en la verificación de un conjunto de estándares elaborados por consultores y expertos, provenientes de diferentes sociedades científicas⁽³⁰⁾.

En 1995 la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata convoca a las instituciones oficiales y privadas relacionadas con la atención médica y a los organismos de gobierno que nuclean a los médicos y a otros profesionales de la salud, y se conforma la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM), entidad de carácter privado sin fines de lucro.

Las instituciones integrantes son: FECLIBA (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires), FECLIBA DI (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I), FECLIBA DII (Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II), FEMEBA (Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires), FABA (Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires), ACLIBA I (Asociación de Hospitales, Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad Privados de la Provincia de Buenos Aires, Región La Plata), ACLIFE (Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires Federadas), FEMECON (Federación Médica del Conurbano Bonaerense), AMP (Agremiación Médica Platense) y FOPBA (Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires)⁽⁷⁵⁾.

Sus objetivos son:

- Colaborar con las instituciones de atención médica públicas o privadas y a su solicitud, en el logro de la calidad de la atención médica brindada por las mismas.
- Colaborar con las instituciones de atención médica públicas o privadas y a su solicitud, en el logro del uso racional de la capacidad instalada y una mayor eficiencia prestacional.
- Colaborar con la población usuaria, las instituciones comunitarias, los organismos financieros y los organismos del estado en la mejoría de la calidad y eficiencia de la atención médica.
- Crear un ámbito objetivo, científico, participativo y comprometido con la calidad, favoreciendo la implementación de un proceso de auto-evaluación continuo.
- Proponer y aplicar estándares de evaluación de calidad y su permanente perfeccionamiento.
- Participar en el apoyo a redes Nacionales e Internacionales para la promoción de la calidad de atención.

En 1998, la *Internacional Society for Quality in Health Care (ISQua)* crea el programa *Agency for Leadership in Programs of Healthcare Accreditation (ALPHA)* que admite la diversidad de estándares según la cultura, la historia y los rasgos del sistema de salud de cada país, pero establece un conjunto de principios que deberían ser comunes a todos los países⁽³⁰⁾.

En ese año el *Institute of Medicine (IOM)* comienza el Programa de Calidad de la Atención Médica en América (*Program on Quality of Health Care in America*), en respuesta a los informes de la *National Roundtable on Health Care Quality*, la *National Cancer Policy Board* y la *President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality*, que alertaban sobre los serios problemas en la calidad de la atención médica a través de todo los EE.UU., especialmente en lo que respecta a la seguridad del paciente y los conceptos de “sobreuso”, “subuso” y “mal uso”⁽³²⁾.

En marzo de 2001 el Comité Calidad de la Atención Médica en América (*Committee on Quality of Health Care in America*), dentro del Programa de Calidad de la Atención Médica, publica su reporte sobre el desarrollo de una estrategia para mejorar el estado de salud de los americanos en los próximos 10 años, “*Crossing The Quality Chasm: A new health system for the 21st century*”⁽³³⁾.

La mayor transición en la conclusión fue de exponer que la calidad de la atención asistencial no era la que debía ser, a que el sistema de atención en ese momento no podía hacer lo que debiera. Esto en realidad fue dicho con anterioridad en el informe “*Errar es humano*” (*To Err is Human*) en el cual se concluía que la cantidad de injurias derivadas de la atención

eran propiedades inherentes al diseño del sistema de ese momento, y que una atención más segura requería nuevos diseños y no más del mismo trabajo^(32,33).

Se proponen seis dimensiones en las cuales intervenir:

Seguridad: evitar injurias a pacientes por la atención brindada en el intento de ayudarlo.

Efectividad: proveer servicios basados en el conocimiento científico a quienes puedan beneficiarse y evitarlos en aquellos en que esto no sea probable.

Personalización: brindar cuidados respetuosos de y en respuesta a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, y que sean estos los que guíen las decisiones clínicas.

Líneas de Tiempo: reducir esperas y retrasos en los pacientes, efectores y sistema.

Eficiencia: optimizar la relación costo/beneficio reduciendo el gasto económico, de recursos, tiempo, ideas y energía.

Equidad: garantizar que la respuesta en salud no varíe por las características de los individuos.

Explicita que:

- La forma de alcanzar logros medibles en la próxima década, es limitando los esfuerzos a las patologías más comunes.
- Las organizaciones para mejorar su rendimiento debían incorporar mediciones de procesos y resultados a su actividad diaria.
- Los cambios deben darse a cuatro niveles:
 - Experiencias del paciente y las comunidades: es revisando lo experimentado por estos lo que nos debe guiar en la definición de calidad.
 - Microsistemas: son donde se realiza el trabajo, y de su calidad depende que se llegue al mejor cuidado. Allí es también donde la calidad es experimentada o no por el paciente.
 - Organizaciones del sistema de salud: son las que deben ayudar al funcionamiento de los microsistemas.
 - Medio en la que las anteriores se desarrollan (financiamiento, acreditación, educación profesional, políticas sociales, etc.): son las que soportan a las organizaciones a ayudar a los microsistemas.

En nuestro país el Ministerio de Salud de la Nación, por resolución 899/2001, incorpora la Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en Atención Primaria de la Salud⁽³⁴⁾.

En el 2003, por resolución 233/03, se explicitan las funciones de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud⁽³⁴⁾:

- Coordinar operativamente el PNGCAM.
- Generar directrices consensuadas vinculadas a la habilitación y categorización de servicios, establecimientos y redes de salud y la elaboración de directrices de organización y funcionamiento de los mismos.
- Promover y desarrollar la estandarización de procesos asistenciales y las guías de práctica clínica tendientes a disminuir la variabilidad dentro de la práctica clínica.
- Establecer parámetros de evaluación de la calidad de servicios, establecimientos y redes de salud, teniendo en cuenta la medicina basada en evidencias y la evaluación de tecnologías sanitarias.
- Fomentar y desarrollar investigaciones operativas vinculadas a la calidad de los servicios de salud y la seguridad de los pacientes.
- Implementación de políticas y acciones destinadas a garantizar la seguridad de los pacientes y la gestión de riesgos sanitarios.
- Asistir técnicamente a las jurisdicciones provinciales para la capacitación y el desarrollo de procesos de calidad en los servicios de salud de las mismas.
- Participar y asistir a los procesos de negociaciones multilaterales o bilaterales que la Argentina desarrolla, vinculados a la prestación de servicios de salud.

Otra iniciativa de consenso en nuestro país fue la incorporación en 2004, dentro del PNGCAM, del Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (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⁽³⁵⁾.

En 2007 se crea por resolución ministerial 1189/07, el Sistema Nacional de Evaluación Externa de Servicios de Salud, que incluye dos Registros Nacionales⁽³⁴⁾:

- El de Entidades Evaluadoras Externas en Servicios de Salud y
- El de Servicios de Salud con Evaluación.

En resumen, el concepto de calidad asistencial ha ido evolucionando a lo largo de estas décadas, variando su enfoque⁽³⁶⁾:



DEFINICIONES DE CALIDAD

DEFINICIONES EN EL MUNDO INDUSTRIAL

Se contempla un esquema básico de tres componentes: proveedor, servicio o producto que se ofrece, y el receptor del mismo. Para que haya calidad, el que ofrece el servicio ha de tener en cuenta las necesidades y expectativas de la persona a la que va dirigido. El concepto de calidad es siempre un binomio producto/cliente. La relación calidad/precio no siempre está contemplada en las definiciones^(2, 15, 26, 37).

Deming propone definir la calidad “en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio”, que proveer buena calidad significa hacer lo correcto en

la manera correcta. Refiere que la Calidad Total podría alcanzarse a partir de una dinámica de cambios organizacionales, con la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, en el mejoramiento de la calidad de vida laboral y en la promoción de satisfacción del cliente/usuario (calidad percibida); (Petracci, Ramos y Romero, 2002).

Juran define la calidad como “idoneidad o aptitud para el uso”. Un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva, satisfaciendo las necesidades del cliente.

Ishikawa define los conceptos de calidad demandada, calidad diseñada y calidad realizada: “Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.

Drucker define la calidad de un servicio o producto como aquella que el cliente está dispuesto a pagar según lo que obtiene y valora.

Crosby sostiene que la calidad es el cumplimiento de especificaciones.

ISO 8402 define la calidad como conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que lo hacen apto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

DEFINICIONES EN EL SECTOR SANITARIO

En el sector sanitario se conceptúa la calidad como un fenómeno multidimensional, circunstancia que da lugar a una definición más compleja en la que se incluyen diversos conceptos como conformidad interna, prevención y participación de los consumidores, disponibilidad, aceptabilidad, registro, calidad de diseño y eficiencia de la prestación^(15,37).

Para la OMS la calidad de la asistencia sanitaria es:

“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

A esto habría que agregarle el concepto de eficiencia, obteniendo el mejor resultado con el uso adecuado de los recursos⁽¹⁵⁾.

El IOM, en 1972, la define como “asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello”. A principios de los noventa la define como “el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual”⁽³³⁾.

Donabedian define la calidad de la atención como la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso de la atención en todas sus partes⁽³⁸⁾. Luego sostiene que “sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente⁽³⁹⁾. Propone tres puntos de vista diferentes según quién la define⁽³⁹⁾:

Calidad absoluta: es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Es llamada también calidad científica, técnica o profesional.

Calidad individualizada: aquí es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, interviniendo sus expectativas y la valoración sobre los costos, beneficios y riesgos que comportan la asistencia. Obliga al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario.

Calidad social: valora el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

H. Palmer define a la calidad como “la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario⁽¹²⁾.”

Enrique Ruelas-Barajas sostiene que en la definición de calidad se debe enfatizar en la necesidad de garantizar la atención que merecen como seres humanos, independientemente de las estrategias o herramientas adoptadas⁽¹²⁾.

Como se dijo en el comienzo no hay una definición única de calidad válida. Hay que tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias del entorno donde va a ser aplicada.

EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

D. Healy define la evaluación de la calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios necesarios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia⁽³⁶⁾.

Donabedian hace una distinción entre los términos de evaluación, monitorización y garantía de la calidad⁽³⁹⁾.

La **evaluación de la calidad** es básicamente una función de investigación cuyo propósito es entender la magnitud y distribución de la calidad, y cómo se ve afectada por las características de las sociedades, de las organizaciones, de los médicos individuales y de las categorías de pacientes. Es un tipo de epidemiología, no de la enfermedad o la salud, sino de su gestión. No realiza ninguna contribución a la medicina clínica, sino que se ocupa de determinar si lo establecido como mejor opción de manejo, en cualquier condición, se ha elegido y llevado a cabo de manera competente.

La **monitorización de la calidad**, por el contrario, es básicamente una función administrativa. Su intención es obtener información continua de la práctica del sistema sanitario, con el objeto de determinar si están obteniendo sus objetivos y en caso de no ser así determinar las causas de error, realizar las correcciones oportunas y verificar su éxito.

La **garantía de calidad** se considera, a menudo, sinónimo de monitorización de calidad. Sin embargo, en un sentido más amplio, se trata de la suma total de todo lo que hace la sociedad para salvaguardar e incrementar la calidad. Incluye la formación médica, la clasificación y organización de los recursos asistenciales, la financiación sanitaria, el mecanismo legal que regula la prestación y recepción de la atención, etc.

El objetivo primordial de la evaluación de la calidad es la propia atención sanitaria y, por lo tanto, de los actores y responsables de esta. La evaluación de la tecnología establece los criterios y estándares de una asistencia eficaz, efectiva y eficiente; la evaluación de la calidad determina el nivel con que esos criterios y estándares se aplican⁽³⁹⁾.

En 1978 Donabedian publica una revisión sobre métodos de evaluación de la calidad de la atención que analizaban procesos y resultados de la atención pero no la estructura, y se aboca a su ordenamiento y clasificación⁽³⁸⁾.

- Estudios principalmente del **proceso**
 - A. Observación directa de la práctica: resulta costosa y requiere de mucho tiempo. Puede también alterar la conducta observada.
 - B. Estudios basados en el registro médico: puede someterse al juicio de varias personas, con la limitante que la historia clínica debe ser completa y veraz, sobre todo en la práctica ambulatoria.
 - La presencia o ausencia de determinados elementos de la atención
 - Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia
 - Auditorías que utilizan criterios explícitos
 - Auditorías que utilizan criterios implícitos
- Estudios principalmente del **resultado**: la atención médica es sólo uno entre los múltiples factores sociales y biológicos que determinan los resultados en salud. Los resultados pueden tomarse como medidas

más precisas y específicas si se realiza una selección cuidadosa, de manera que correspondan con las categorías específicas de los pacientes, se puedan prevenir o lograr mediante una buena atención médica, y sean valorados únicamente después de haber corregido las características que influyan sobre el grado de éxito que se puede esperar, incluso de la mejor atención médica.

A. Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones

B. Medidas más refinadas de morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad

- Sucesos adversos susceptibles de prevención
- Progresión de enfermedades susceptibles de prevención
- Resultados de diagnóstico específico
- Mortalidad y morbilidad posoperatorias

C. Atribución de responsabilidades en situaciones diversas

- Con especificación previa de los resultados esperados
- Sin especificación previa de los resultados esperados

▪ Estudios que combinan **proceso y resultado** para demostrar los efectos del sistema:

A. Trayectorias: consiste en seleccionar una o más enfermedades o condiciones y en seguir a los pacientes, desde el momento en que solicitan la atención hasta cierto tiempo después de que esta se ha dado por terminada.

B. Rastreadores (*tracers*): subdividiendo al sistema de atención médica en campos de función y de responsabilidad, y seleccionando diagnósticos o condiciones que sirvan como indicadores de la calidad de la atención en cada subdivisión.

▪ Evaluación de las **estrategias**: el criterio para elegir la estrategia óptima para el paciente en cuestión consiste en el balance de beneficios, riesgos y costes esperados, evaluados conjuntamente por el médico y el paciente.

A. Mapa de criterios

B. Prueba de las estrategias

- Con modelos
- Con pruebas clínicas

Donavedian clasifica los **criterios** de evaluación de la calidad basados en⁽⁴⁾:

- El enfoque de la evaluación
 - Pertenece a la estructura
 - Pertenece al proceso
 - Pertenece a los resultados
- Las fuentes
 - Derivados de normas: lo que las fuentes mejor informadas dicen que se debería hacer o conseguirse
 - Derivados de forma empírica: representan aquello que se ha realizado o conseguido
- Los referentes
 - Referidos a diagnósticos
 - Referidos a problemas o condición
 - Referidos a procedimientos
 - Referidos a centros
- El grado de especificación
 - Implícitos
 - Totalmente implícitos: juicio de expertos
 - Implícitos: expertos guiados por instrucciones detalladas
 - Implícitos con especificaciones posteriores
 - Explícitos: referidos a los casos elaborados, no contempla las variaciones individuales
- El formato
 - Lineales: manejo del caso típico guardando relación con el proceso de la atención y no con los resultados
 - Parcialmente ramificados: introducción de alternativas en caso de contingencias
 - Completamente ramificados (mapas de criterios): representación del proceso del manejo de problemas clínicos de manera escalonada, cada paso en función del resultado del paso previo
- La ponderación de los apartados
 - De igual ponderación: todos tienen igual importancia
 - De distinta ponderación: valoración según la contribución al éxito del manejo

A su vez considera algunas características de su valoración⁽⁴⁾:

- Validez: es la más importante, si no se establece una relación entre el proceso y el resultado, no podemos decir que ciertos resultados se deben a la atención dispensada.
 - Científica
 - Consensuada por expertos
- Relevancia
 - Para el manejo del caso
 - Para los resultados
- Posibilidad de registros: valor de la historia clínica y de la posibilidad de adaptarla a la evaluación.
- Adaptación a las variaciones entre los distintos casos.
- Estabilidad - Oportunidad: los criterios de atención deben poder modificarse adecuadamente.
- Rigor: si el objetivo es la mejora continua, el nivel de calidad exigido debe aumentar gradualmente.
- Eficiencia como elemento de evaluación: elaborar los criterios de análisis de modo que se limiten los errores, tanto de comisión como de omisión.

Los **indicadores** para la evaluación de la calidad por su parte, son una expresión matemática, generalmente un cociente (tasa, proporción, razón u otro), que cumplen con las reglas de⁽⁶⁾:

- Relevancia: sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.
- Precisión: la medición se desvía poco o nada del valor “real”.
- Sensibilidad: el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia.
- Especificidad: es poco afectado por la acción de otras variables.

Los indicadores en la gestión expresan cuantitativamente o cualitativamente una relación que alerta sobre aspectos relevantes de lo que se está analizando. Son la expresión significativa de los problemas de gestión. Es necesario contar con un conjunto de indicadores que abarquen la problemática en toda su extensión.

Su utilidad está dada por:

- Medir aspectos específicos de la atención
- Obtener información válida, fiable y objetiva
- Servir de “señal de alarma” precoz, para detectar necesidad de mejoras

- Identificar áreas de mejora y de excelencia
- Conformar estándares
- Servir de comparación y *benchmarking*

En el sector industrial los llamados *Key Performance Indicators* (KPI) o Indicadores Clave de Desempeño, son métricas que miden el nivel del desempeño de un proceso, enfocándose en el cómo e indicando el rendimiento del mismo, de forma que se pueda alcanzar el objetivo fijado organizativo u operacional⁽⁴⁰⁾. Permiten la evaluación de un servicio, realizar un diagnóstico, comunicar, informar, motivar y progresar.

Son sus características ser:

| | |
|-------------------------|--------------|
| eSpecíficos | = Specific |
| Medibles | = Measurable |
| Alcanzables | = Achievable |
| Orientados al Resultado | = Relevant |
| Relacionados al Tiempo | = Timely |

Algunos de los indicadores más usados en la gestión de atención sanitaria son⁽⁶⁾:

a. Indicadores de utilización y consumo de los beneficiarios: (ej: consulta por beneficiario año, egresos por 100 beneficiarios año, prácticas de diagnóstico y tratamiento ambulatorias, etc.)

Las tasas de utilización pueden obtenerse a través de procesos estadísticos o por elaboración de datos obtenidos por encuestas a la población. Las tasas de uso están influidas por la demanda efectiva de la población bajo cobertura, y por la conducta diagnóstico - terapéutica de los prestadores. Existe una interrelación estrecha entre ambas conductas ya que a partir de la demanda inicial de los afiliados son los profesionales quienes básicamente determinan qué y cómo usar los servicios, en especial los de diagnóstico y tratamiento. Por ello, las tasas de uso miden primariamente la demanda de atención de la población y secundariamente, el comportamiento de los servicios y efectores de atención médica.

Las necesidades de atención y la demanda consecuente dependen de las condiciones de edad, sexo, incidencia y prevalencia de patologías, de factores culturales, socioeconómicos y de la percepción de la salud y enfermedad que posean las personas.

b. Indicadores de conductas prescriptivas de diagnóstico y de tratamiento (ej: prácticas ambulatorias por consulta ambulatoria, indicadores de medicamentos por receta y por consulta, proporción de consultas de urgencia, etc.).

Estos indicadores asumen características que los hacen utilizables para la evaluación del desempeño profesional y de la “gestión administrativa” del sistema. No se trata de indicadores de resultados clínicos (efectividad) del diagnóstico y tratamiento de patologías sino de indicadores que señalan la conducta prescriptiva de los profesionales respecto del uso de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

Esos comportamientos dependen de una adecuada aplicación de los conocimientos científicos, de la disponibilidad y capacitación del personal, de los sistemas de apoyo; pero también actúan otros factores como los mecanismos de retribución profesional. El pago por “acto” tiende a promover sobreprestaciones, en tanto que los pagos por módulo, por cápita o por cartera fija facilitan la subprestación.

c. Estimación de costos (ej: costos de la cobertura prestacional asistencial, costo ambulatorio asistencial, costos ambulatorios por profesional, etc.)

Estos indicadores varían de acuerdo con el tipo de morbilidad y demanda, pero además están influenciados por las modalidades contractuales vigentes en el sistema. En este sentido una modalidad “capitada” (tecnicismo colateral que significa cuota mensual fija por cada afiliado independientemente de las prestaciones necesarias) mostrará valores casi fijos, mientras que en una modalidad contractual de pago por prestación existirán amplias variaciones.

d. Indicadores de satisfacción de los beneficiarios y prestadores (ej: proporción de beneficiarios que abandonan el sistema por decisión propia, proporción de usuarios que informan insatisfacción por la atención, proporción de prestadores que rescinden el contrato, etc).

Estos indicadores señalan la opinión y participación de los principales actores de un sistema de atención médica y adquieren relevancia a partir de la consigna empresarial “el cliente siempre tiene razón” o de la consigna médica “el paciente es el sujeto de la atención”. En general, desde el punto de vista comercial se trata de mostrar, ante la competencia y los potenciales clientes, que el sistema genera pocas quejas.

e. Indicadores de resultados epidemiológicos (ej: tasas de mortalidad, diagnósticos de los egresos, motivos de las consultas).

Son indicadores que evalúan el peso de las patologías y/o problemáticas a través de las tasas de incidencia y de prevalencia en un período. El conocimiento de estas tasas se obtiene a través de estudios sobre mortalidad y morbilidad.

f. Indicadores de resultados clínicos (ej: extensión del control del cáncer cervical, tasa de mortalidad perinatal, etc).

Estos indican el resultado de los desempeños clínicos según las

patologías y por lo tanto están vinculados con las enfermedades prevalentes. También están influenciados por las conductas prescriptivas de diagnóstico y terapéutica.

Para la monitorización de la calidad, el sistema de indicadores debe organizarse en un **tablero de control** (*Tableau de bord*). Este consiste en una herramienta aplicable a cualquier organización y nivel de la misma, cuyo objetivo y utilidad básicos es diagnosticar adecuadamente una situación. Es muy útil para conectar lo abstracto y lo concreto, el análisis y la síntesis, la intuición y la racionalidad, lo intangible y lo tangible, lo cualitativo y lo cuantitativo. Se utiliza a menudo como sinónimo de cuadro de mando.

El tablero de control conforma un conjunto de indicadores, cuyo seguimiento y evaluación periódica permite contar con un mayor conocimiento de la situación y, a través del color de las luces y alarmas, ser el disparador para la toma de decisiones.

En la elección de los indicadores a utilizar, si bien hay indicadores genéricos, cada sector requiere definiciones a medida de sus propios parámetros. Se deben elegir aquellos que muestren los resultados de procesos relevantes para el sector, cuyo mal funcionamiento impediría la continuidad y el progreso del mismo, aun cuando el resultado del resto de las áreas fuera satisfactorio.

El tablero refleja solo información cuantificable y debe ser complementado con otras herramientas de control formales e informales. Siempre habrá que aplicar el sentido común para emitir juicio a partir de la información^(41,42).

En todos los tableros se deberá definir:

- Pantalla: que muestre la información clave para el diagnóstico, con su formato y configuración.
- Período del Indicador: día, mes, acumulado del ejercicio, para los próximos meses, etc.
- Apertura: forma en la cual se podrá abrir y clasificar la información para acceder a sucesivos niveles de desagregación.
- Frecuencia de actualización: tiempo que transcurre entre distintas actualizaciones de los datos (en el momento, diaria, semanal, mensual).
- Referencia: base sobre la cual se desean calcular las desviaciones. Puede ser un estándar, la historia, el mes anterior, el promedio de los últimos doce meses, un objetivo o una meta, etc.
- Parámetro de alarma: niveles por encima o por debajo de los cuales el indicador es preocupante.
- Responsable de monitoreo.
- Avisos automáticos, que emitan las bases para detectar problemas de acuerdo a parámetros incluidos en el sistema.

Hay diferentes tipos de tableros según el nivel en el que se utilizan:

- Tablero de Control Operativo: permite hacer un seguimiento de situación o proceso, para poder tomar a tiempo las medidas correctivas.
- Tablero de Control Directivo: permite monitorear los resultados de la institución en su conjunto y de los diferentes temas claves en que se puede segmentarse. Su monitoreo es generalmente mensual.
- Tablero de Control Estratégico: brinda la información interna y externa necesaria para conocer la situación respecto al posicionamiento estratégico y a largo plazo de la empresa.
- Tablero de Control Integral: contiene información relevante para que la alta dirección pueda conocer la situación integral de la institución.

La puesta en marcha de un **programa de evaluación** de la gestión de calidad debería ser una de las actividades prioritarias en una institución, tanto por sus connotaciones éticas como por ser un medio de motivación para sus profesionales. Los procesos de mejora no tienen éxito si no son procesos dinámicos, con seguimiento, evaluación y modificación posterior de los errores, tomando siempre en cuenta la percepción del cliente sobre las actuaciones y los procesos; repitiendo lo que define Donabedian: Diseño, Monitoreo y Rediseño. La mejora debe ser continua.

En la actualidad existen varios modelos de gestión de la calidad asistencial como las normas ISO, la Gestión por Procesos, el Modelo de Calidad Total, el sistema de acreditación por la *Joint Commission en Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) y a partir de sus inicios en el 2002 el PICAM en nuestro país. Algunos modelos presentan una metodología rígida que dificulta su adaptación a instituciones de salud. Al implantarlas se puede acceder a una acreditación externa, que por un lado garantiza el cumplimiento de las normas y por el otro permite la comparación con otros centros basados en iguales criterios de evaluación⁽²⁴⁾. Las normas ISO elaboradas por la *International Office of Standards*, son sumamente técnicas, por lo cual su adaptación al sector sanitario podría hacerse en el campo de los procesos más similares al industrial como los servicios de laboratorio, imágenes, hotelería hospitalaria, etc. No contemplan aspectos de la atención sanitaria como las relaciones interpersonales, o los derechos del paciente. La Gestión por Procesos implica reordenar los flujos de trabajo, de forma que aporten valor añadido, aumentando la satisfacción del cliente y facilitando la tarea de los profesionales. El inconveniente es que centrar la calidad de la asistencia en torno al paciente, no toma en cuenta la variabilidad de la práctica clínica por encima de lo razonablemente esperado, pudiéndose alejar de los intereses de los pacientes.

El Modelo de Calidad Total, auspiciado por la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), es un modelo industrial creado en los '90 para competir con

la calidad de la industria japonesa, en donde uno de los puntos a considerar es la satisfacción de los trabajadores. Es compleja su adaptación al sector sanitario. El Manual del JCAHO (Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica), modelo de gestión diseñado para la gestión de calidad de la asistencia sanitaria, contiene 14 indicadores básicos y cuatro de gestión de calidad para establecimientos con internación, que contemplan conductas diagnóstico terapéuticas, de efectividad clínica, seguridad y satisfacción. Para cada indicador se establece definición, fórmula, fundamentos, inclusiones y exclusiones⁽⁴³⁾. El HEDIS es un conjunto de indicadores de resultados que incluye 75 indicadores para ocho dominios principales^(6,63). Salvo unos pocos países como EEUU, Australia, Canadá y Francia, que tienen un sistema único de acreditación, en la mayoría coexisten diferentes modelos.

LA CALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

La calidad de atención en los DU se ve afectada por factores propios de la institución, financieros, funcionales y estructurales, como por factores externos a la misma entre ellos déficit de capacitación del recurso humano, menor número de camas de internación y demanda creciente a estos servicios. Todos ellos en mayor o menor grado contribuyen a la saturación (*crowding*)* de los DU, uno de los temas más estudiados en las últimas décadas en todo el mundo como factor principal de afectación de la calidad asistencial. El número creciente de pacientes en los DU, tanto a la espera de ser atendidos como dentro de los procesos de atención y destino, desequilibra frecuentemente la ecuación entre oferta y demanda. Esto trae aparejadas consecuencias negativas como aumento de los tiempos de espera y de permanencia en el DU, insatisfacción del paciente y del equipo de salud, violencia, menor rendimiento profesional y peores resultados en la atención desde consultas inconclusas o no realizadas por retiro del paciente, hasta aumento de la mortalidad y retrasos en donde la efectividad del tratamiento está relacionada con su tiempo de inicio^(44, 45, 46, 47, 48, 49).

En la búsqueda soluciones se han propuesto como punto de partida definiciones y escalas para medir la saturación del sistema^(50,51,52,53,54).

La ACEP en enero de 2006 expone que⁽⁵⁵⁾:

- La saturación ocurre cuando las necesidades identificadas para ser atendidas en servicios de urgencia exceden los recursos disponibles para su atención en el DU, el hospital o ambos.
- Las causas de la misma son multifactoriales y se reparten en todo el sistema de salud.

* No se encontró la traducción del término recomendada por lo que se utiliza una traducción personal.

- La saturación del DU se manifiesta en un significativo retraso en la evaluación, tratamiento e internación de los pacientes admitidos, en el uso de áreas no médicas para tratamiento y en que los pacientes se retiran antes de completar su evaluación y tratamiento.

En el 2002 había postulado que la saturación de un DU también comprende la inhabilidad de realizar un triage apropiado, con gran número de pacientes en la recepción a la espera de ser clasificados⁽⁵⁶⁾.

J. Pines propone una definición operacional: Un DU está saturado cuando la inadecuación de los recursos para cubrir las necesidades de la demanda lleva a una reducción de la calidad en la atención⁽⁵⁷⁾.

Numerosos intentos se han hecho por cuantificar esta situación con indicadores métricos para validarlos interinstitucionalmente, enfrentándose generalmente a su imposibilidad debido a la amplia variabilidad de estructura y funcionamiento de los DU⁽⁵⁴⁾.

B. Asplin publica en el 2003 un modelo conceptual para ser utilizado como marco de estudio de las causas y consecuencias de la saturación de los DU, como así también de las soluciones potenciales. Define al sistema de atención de agudos en forma amplia, como todo aquel que brinda atención sanitaria no programada incluyendo los de demanda espontánea ambulatoria, servicios de urgencia y emergencias, guardias pasivas, servicios de internación para pacientes que ingresan por el DU y servicios prehospitalarios. De esto se infiere que el concepto de atención aguda o crónica, es función de la urgencia de la demanda y de la respuesta del sistema de salud⁽⁵⁶⁾.

El modelo está formado por tres componentes interdependientes: ingreso – tránsito – egreso (*input – throughput – output*), donde el ingreso está determinado por el número de pacientes que consultan a la institución, el tránsito por los procesos de atención, diagnóstico y tratamiento, y el egreso por la disposición final.

Generalmente las causas que determinan un aumento de la demanda están por fuera del control de una institución, contemplando que los DU no solo cumplen con la función de la atención de emergencias y urgencias no programadas, sino también dando respuesta como red social.

Analizando los procesos que comprenden el tránsito del paciente dentro de la institución se pueden identificar causas que contribuyan a su saturación e implementar modificaciones.

El egreso está dado mayormente por la disponibilidad de camas de internación, por lo tanto la mejora en su gestión contribuirá al mayor rendimiento del DU⁽⁵⁶⁾.

Con la imposibilidad de “medir lo imposible”, ¿cuánto son muchos pacientes?, ¿muchos pacientes con respecto a qué?, lo que para un centro es estar saturado, ¿lo es para otro?, es que comenzó a variar el foco de interés⁽⁵⁰⁾. Se intenta medir aquello que se desea que suceda, y esto es un correcto flujo de pacientes

a través del DU. Para esto se hace necesario tener un tablero operacional, que mida las diferentes fases de este proceso, con estándares que permitan evaluación interna y comparación externa, identificando los puntos de mejora^(54,58).

A su vez, cuando se sugieren innovaciones, se debe tener una forma para comprobar que estas han modificado positivamente el proceso para la cual fueron implementadas. Y si bien el objetivo es minimizar las esperas y dinamizar el tránsito del paciente, esto no debe hacerse a expensas de la calidad.

Con los datos relevados de diferentes tiempos de espera, calidad y satisfacción, son los líderes de los DU y de las instituciones los que tienen a cargo el promover los cambios que mejoren la atención⁽⁵⁹⁾.

En el 2011 se publicaron las recomendaciones de la *Academic Emergency Medicine* sobre prioridades de investigación en intervenciones para salvaguardar la seguridad del paciente ante la saturación del DU. Las dividieron en conocimiento básico, ciencia aplicada y conocimiento teórico⁽⁶⁶⁾.

Conocimiento básico:

- Bajo condiciones normales en el DU, cuáles son los procesos correctivos y los mecanismos compensatorios que previenen que pequeños errores y riesgos en seguridad se conviertan en incidentes mayores, y cómo varían bajo condiciones de saturación del sistema.
- Qué indicadores deben utilizarse para determinar la seguridad en el DU. En lugar de usar medidas de errores y eventos adversos, tomar aquellos que muestren situaciones en las que el sistema se encuentre al borde del fallo.

Ciencia aplicada:

- Cómo pueden las listas de chequeo asegurar una atención más segura en un DU saturado.
- Cuál es la relación más segura de personal en los DU (médicos / enfermeras / farmacéuticos / personal de seguridad, etc).

Conocimiento teórico:

- Cómo puede la investigación sobre medicina de emergencias influir sobre la seguridad del paciente en todo el territorio nacional.
- Desarrollar indicadores para reconocer cuando un DU está al borde de la sobrecarga.
- Cómo pueden ser utilizados en el desarrollo de soluciones innovadoras los modelos de otros campos como por ejemplo el de la Industria.

MEDICIONES EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

Como se expresó los indicadores en la gestión expresan cuantitativa o cualitativamente una relación que alerta sobre aspectos relevantes de lo que se está analizando. Son la expresión significativa de los problemas de gestión.

Se pueden agrupar los indicadores en:

- Indicadores de Rendimiento (*performance*)
- Indicadores de Satisfacción
- Indicadores de Comparación

INDICADORES DE RENDIMIENTO

Son aquellos que indican cuales son los resultados de los procesos y cuál es su tendencia en el tiempo.

En el 2006 se publicó un consenso en el cual se presentan definiciones y un set de mediciones generales y operacionales, con el objeto de permitir la evaluación, comparación y *benchmarking* de los procesos de los DU⁽⁸⁾.

A. Definiciones

Definiciones de puntos en el tiempo

- Tiempo de arribo: el tiempo en el que el paciente es admitido por la recepción del DU.
- Tiempo de atención: tiempo del primer contacto con el médico para iniciar la consulta.
- Tiempo de decisión de internación: tiempo en el que el médico decide la internación.
- Tiempo de conversión: tiempo en el que se decide la admisión del paciente para internación, observación general o área de observación especial dentro del DU.
- Tiempo de alta: tiempo en que el paciente de alta se va del área de tratamiento.
- Tiempo de salida del DU: tiempo en el que el paciente internado deja el DU.
- Tiempo de derivación: tiempo en el que el médico decide la derivación.
- Tiempo de derivación aceptada: tiempo en el que es aceptada la derivación del paciente.

*Definiciones de intervalos de tiempo (turnaround time TAT)**

- Intervalo puerta – médico: desde Tiempo de arribo hasta Tiempo de Atención.
- Intervalo médico – destino: desde que se tienen los exámenes complementarios hasta que se decide el destino.

- Tiempo de estadía en el DU: tiempo del paciente en el DU, lo que abarca
 - Pacientes admitidos: Tiempo de arribo hasta Tiempo de conversión
 - Pacientes de alta: Tiempo de arribo hasta Tiempo de alta
 - Pacientes derivados: Tiempo de arribo hasta Tiempo de derivación
- Intervalo de Radiología: tiempo desde que se realiza pedido de rayos hasta que se obtiene el resultado. Los parámetros a tomar pueden variar en las diferentes instituciones.
- Intervalo de Laboratorio: tiempo desde que se realiza pedido de laboratorio hasta que se obtiene el resultado. Al igual que el anterior, los parámetros a tomar pueden variar en las diferentes instituciones.

Definiciones de procesos

- Índices de severidad: análisis del nivel de severidad de los pacientes en un punto o intervalo de tiempo.
- Espera de internación prolongada (*boarding*)*: proceso de atención de pacientes con orden de internación en el DU por tiempos extendidos.
- Paciente con espera de internación prolongada (*boarded patient*)*: paciente en el cual el intervalo entre el Tiempo de decisión de internación y el Tiempo de salida del DU excede los 120'.
- Horas diarias de espera de internación prolongada: suma de los minutos de Pacientes con espera de internación prolongada en 24h dividido 60 (número de horas de cuidados dentro del DU).
- Carga de atención del DU: se calcula como (número de pacientes internados + en observación + derivados) sobre el total de espacios de atención del DU. Puede calcularse en cualquier momento y expresarlo como el valor máximo diario, muestra indirectamente la complejidad de los pacientes atendidos.
- Pacientes pediátricos: en <2 años y 2 a 16 o 18 años (según criterio de la institución).

Definiciones de espacios

- Departamento de Urgencias: lugar de prestación de atención médica de urgencia espontánea las 24h.
- Departamento de Urgencias Psiquiátrico: es aquel que cubre servicios de consulta por guardia a pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- Departamento de Urgencias Pediátrico: son aquellos que tienen atención pediátrica de guardia.

* No se encontró la traducción del término recomendada por lo que se utiliza una traducción personal.

B. Medidas de rendimiento

1. Medidas de Tiempo

Pacientes de alta

- Tiempo puerta – médico: intervalo en minutos entre el tiempo de arribo del paciente al primer contacto con el médico.
- Tiempo médico – alta: intervalo en minutos entre el primer contacto con el médico y el tiempo del alta.
- Tiempo de estadía en el DU para pacientes de alta: intervalo en minutos entre el tiempo de arribo del paciente y el tiempo de alta.

Pacientes internados

- Tiempo puerta – médico: intervalo en minutos entre el tiempo de arribo del paciente al primer contacto con el médico.
- Tiempo médico – decisión de admisión: intervalo en minutos entre el primer contacto con el médico y la decisión de admisión.
- Tiempo de decisión de internación – salida del DU: intervalo en minutos entre la decisión de internar al paciente hasta la partida de éste del área de tratamiento del DU.
- Tiempo de estadía en el DU para pacientes internados: intervalo en minutos entre el tiempo de arribo del paciente y la partida de éste del área de tratamiento del DU (la suma de: Tiempo puerta – médico + Tiempo médico – decisión de admisión + Tiempo de decisión – salida del DU).
- Horas diarias de espera de internación prolongada: suma de los minutos de espera de internación prolongada – 120 minutos por cada paciente / 60 minutos.

Pacientes derivados

- Tiempo puerta – médico: intervalo en minutos entre el tiempo de arribo del paciente al primer contacto con el médico.
- Tiempo médico – decisión de derivación: intervalo en minutos entre el primer contacto con el médico y la decisión de derivación.
- Tiempo de decisión de derivación – aceptación de la derivación: intervalo en minutos entre la decisión de derivar al paciente hasta la aceptación de la derivación.
- Tiempo aceptación de derivación – salida del DU: intervalo en minutos entre la decisión de derivar al paciente hasta la partida de éste del área de tratamiento del DU.
- Tiempo de estadía en el DU para pacientes derivados: intervalo en minutos entre el tiempo de arribo del paciente y la partida de éste del área de tratamiento del DU (la suma de: Tiempo puerta – médico + Tiempo médico – decisión de derivación + Tiempo de decisión de derivación – aceptación de la derivación + Tiempo aceptación de derivación – salida del DU).

2. Medidas de proporciones

Pacientes que se retiran antes de lo debido

- Pacientes que se retiran antes de ser vistos: todo paciente que se retira del DU antes de iniciar la atención médica (expresado como proporción por cada 100 consultas).
- Pacientes que se retiran antes de terminar la consulta: todo paciente que se retira del DU antes de terminar la atención médica (expresado como proporción por cada 100 consultas).
- Pacientes que se retiran a pesar de la indicación de internación u observación: difiere de la anterior en que la atención se está realizando y el paciente en su total competencia, y conociendo los riesgos y beneficios, decide retirarse en contra de la recomendación del médico (expresado como proporción por cada 100 consultas).

Quejas

Se debe estandarizar la definición para incluir a toda expresión espontánea sobre el servicio brindado en el DU, escrita o verbal, y que sea derivada para la atención por la coordinación del DU.

Se deben separar en los procesos de atención administrativos y los del equipo de salud.

Se expresan como una queja por comunicación cada 1000 consultas.

Horas de suspensión de derivaciones al DU

Es el pedido de suspensión de las derivaciones al DU por falta relativa de camas, personal o equipamiento.

Se expresa como el número de horas por períodos de tiempo en donde esta suspensión se haya hecho.

Marcadores de flujo de pacientes en el DU

- Tiempo de estadía mayor a seis horas: expresado como porcentaje cada 100 consultas.
- Tiempos cíclicos de flujo: como los pedidos de estudios o puerta-médico o puerta-decisión.

C. Censo y utilización de definiciones y marcadores

Definiciones relacionadas a números de pacientes

Incluyen: pacientes por día, pacientes pediátricos por día y pacientes por día estratificados por codificación en niveles de complejidad.

Definiciones relacionadas a cobertura de los pacientes

Definiciones relacionadas a la severidad de los pacientes

Incluyen: pacientes internados por día, pacientes derivados por día, pacientes atendidos muy graves y pacientes atendidos poco graves.

Elementos definidos de las áreas del servicio de Emergencias

- Electrocardiogramas cada 100 pacientes vistos
- Radiografías simples cada 100 pacientes vistos
- Tomografías o resonancias magnéticas cada 100 pacientes vistos
- Panel de trauma utilizado cada 100 pacientes vistos
- Marcadores cardíacos cada 100 pacientes vistos
- Dosis de medicamentos administrados cada 100 pacientes vistos (eventualmente estratificados por tipo de medicación)
- Saturación del DU, definido como el número de horas (reportadas por día) en cual el censo de pacientes excede las áreas de cuidado médico (puede ser expresada como porcentaje o radio)

Relación entre servicio y personal

Expresado como servicio horas por día de personal en una determinada área incluyendo:

- Médicos
- Residentes
- Enfermeros
- Auxiliares de atención al paciente (técnicos radiólogos, de laboratorio, kinesiólogos, etc.)
- Otros auxiliares (religiosos, mantenimiento, seguridad, sistemas, etc.)

Tipos específicos de cuidados

- Presidarios
- Adictos, enfermos mentales o ambos
- Pacientes en observación (puede no ser un área de observación específica, pero están en observación y tratamiento con la intención de que al terminarlo se den de alta)

El censo diario de pacientes y su respuesta ante la sobredemanda inesperada es un modelo de medición que sirve para objetivar la funcionalidad (operacional y estructural) del DU^(65, 67).

Está determinado por dos tendencias:

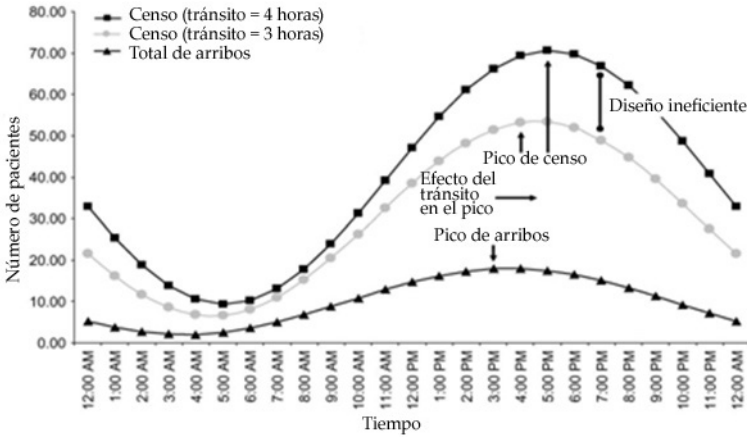
- el patrón de censo predecible por las características históricas de arribo de pacientes
- la desviación de ese patrón por el arribo excesivo inesperado

Tiene a su vez tres características:

- El censo es cíclico: sigue patrones predecibles de acuerdo al momento

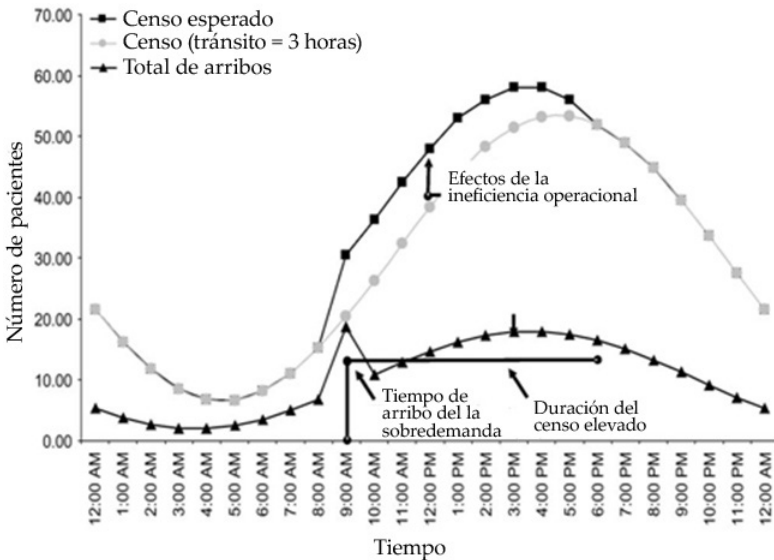
del día, día de la semana, tiempo en el año; y estos son determinados por los arribos.

- El censo en un determinado momento está dado por el censo previo y los arribos y altas recientes. De la funcionalidad del DU y del tiempo de estadía dependerá la acumulación de pacientes con la consecuente variación en el censo a igual demanda.



Fuente: Asplin et al. Developing models for patient flow and daily surge capacity research. Acad Emerg Med Nov 2006, Vol.13, N° 11.

- Inesperados aumentos en la demanda tienen efectos duraderos en el censo.



Fuente: Asplin et al. Developing models for patient flow and daily surge capacity research. Acad Emerg Med Nov 2006, Vol.13, N° 11.

De todos los indicadores, el tiempo de estadía (LOS *length of stay*) es el que se toma como criterio estándar para medir el tránsito del paciente por el DU. Es una variable independiente, medida como mediana en períodos de tiempo específicos, existiendo una relación entre este y la calidad de atención por dos motivos:

- es una propiedad del sistema de atención, siendo la mediana de este tiempo para todos los pacientes en un tiempo determinado, más importante que el de cada paciente individual;
- los intervalos de tiempos no son independientes, pudiéndose afectar el tiempo de estadía por cualquiera de ellos.

Dado que el tiempo de estadía varía ampliamente durante el día, es necesario medir tiempos más cortos, por ejemplo cada 4 a 6h.

La demanda al DU varía ampliamente entre unos y otros, es por esto que es necesario ajustar el tiempo de estadía por gravedad. Esto puede hacerse según métodos de clasificación, no siempre posible dada la diferencia entre centros, o comparando DU con volúmenes de demanda y recursos similares^(65, 67).

Aunque actualmente no existe una única clasificación internacional, uno de los sistemas propuestos es el que se describe en el siguiente esquema^(9, 10):

| Complejidad | | Volumen anual de consultas | | | |
|-------------|------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|---------|
| | | <10.000 | 10-29.000 | 30-49.000 | >50.000 |
| Bajo | Nivel de Atención del Trauma | - | - | 3 | 2-3 |
| | % de Admisión | <20% | <20% | <20% | <20% |
| | Trasplantes | No | No | No | No |
| Alto | Nivel de Atención del Trauma | 1-2-3 | 1-2-3 | 1-2 | 1 |
| | % de Admisión | >20% | >20% | >20% | >20% |
| | Trasplantes | Si | Si | Si | Si |

Como variables dependientes del tránsito del paciente se pueden medir⁽⁶⁵⁾:

- Resultados clínicos (líneas de tiempo)
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción del proveedor
- Costos
- Resultados del sistema (pacientes que se retiran sin ser vistos, reconsultas, derivaciones).

En el 2011 se publica una revisión desde 1966 hasta 2009, sobre lo publicado en desarrollo y validación de medición de la saturación del DU. De los 46 artículos originales finales que se tuvieron en cuenta, se obtuvieron 71 medidas que se categorizaron en 5 tipos: de opinión médica – ingreso – tránsito – egreso y multidimensionales⁽⁵⁰⁾.

1. Opinión médica:

- Agotamiento del médico
- Criterio médico de saturación
- Satisfacción del médico de emergencias

2. Ingreso

- Tiempo de espera
- Sala de espera llena > 6h /día
- Tiempo al primer contacto médico
- N° de arribos
- N° de pacientes en la sala de espera
- N° de pacientes registrados
- Número o porcentaje de pacientes registrados que ingresan en ambulancia
- N° de pacientes que esperan el triage
- N° de pacientes de baja complejidad
- N° de pacientes por niveles de severidad
- Promedio de gravedad según triage
- N° de nuevos pacientes para control
- Porcentaje de turnos abiertos en clínicas ambulatorias
- Pacientes que se van sin ser vistos
- Promedio o porcentaje de pacientes que se retiran sin haber terminado la consulta
- Episodios de suspensión de derivaciones
- Promedio de espera para la atención de emergencias

3. Tránsito

- Camas del DU ocupadas en su totalidad >6h o pasillos llenos >6h
- Porcentaje del tiempo del DU \geq a la capacidad establecida
- N° de salas completas
- N° total de pacientes en el DU
- Ratio de ocupación del DU
- N° de pacientes en los pasillos
- N° de resucitaciones en las pasadas 4h

- N° de pacientes que están siendo tratados
- N° de pacientes que esperan la IC con el especialista o la decisión del especialista > 4h
- N° de órdenes de estudios del DU
- N° de pacientes que esperan resultados
- N° de enfermeros trabajando
- Pacientes atendidos por nivel de severidad por hora cama
- N° de pacientes por enfermero o médico
- N° de pacientes ingresados o derivados por médico
- Suma del tiempo de atención de pacientes por turno
- Intervalos de tiempo de servicios auxiliares
- Tiempo a la consulta
- Tiempo a la admisión
- Tiempos de tratamiento en el DU
- Tiempo de estadía

4. Egreso

- Número o porcentaje de ingresos
- Número, promedio o porcentaje de pacientes con espera de internación prolongada
- Tiempo de espera de internación prolongado
- Componentes del Tiempo de espera de internación prolongado
- Censo de unidades de observación
- N° de pacientes de alta que esperan ambulancia
- Ratio de transferencia del DU
- Lugar de admisión del hospital
- Nivel de ocupación de pacientes internados
- Capacidad hospitalaria / Predicción de la demanda
- Volumen del DU / capacidad de internación
- N° de pacientes internados de alta
- N° de camas de agudos
- Tiempos de procesos de internación
- Órdenes de internados de laboratorio, radiología y tomografía
- Tiempo desde el pedido de cama hasta la adjudicación
- Tiempo de adjudicación de la cama hasta la transferencia del DU
- Disponibilidad de servicios de atención domiciliaria
- Niveles alternativos de internación
- Servicios de emergencias cercanos para la derivación

5. Multidimensionales

- Estudio Nacional sobre Saturación del DU: NEDOCs *“National ED Over Crowding Study”*
- Estudio Nacional sobre Saturación del DU Pediátrico: NEDOCs pediátrico (PEDOCs: *“Pediatrics ED Over Crowding Study”*)
- Análisis de los Indicadores de Demanda en Tiempo Real: READI, *“Real-time Emergency Analysis of Demand Indicators”*
- Escalas de Saturación del Departamento de Urgencias: EDCS, *“Emergency Department Crowding Scales”*
- Escala del Trabajo en el DU: *“ED Work Score”*
- Estado Crítico de Camas: CBS, *“Critical Bed Status”*
- Complejidad del Sistema: *“System complexity”*
- Escala de Riesgo de Saturación: *“Overcrowding Hazard Scale”*

Las medidas que toman como criterio la **percepción del médico** son las menos usadas. De los estudios publicados solo uno las validó contra un resultado objetivo, viéndose una relación positiva entre estas con el número de pacientes que se van sin ser vistos.

Dentro de las medidas que describen procesos del **ingreso** las más utilizadas son las cuentas numéricas y los porcentajes de pacientes, y dentro de estos el número total de pacientes en sala de espera, el número de arribos y el tiempo de espera. En 16 estudios fueron validados contra 6 tipos de criterios.

Tanto el número total de pacientes en sala de espera como el número de arribos se relacionan positivamente con tiempos de procesos en el DU como tiempo de espera y tiempo de estadía. El número de arribos sirve como predictor de la utilización de recursos.

La evaluación de los procesos del **tránsito** incluyó medidas de capacidad del DU, como cuentas numéricas o porcentajes de pacientes en varias etapas de su evaluación, y medidas de tiempos de atención de pacientes y de estadía. Las más utilizadas fueron el censo (total de pacientes en el DU), el porcentaje de ocupación del DU y el tiempo de estadía.

La ocupación del DU se asocia al número de derivaciones y de pacientes que se van sin ser vistos.

En su mayoría, las medidas propuestas para evaluar el **egreso** fueron el número o porcentaje de internaciones; el número, media o porcentaje de pacientes con espera de internación prolongada; el tiempo de espera de internación prolongada y el nivel de ocupación de la internación. Las internaciones, pacientes con espera de internación prolongada y el nivel de ocupación se correlacionaron significativamente con los tiempos de procesos en el DU, la opinión de los médicos sobre la saturación, las derivaciones y el número de pacientes que

se van sin ser vistos. La predicción a corto plazo del número de pacientes con espera de internación prolongada (2 y 8h por ejemplo) es mejor que la predicción sobre el tiempo de espera de internación prolongada.

Dentro de las escalas **multidimensionales**, la EDWIN y la NEDOCS demostraron asociación positiva con la opinión de los médicos sobre la saturación, las derivaciones y el número de pacientes que se van sin ser vistos.

INDICADORES DE SATISFACCIÓN

La satisfacción describe una experiencia subjetiva del paciente con la atención en salud, y refleja uno de los aspectos de la calidad de atención. Se ha visto que la satisfacción está íntimamente ligada a otros resultados como las demandas por mala praxis, al deseo de consultar nuevamente a la institución y al cumplimiento de las indicaciones médicas⁽⁶⁸⁾.

Hay dos categorías de metodología de investigación de la satisfacción del cliente, la cualitativa y la cuantitativa.

La investigación cualitativa, supone respuestas abiertas en las que se tienen en cuenta las palabras y las observaciones. Se utilizan como estudios exploratorios brindando información de fondo con poca cantidad de casos, sin poder extrapolar valores estadísticos a una población general. Se utilizan en las entrevistas a fondo y en los grupos de concentración.

La investigación cuantitativa representa la opinión a través de números. Por lo general la información se obtiene por medio de entrevistas telefónicas, escritas o electrónicas realizadas a una población numerosa. Los datos de las mismas se procesan estadísticamente.

Estos tipos de procedimientos no son excluyentes, sino que por el contrario son complementarios. Un estudio cualitativo inicial puede ayudar a desarrollar un cuestionario cuantitativo, o puede utilizarse luego de este para explicar o aclarar la obtención de datos inesperados⁽⁷⁴⁾.

En una revisión publicada en 2004 basada en estudios de predicción multivariantes, el mayor predictor de satisfacción del paciente en el DU fue la calidad de la relación médico paciente. A su vez, la percepción del tiempo de espera se asoció con mayor satisfacción que el tiempo de espera real, con lo cual se considera que la reducción del mismo no tendrá una repercusión significativa en la mejora de la satisfacción⁽⁶⁹⁾.

Se ha estudiado a la calidad técnica del médico como indicador de satisfacción, pero es limitada la capacidad del paciente para juzgarla, puede interpretarse más como mejor.

Por otro lado los servicios como la comida, limpieza o estacionamiento son interpretados por el paciente como una forma diferente de la calidad, no siendo un factor crítico para su satisfacción.

Los esfuerzos en mejorar la satisfacción por lo tanto deben dirigirse a mejorar la comunicación con el paciente y al manejo de sus expectativas⁽⁷⁰⁾.

Se propone para mejorar la relación médico-paciente⁽⁶⁹⁾:

Calidad en la expresión:

- Técnicas verbales
 - Presentarse con el nombre
 - Explicar el rol en el DU
 - Escucha reflexiva: resumir lo que el paciente expresa para demostrar el entendimiento
 - Comentarios empáticos: “lo imagino”, “lo entiendo”
 - Disculparse por retrasos y demoras
 - Disculparse por las interrupciones
- Técnicas no verbales
 - Contacto visual
 - Sonreír (cuando es apropiado)
 - Adoptar una expresión de interés
 - Dejar que el paciente se explique sin interrumpirlo

Brindar información:

- Explicar lo que puede suceder
- Proveer información sobre el diagnóstico y sus posibles causas
- Explicar los resultados de estudios y sus posibles consecuencias
- Instruir sobre cuidados al alta
- Explicar el propósito de los procedimientos y la posibilidad de dolor o molestias
- Hablar en lenguaje adecuado al nivel cultural del paciente

INDICADORES DE COMPARACIÓN

Permiten conocer cuál es la posición de la institución con respecto a otros. Pueden tomarse como referencia instituciones con volumen y características poblacionales similares, o realizar la comparación con un estándar internacional o *benchmark*.

Es imprescindible la confiabilidad de la fuente, siendo de suma importancia elegir indicadores claves de desempeño comparables entre las distintas instituciones.

De modo general los indicadores que se refieren a condiciones estáticas de la atención, los métricos, en los que predomina el uso de cuentas numéricas, son más fáciles de observar en tiempo real, pero no son tan útiles a la hora de comparar instituciones. Mientras que los indicadores que representan condiciones dinámicas, en general dados por intervalos de tiempos, dificultan su medición en tiempo real pero parecerían ser más apropiados para su utilización en la comparación y *benchmarking*⁽⁸⁾.

Este es uno de los desafíos dentro de los DU debido a la disparidad de estructura y función entre ellos.

LA DEMANDA ESPONTÁNEA DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

La consulta ambulatoria no programada conforma la demanda espontánea. Esta puede organizarse dentro del ámbito de consultorios externos con horarios limitados para las mismas, o ser dirigida al DU las 24 horas del día los 365 días del año. En las instituciones suelen coexistir ambas.

Del total de pacientes que concurren al DU, el porcentaje de consultas no urgentes o inapropiadas varía según la literatura entre un 10 a un 90%, con un promedio del 25 al 40%.

El término inapropiado lo es desde el punto de vista médico del financiador y del proveedor, ya que para el paciente lo apropiado de la consulta al DU no tiene que ver con la gravedad de los que le sucede, sino con que es la opción más accesible en ese momento.

Dentro de estas hay alrededor de un 40% de consultas que podrían llamarse inevitables ya que responden a la indicación de un profesional, o a que el paciente siente que lo que tiene es serio requiriendo una consulta de urgencia, y que se corresponden con un porcentaje de internación del 4%, consistente con lo esperado para un código azul o 5 en las escalas de *triage*⁽⁶⁰⁾.

Estas consultas conforman la mayor parte de la demanda espontánea junto a los pacientes “semiurgentes”, verdes o 4.

En una revisión sistemática de la literatura publicada en 2009, sobre los criterios para definir consulta inapropiada, prevalencia y factores asociados a la misma se concluyó que⁽⁶¹⁾:

- No existe consenso sobre los criterios que la determinan y su definición
- La prevalencia varía ampliamente de acuerdo a los criterios tomados para definirla
- Características:
 - Mayor frecuencia por la mañana y tarde.
 - Mayoría de pacientes jóvenes, mujeres y con escasa comorbilidad.

- Dudosa asociación con estatus socioeconómico.
- Falta de asociación a la distancia con el DU.
- Asociación con la dificultad en obtener turno con el médico de cabecera, con tiempos prolongados de turnos y falta de contacto telefónico.
- Facilidad en obtención de estudios diagnósticos y tratamientos.
- Problemas más frecuentes de consulta asociados a los aparatos respiratorio y digestivo, dolor abdominal o torácico, alteraciones oculares o en oídos.

Desde el punto de vista ético, según el principio de respeto a la autonomía del paciente, este tiene libertad y autonomía en la elección del lugar de consulta⁽⁶²⁾.

Según las características del DU y de la población atendida, se deberá definir el tipo de demanda espontánea adecuada.

Desde lo institucional, si existe una sobredemanda de este tipo de pacientes al DU, se deberán tomar acciones para reestructurar la demanda ambulatoria y gestionar la calidad de atención.

Para esto es necesario contar con herramientas que permitan el monitoreo y la evaluación.

EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO

El DU se encuentra dentro de una institución privada de alta complejidad, que cuenta con 440 camas (321 de internación general, 27 camas de Terapia Intensiva, 21 camas de Unidad Coronaria, 30 de Pediatría, 15 de Terapia Intensiva Pediátrica y 26 camas de Neonatología) y 14 quirófanos.

En ella funcionan residencias de clínica médica, cirugía, traumatología, tocoginecología, emergentología, cardiología, otorrinolaringología y farmacia clínica; además se dictan Carreras Superiores de varias especialidades con dependencia de la Universidad de Buenos Aires.

El Departamento de Urgencias, dentro de los criterios de la clasificación internacional propuesta mencionada anteriormente, es un centro con nivel 2 para la atención de pacientes traumatizados, tiene un porcentaje de admisión mayor al 20% y no se realizan trasplantes.

Tiene un volumen anual de alrededor de 250.000 consultas, las cuales se distribuyen con un promedio parcial aproximado de 35% a Demanda Espontánea de Clínica Médica, 31% a Pediatría, 20% a Traumatología, 4% a Obstetricia, 4% Emergencias y 3% a Ginecología y Cirugía respectivamente.

Presenta guardia activa de clínica médica, cirugía, cardiología, traumatología, tocoginecología, pediatría e imágenes y pasiva del resto de las especialidades.

Cuenta con historia clínica electrónica al igual que la consulta ambulatoria programada.

La planta física está distribuida en dos plantas:

Planta baja:

- Un área destinada a la atención de las emergencias de adultos, el Shock Room, con 16 camas dos de ellas aisladas;
- un área de Cuidados Especiales en Guardia de adultos con 6 camas dependiente de Emergencias y destinados a la observación de pacientes y a las cirugías ambulatorias;
- 6 consultorios de guardia para Traumatología y Tocoginecología.

Primer subsuelo:

- Un área de atención pediátrica con 7 consultorios y una unidad de Cuidados Especiales que cuenta con dos camas equipadas para atender emergencias;
- un consultorio de Cirugía;
- un consultorio de Otorrinolaringología;
- un consultorio designado para extracción y recepción de pedidos de Laboratorio de guardia;
- un consultorio para procedimientos de enfermería;
- un área de atención de pacientes de Demanda Espontánea de Clínica Médica.

La conducción está integrada por:

- Jefe de Departamento de Urgencias
- Coordinadores de área: Shock Room - Demanda Espontánea de Clínica Médica - Pediatría - Cirugía – Traumatología – Ginecología - Enfermería
- 7 Jefes de Día

El *triage* es un método usado para la clasificación de los pacientes al ingreso al DU según la severidad de su enfermedad o injuria, asignándoles prioridades de atención y transfiriéndolos al lugar apropiado de tratamiento^(11,72).

Todo paciente que arriba al Sanatorio en ambulancia ingresa en el Shock Room. Los pacientes que ingresan por sus medios son recepcionados y clasificados por personal administrativo quien direcciona al paciente a Demanda Espontánea o Emergencias a través de un sistema de clasificación determinado por la coordinación del DU, quien se encarga de su capacitación periódica.

Como actividad docente presenta:

- Residencia en Emergentología desde 2010: residencia básica de 3 años, con dos vacantes por año, que otorga título de Médico Especialista

Universitario en Emergentología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

- Carrera de Especialista en Emergentología dependiente de la UBA (Resolución (CD) N° 2874/05) desde 2010: de dos años de duración, ingresando a ella con un año de clínica médica, obligatoria para los residentes de emergentología en 2º año, que otorga título de Médico Especialista en Emergentología.
- Rotaciones obligatorias de los residentes de Clínica Médica del Sanatorio en segundo año por Emergencias y en tercero por Demanda Espontánea de Clínica Médica, y de residentes de Medicina Familiar en toda su duración.

DEMANDA ESPONTÁNEA DE CLÍNICA MÉDICA

La consulta a la Demanda Espontánea de Clínica Médica, que pertenece al Departamento de Urgencias, está disponible los 7 días de la semana las 24h. Cuenta con un área asistencial propia, en una planta física separada de la de emergencias con 10 consultorios y dos office de enfermería.

Tiene una Coordinación que depende del Jefe de Departamento de Urgencias, dos médicos de planta que cubren la franja horaria de 8 a 20h y un promedio de 23 médicos de guardia distribuidos según la demanda de pacientes.

Los residentes de Clínica Médica del Sanatorio rotan en forma obligatoria durante su tercer año, con actividad docente asistencial de 8 a 16h y asistencial supervisada por la noche.

Los residentes de Emergentología rotan por el área en su tercer año.

Del promedio de 22.000 consultas mensuales al DU, datos correspondientes a los años 2009, 2010, 2011 y 2012, el 35% corresponde a la Demanda Espontánea de Clínica Médica lo que significa unas 250 a 350 consultas diarias.

La distribución de la cobertura médica de los pacientes es:

- 85% pacientes con cobertura de obra social. De estas el 70% pertenecen a una población que primordialmente cuenta con la atención de urgencias en la Institución.
- 14% pacientes con cobertura de prepago u obras sociales con contrato diferencial. El 50% de estos pertenecen a un prepago de la Institución.
- 1% pacientes privados.

Los pacientes que ingresan al Sanatorio en ambulancia son evaluados en el Shock Room, mientras que los que ingresan por sus propios medios son recibidos por personal administrativo capacitado, quien decide el lugar y la prioridad de su atención.

La prioridad de atención se marca con un signo de admiración en la pantalla, y se asigna a los pacientes que consultan por:

- Traumatismo de cráneo sin pérdida de la conciencia
- Dificultad respiratoria leve a moderada
- Pérdida de conocimiento sin traumatismo de cráneo
- Dolor torácico traumático
- Dolor torácico no traumático en pacientes < 45 años y sin enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión o tabaquismo
- Hipertensión arterial actual
- Cefalea que no sea de comienzo brusco, no habitual o intensa
- Hemorragia leve
- Lesión ocular no traumática
- Síntomas mal tolerados

A su vez hay pacientes que por su cobertura médica tienen prioridad de atención denominados como “Plan Especiales”.

Esto hace que el médico de la Demanda Espontánea deba priorizar la atención de los pacientes por:

- 1º paciente con prioridad de atención asignada por el administrativo
- 2º pacientes de Plan Especiales
- 3º por orden de llegada

La distribución semanal y diaria de las consultas es similar a la mundial. El mayor aflujo es de lunes a miércoles, decreciendo jueves y viernes, con mayor número los sábados que los domingos, con un arribo superior entre las 10 y la 20h. Por la noche, las consultas decrecen entre la una y las 7 de la mañana ya que la mayoría de la población atendida vive alejada de la institución. El patrón circadiano del flujo de pacientes se mantiene constante independientemente del sistema de salud como puede observarse en los gráficos 1, 2 y 3⁽⁶⁵⁾.

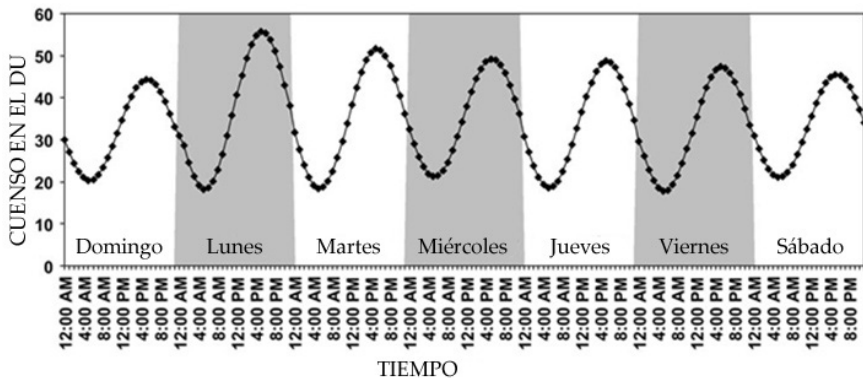


Gráfico 1.

Fuente: Asplin et al. Developing models for patient flow and daily surge capacity research. Acad Emerg Med Nov 2006, Vol.13, N° 11.

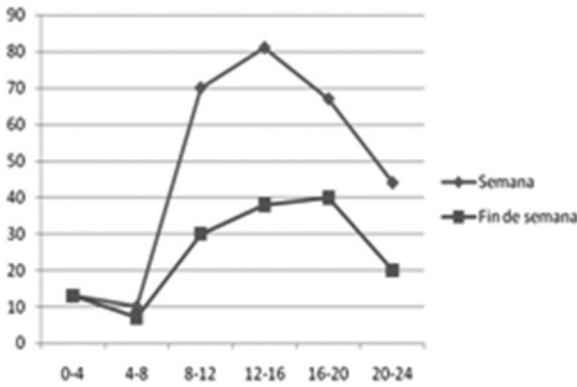


Gráfico 2. Sanatorio 2010.

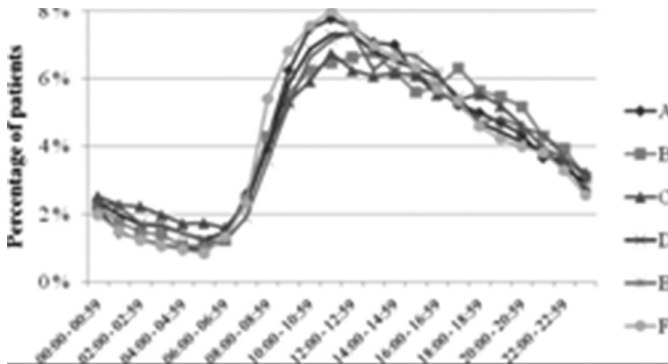


Gráfico 3. 6 DU Suecos 2009 .

Fuente: Ekelund et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2011,19:37

Los diagnósticos de egreso más frecuentes son en primer lugar los agrupados en signos y síntomas del aparato respiratorio, independientemente de la época del año, seguidos por los signos y síntomas del aparato digestivo y en tercer lugar problemas de la piel, signos y síntomas del aparato urinario, y signos y síntomas del aparato locomotor según la clasificación CIAP-2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria - Comité Internacional de la ©Wonca). Esto es congruente con los datos internacionales⁽⁶¹⁾.

El promedio de internación menor al 7%, con un 2 al 5% en internación general, menor al 0,2% en Unidad Coronaria y menor al 0,05% en Terapia Intensiva.

Estas dos últimas características clasificarían a la población según su severidad como pacientes verdes-azules o 4-5 en las escalas de 5 niveles de triage que se toman como gold estándar en el mundo: la Escala Australiana (*Australian Triage*

Scale, ATS), la Escala de Triage y Gravedad del Departamento de Urgencias Canadiense (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, CTAS*), la Escala de Triage de Manchester (*Manchester Triage Scale, MTS*) y el índice de Severidad de Emergencias (*Emergency Severity Index, ESI*)⁽¹¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

La realidad del estudio de la calidad en los Departamentos de Urgencias muestra que existen pocos registros con estándares e indicadores que permitan la comparación entre centros y la valoración de la introducción de innovaciones. La mayoría de las publicaciones en el tema se refieren a intervenciones médicas específicas o grupos de enfermedades, pocos hacen foco en el proceso de la atención y casi ninguno está primordialmente diseñado para reflejar la calidad de la atención en los DU⁽⁸⁾.

Por otra parte, lo publicado generalmente se basa en la población adulta total vista en un DU, que comprende todas las especialidades y niveles de gravedad. Escasos son los datos referentes a la población con nivel de gravedad moderado y bajo. No existen prácticamente en la literatura estándares de calidad de atención para esta población.

Las más de 80.000 consultas anuales al sector de Demanda Espontánea de Clínica Médica y la complejidad de la Institución, requieren para su correcto manejo criterios, estándares e indicadores que le permitan el monitoreo y evaluación de la calidad de atención.

Este trabajo pretende seleccionar herramientas de gestión de calidad propias del sector para poder cumplir con los objetivos de óptima calidad de atención, mejora continua y *benchmarking*.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar y seleccionar indicadores para la gestión de calidad de la Demanda Espontánea de Clínica Médica.

OBJETIVO SECUNDARIO

Realizar un diagnóstico de situación de la atención sanitaria de la Demanda Espontánea de Clínica Médica de la institución, el cual permita establecer estándares de los indicadores seleccionados y las necesidades del sistema para la obtención de los mismos.

METODOLOGÍA

Este es un Proyecto de Investigación y Desarrollo con el propósito de identificar herramientas de gestión de calidad para los Departamentos de Urgencias, seleccionar las más apropiadas al tipo de atención de la Demanda Espontánea de Clínica Médica del Sanatorio y proponer métodos de monitorización y evaluación.

Se relevó con el Departamento de Sistemas del Sanatorio la disponibilidad de datos para la construcción de indicadores identificados en la revisión bibliográfica.

Con los indicadores disponibles se realizó un diagnóstico de situación inicial sobre una muestra retrospectiva de 12 meses de atención de la Demanda Espontánea de Clínica Médica de junio de 2011 a junio 2012.

En base al diagnóstico se establecieron estándares de referencia propios, ya que no existen en la literatura publicaciones con mediciones realizadas en instituciones con una dinámica de atención y un volumen de consultas similar al de la Institución, a través de los cuales poder evaluar los procesos y el resultado de la introducción de innovaciones.

Como herramienta de monitoreo de la gestión se confeccionó un tablero de control, evaluando su implementación por la entrevista a personajes clave del Departamento de Sistemas y a consultores externos.

RESULTADOS

ELECCIÓN DE INDICADORES

A continuación se enumeran los indicadores que se han considerado de relevancia para la gestión de calidad en la atención de la Demanda Espontánea de Clínica Médica de la Institución, y que puedan ser obtenidos en su mayoría a través del sistema informático del mismo.

INDICADORES DE RENDIMIENTO

Censo

- N° de consultas
- N° de pacientes en sala de espera
- N° de pacientes en tránsito/observación
- N° de internaciones
- N° de derivaciones
- Distribución de pacientes por cobertura

Medidas de tiempo

- Tiempo de estadía:
 - Alta
 - Internación
 - Derivación
- Tiempo puerta – médico:
 - General
 - Atención prioritaria
 - Planes Especiales
- Tiempo médico – alta / decisión de admisión / decisión de derivación (o cierre de HC)
- Tiempo decisión de admisión / decisión de derivación – salida del DU
- Paciente con espera de internación prolongada: paciente en el cual el intervalo entre el Tiempo de decisión de internación y el Tiempo de salida de la DE supera los 120'.

Medidas de proporciones

- Tiempo de estadía prolongado: mayor a 3h /100 consultas
- Porcentaje de Internaciones: total de internaciones / total de consultas en un período
- Relación consultas / hora médica: Total de consultas a DE de Clínica Médica / Total de horas trabajadas por médicos de la DE de clínica médica
- Relación paciente visto / hora médica: Total de entradas a la historia clínica a DE de Clínica Médica / Total de horas trabajadas por médicos de la DE de clínica médica
- Pacientes que se retiran antes de ser vistos (AUSENTES/ALTA TÉCNICA): expresado como proporción por cada 100 consultas
- Pacientes que se retiran antes de terminar la consulta (FUGA): expresado como proporción por cada 100 consultas
- Pacientes que se retiran a pesar de la indicación de internación u observación (PROPIA VOLUNTAD): expresado como proporción por cada 100 consultas
- Reconsultas: n° de reconsultas al DU en menos de 72h / total de consultas al DU X 100
- Circuitos de exámenes complementarios:
 - Radiografía simple – Laboratorio – Tomografía – Ecografía: desde que el administrativo hace la autorización hasta que se entrega el informe/placa
- Porcentaje de insatisfacción por quejas: N° de quejas / total de consultas X 1000

Indicadores de utilización

- N° de prácticas de diagnóstico por consulta: Total de prácticas por tipo de tecnología efectuadas en un período / Total de consultas efectuadas en el mismo período = relación práctica/consultas
 - N° de electrocardiogramas (ECG) cada 100 consultas
 - N° de tomografías (TAC) cada 100 consultas
 - N° de resonancias magnéticas (RNM) cada 100 consultas
 - N° de radiografías simples cada 100 consultas
 - N° de ecografías cada 100 consultas
 - N° de ecodoppler cada 100 consultas
 - N° de CPK MB (enzima cardíaca) cada 100 consultas
 - N° de troponina (enzima cardíaca) cada 100 consultas

- N° de prácticas de diagnóstico por médico mensuales:
 - N° de tomografías por médico mensuales
 - N° de resonancias magnéticas (RNM) por médico mensuales
 - N° de radiografías simples por médico mensuales
 - N° de ecografías por médico mensuales
 - N° de ecodoppler por médico mensuales
 - N° de CPK MB (enzima cardíaca) por médico mensuales
 - N° de medicamentos por médico mensuales

- Relación receta / consumo: Total de recetas prescritas en un período / Total de consultas realizadas en el mismo período

Indicadores de desempeño clínico

- Indicación de antibióticos en cuadros de infección de vía aérea superior
- TAC en traumatismo de cráneo
- TAC en cefalea
- TAC en dolor abdominal
- Ecografía en dolor abdominal
- Hemocultivos en pacientes internados con diagnóstico de neumonía
- GCH en mujeres en edad fértil con dolor abdominal

Financieros

- Costo ambulatorio Asistencial: Gasto ambulatorio en un período / N° de consultas en el mismo período = costo por consulta vestida

INDICADORES DE SATISFACCIÓN

- **De los beneficiarios:** a través de encuestas
- **De los prestadores:**
 - Porcentaje de bajas de prestadores: Total de bajas de prestadores en un período / total de prestadores en igual período x100
 - Porcentaje de ausentismo
 - Por días de ausencia: Total días hombre de ausencia / total días hombre de trabajo x 100
 - Por horas: Total horas de ausencia / total horas de trabajo x 100

INDICADORES DE COMPARACIÓN

- Nº de consultas/día
- Porcentaje de Internación
- Porcentaje de pacientes que se retiran sin ser vistos
- Reconsultas
- Tiempo de estadía
 - Alta sanatorial
 - Internados
- Tiempo puerta – médico
- Relación consultas / hora médica
- Porcentaje de pedido de GCH en mujeres en edad fértil con dolor abdominal

OTROS INDICADORES

- **Indicadores de utilización y consumo de los beneficiarios:** miden primariamente la demanda de atención de la población y secundariamente, el comportamiento de los servicios y efectores de atención médica.
 - Nº de consultas por beneficiario año: $\text{Total de consultas en un período} / \text{Total de beneficiarios}$ (para coberturas que se atienden prioritariamente en la institución)
 - Nº de pacientes frecuentes: pacientes que consultan más de 15 veces en 6 meses
 - Porcentaje de consultas a Demanda Espontánea (DE): $\text{Total de consultas de a DE en un período} / \text{Total de consultas ambulatorias en el mismo período} (\times 100) = \text{consulta de DE} / 100 \text{ consultas}$
 - Tasa de prácticas de diagnóstico por beneficiario año: $\text{Total de prácticas por tipo de tecnología efectuadas en un período} / \text{Total de beneficiarios (laboratorio, radiología, ecografía} \times 1000)$ (para coberturas que se atienden prioritariamente en la institución)

- **Educación / investigación / capacitación**
 - Porcentaje de prestadores con especialidad o en formación avanzada: $\text{Total de prestadores con especialidad o en formación avanzada} / \text{total de prestadores en igual período}$

- Porcentaje de prestadores que realizan cursos de actualización en clínica médica: $\text{Total de prestadores que realizan cursos de actualización en clínica médica} / \text{total de prestadores en igual período}$
- Porcentaje de prestadores que asisten a jornadas institucionales: $\text{Total de prestadores que asisten a jornadas institucionales} / \text{total de prestadores en igual período}$
- N^o de presentaciones a congresos y jornadas anuales
- N^o de publicaciones anuales
- N^o de residentes rotantes por año

ANÁLISIS DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA JUNIO DE 2011 – JUNIO DE 2012

Se analizaron los indicadores accesibles con los datos actuales en el sistema informático, durante el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012. Esta base estadística tuvo como fin la determinación de estándares y alarmas dentro del tablero de control para monitoreo y evaluación de la atención de la Demana Espontánea de Clínica Médica.

DISTRIBUCIÓN

El número total de consultas fue de 83.644, con un promedio mensual de 6970, y una distribución anual que se muestra en el gráfico 4.

Consultas 2001/2012

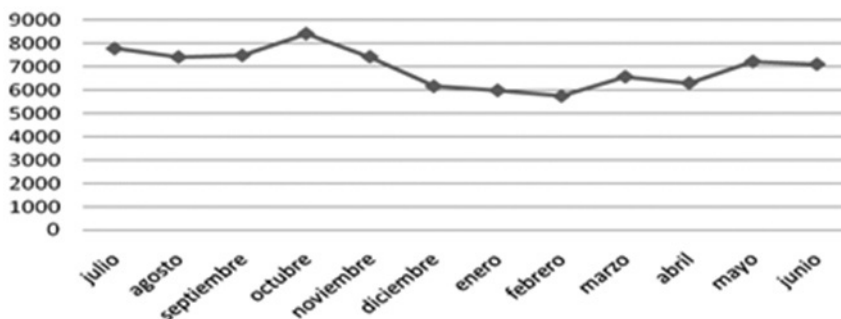


Gráfico 4

Como se observa en el gráfico 5 la distribución de la consulta en el año es similar a los anteriores, con mayor número en la segunda mitad del año, y una disminución a partir del mes de diciembre hasta marzo. El pico de consultas de junio de 2009 corresponde a la epidemia de Gripe A.

Consultas anuales

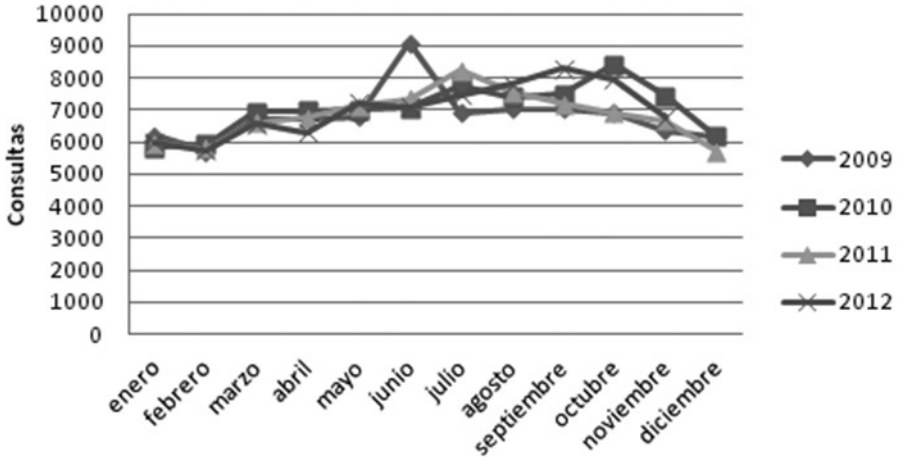


Gráfico 5

COBERTURA

Según la cobertura, el 81% (n= 67.751) de las consultas son de pacientes de obra social, el 8% (n= 6.691) de pacientes de Prepago de la Institución y el 11% (n= 9.200) a otras incluídas dentro de Planes Especiales. La distribución de consultas por grupo de coberturas se detallan en el gráfico 6.

Coberturas

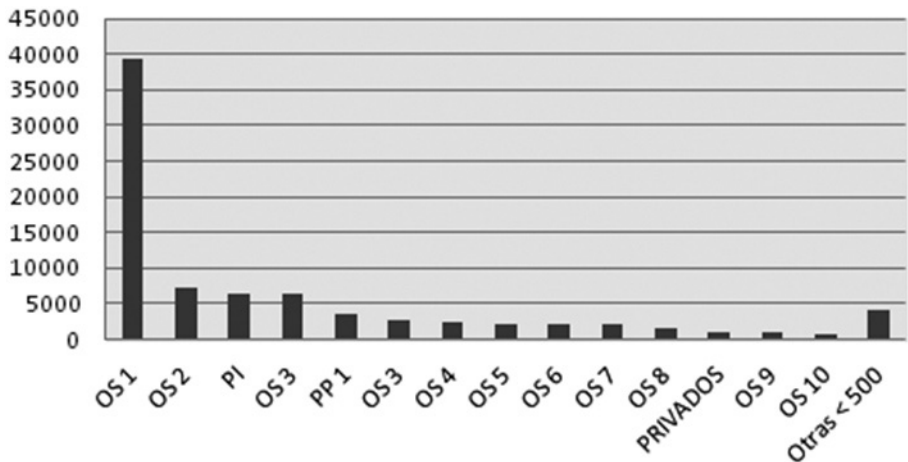


Gráfico 6: OS: Obra Social, PI: Prepago Institucional, PP: Prepago

DESTINOS

Los destinos están detallados en la tabla 1. El 92% (n= 76.952) de los pacientes han sido dados de alta, el 3% (n= 2.509) se internaron (Internación general 2,9%, Unidad Coronaria 0,17%, Unidad de Terapia Intensiva 0,03%), el 5% (n= 4.182) se retiró antes de lo debido (4,4% se retiraron antes de ser vistos, figurando como Ausentes o Alta Técnica en la historia clínica, el 1,46% se retiraron antes de terminar la consulta, figurando como Fuga en el cierre de la historia clínica y el 0,83% se retiraron a pesar de la indicación de internación u observación, son los que figuran como Propia Voluntad al cierre) y el 0,18% (n= 150) fueron derivados para su internación en otros centros.

| DESTINO en % | 2011 2012 | AS | IG | UCO | UTI | DER | AT | F | PV |
|--------------|--------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Julio | 7.780 | 90,2 | 2,5 | 0,13 | 0,03 | 0,03 | 5,5 | 1,32 | 0,06 |
| Agosto | 7.415 | 90,35 | 2,68 | 0,15 | 0,01 | 0,01 | 5,29 | 1,33 | 0,08 |
| Septiembre | 7.487 | 90 | 2,67 | 0,17 | | 0,05 | 4,93 | 1,46 | 0,12 |
| Octubre | 8.411 | 89,7 | 3,15 | 0,19 | 0,04 | 0,06 | 5,28 | 1,3 | 0,1 |
| Noviembre | 7.426 | 91 | 2,7 | 0,15 | 0,03 | | 4,3 | 1,5 | 0,18 |
| Diciembre | 6.168 | 91,6 | 3,27 | 0,21 | | 0,03 | 3,4 | 1,17 | 0,16 |
| Enero | 5.991 | 91,3 | 3,15 | 0,22 | 0,01 | 1,66 | 3,1 | 1,88 | 1,88 |
| Febrero | 5.749 | 90,9 | 3,36 | 0,14 | 0,05 | 0,02 | 2,78 | 1,53 | 1,53 |
| Marzo | 6.576 | 91 | 3,12 | 0,11 | 0,06 | 0,05 | 3,26 | 1,46 | 1,46 |
| Abril | 6.307 | 91,33 | 2,76 | 0,21 | 0,03 | 0,05 | 3,9 | 1,5 | 1,5 |
| Mayo | 7.224 | 90,6 | 2,7 | 0,2 | 0,04 | 0,03 | 4,5 | 1,6 | 1,6 |
| Junio | 7.110 | 89 | 2,6 | 0,17 | 0,01 | 0,04 | 6,5 | 1,3 | 1,3 |
| PROMEDIO | 6.970 | 90,58 | 2,9 | 0,17 | 0,03 | 0,18 | 4,4 | 1,46 | 0,83 |

Tabla 1: DE: Demanda Espontánea, AS: Alta Sanatorial, IG: Internación General, UCO: Unidad Coronaria, UTI: Unidad de Terapia Intensiva, DER: Derivación a otros centros, AT: Alta Técnica (ausentes), F: Fuga, PV: se retiran por Propia Voluntad.

En los gráficos 7, 8 y 9 se ve la proporción de destinos con respecto al número de consultas relacionadas con la época del año.

Consultas 2001/2012

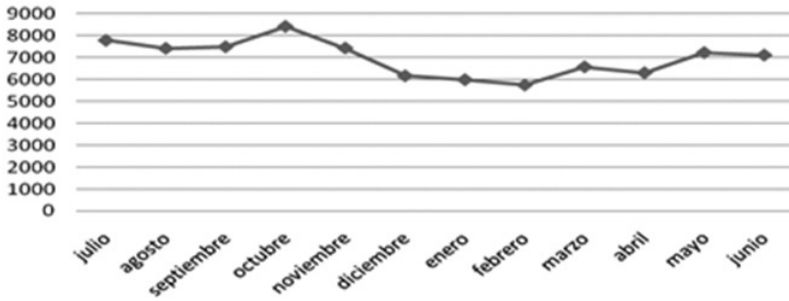


Gráfico 7

Alta Sanatorial

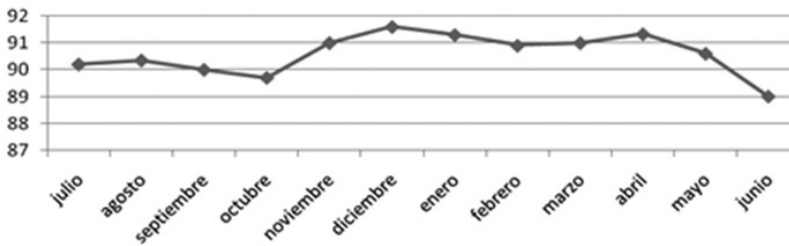


Gráfico 8

Otros destinos

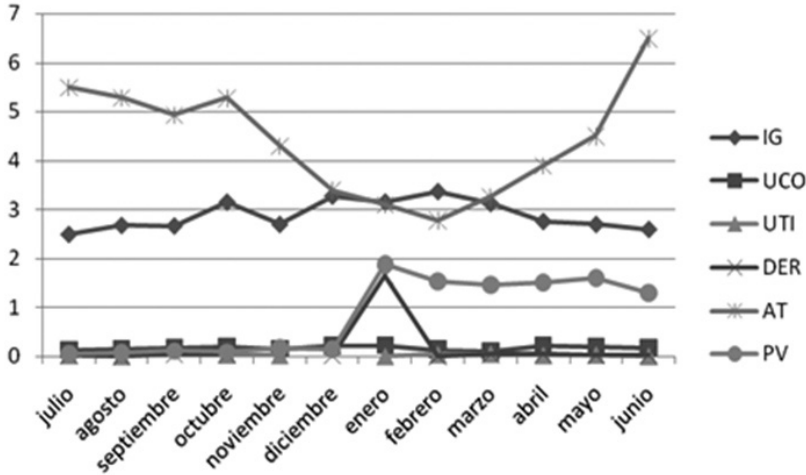


Gráfico 9: DE: Demanda Espontánea, IG: Internación General, UCO: Unidad Coronaria, UTI: Unidad de Terapia Intensiva, DER: Derivación a otros centros, AT: Alta Técnica (ausentes), F: Fuga, PV: se retiran por Propia Voluntad.

DIAGNÓSTICOS

Como se ve en el gráfico 10, los diagnósticos de egreso más frecuentes según la clasificación CIAP-2, son los relacionados con el aparato respiratorio, seguidos por los del aparato digestivo y en tercer lugar los problemas de piel y faneras, aparato urinario y locomotor. Se detallan en tabla 2.

Diagnósticos. 77.619 consultas.

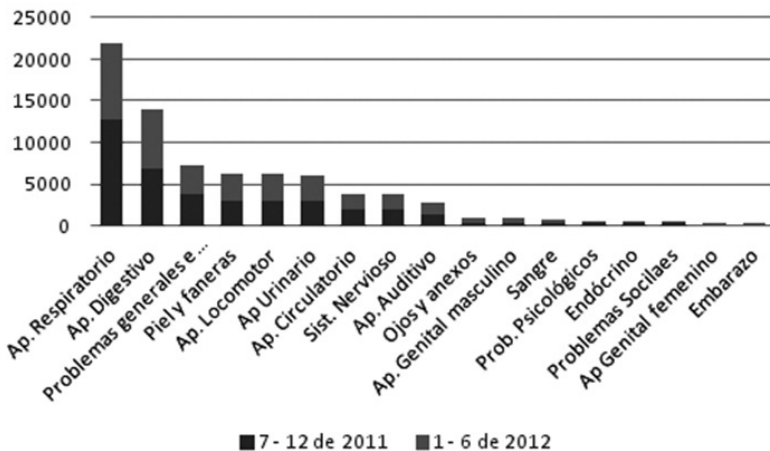


Gráfico 10

| | 7-12 de 2011 | 1-6 de 2012 | |
|--|--------------|-------------|-------|
| Ap. Respiratorio | 12841 | 9118 | 21959 |
| Ap. Digestivo | 6875 | 7113 | 13988 |
| Problemas generales e inespecíficos | 3706 | 3577 | 7283 |
| Piel y faneras | 2964 | 3328 | 6292 |
| Ap. Locomotor | 3026 | 3164 | 6190 |
| Ap. Urinario | 3052 | 2972 | 6024 |
| Ap. Circulatorio | 2052 | 1762 | 3814 |
| Sist. Nervioso | 1933 | 1832 | 3765 |
| Ap. Auditivo | 1263 | 1480 | 2743 |
| Ojos y anexos | 408 | 537 | 945 |
| Ap. Genital masculino | 432 | 469 | 901 |
| Sangre | 361 | 329 | 690 |
| Prob. Psicológicos | 298 | 263 | 561 |
| Endócrino | 267 | 252 | 519 |
| Problemas Sociales | 281 | 156 | 437 |
| Ap. Genital femenino | 116 | 130 | 246 |
| Embarazo | 60 | 77 | 137 |

Tabla 2

INTERVALOS DE TIEMPOS

Se detallan en el gráfico 11 las medianas en minutos de los intervalos: tiempo de estadía, tiempo puerta - médico (general y diferenciado para los pacientes con Atención Prioritaria por motivo de consulta y por Planes Especiales), y tiempo médico - destino; agrupados en trimestres y semestres.

Población total

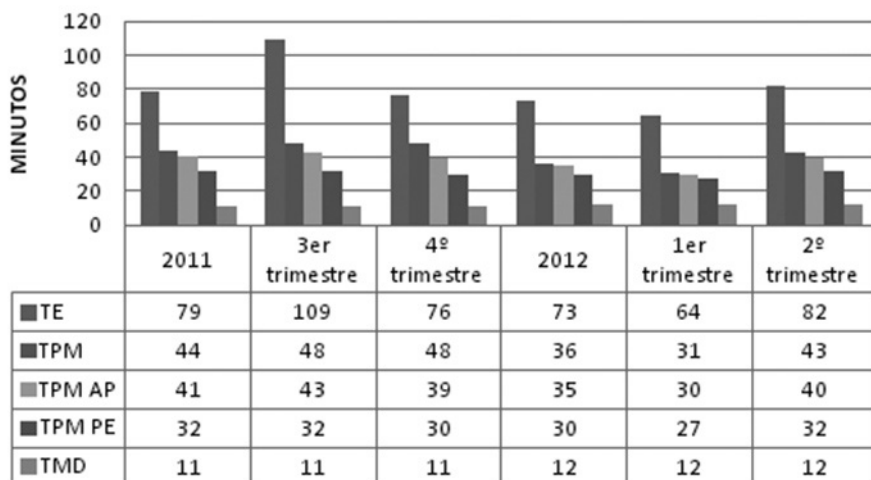


Gráfico 11: TE: tiempo de estadía, TPM: tiempo puerta – médico, AP: atención prioritaria, PE: Planes Especiales, TMD: tiempo médico – destino.

En el gráfico 12 se puede observar la diferencia de los tiempos de estadía en horas (medianas) para los pacientes según su destino: alta sanatorial, internación (internación general, Unidad Coronaria, Unidad de Terapia Intensiva) u observación en el Shock Room, estos últimos independientemente de su destino final.

Tiempo de estadía

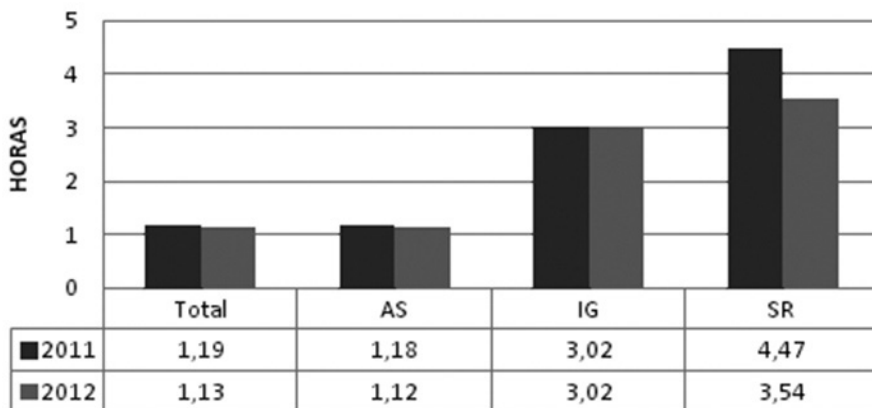


Gráfico 12: AS: Alta Sanatorial, IG: Internación General, SR: Shock Room.

Tiempo puerta – médico: En el gráfico 13 puede verse la distribución en ambos semestres de las medianas de los tiempos puerta – médico en minutos, diferenciados por un lado según su destino, alta sanatorial, internación general u observación en el Shock Room y por el otro por la prioridad de atención ya sea por diagnóstico o por cobertura. En la tabla 3 se detallan los motivos de consulta de los pacientes que son derivados al Shock Room.

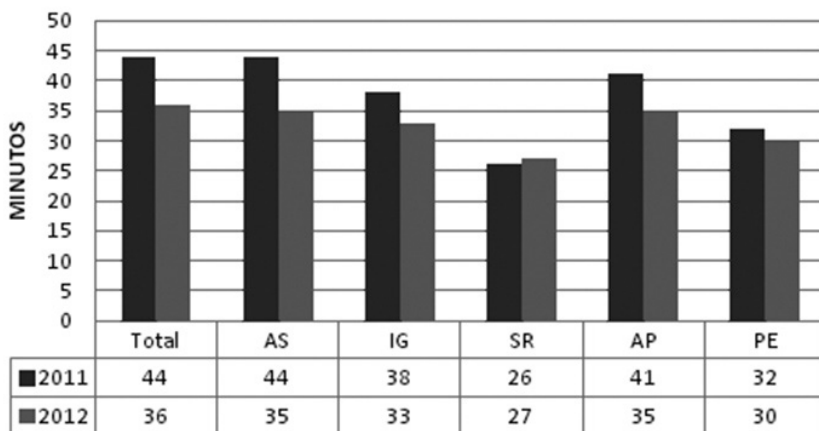


Gráfico 13 AS: Alta Sanatorial, IG: Internación General, SR: Shock Room, AP: Atención Prioritaria, PE: Planes Especiales

| | |
|---|--|
| 29 D DUEMB. COLICDLR DE CABEZA NAUORMAGIDE | MALESTAR AL ORINAR |
| ADORMECIMIENTO- DLR DE CUERPO | DRA CKIERMAN MAREOS (REF HTA PTE C 4 ST |
| ADORMECIMIENTO DLR DE ESPALDA-FE DRA CONTINO | MAREOS VOMITO (REF PALPITACIONE |
| ANT DE IAM. REF DIDL DE PECHO | DRA HABIB MARIA MEDICO DOM LE INREF PALPITACIONE |
| ANTEC CONVULSIVIDL DE PECHO/TOS | DRA TOLEDO DOLC MOLESTIAS EN PECE REF PERDIDA DE M |
| ARRITMIA AHO GAI DLR DE PECHO ADOF 2978710-1 | NEUMONIA REF PRESION |
| ARRITMIA CARDIAC/DLR DE PECHO-DIF R 994020-5 | PAC ANTI COOAGUL REFERE QUE NO S |
| ARRITMIA. DOLOR PDLR DE PECHO-HTA+ DROGAS Y PASTILI | PAC ANTI COAGUALI REFERE TAQUICAR |
| ARRITMIA-REF.FATIDLR EN PECHO+DIAB ESTADO GRIPAL | PAC ASMATICO RITMO CARDIACO IP |
| BRONQUITIS DLR PECHO // COLITIS FALTA DE AIRE | PAC C/4 STENT DLR SE DESMAYO HOY |
| CATARRO DOLOR D DLR PECHO ABDOME FALTA DE AIRE + | FPAC CON ANTECEDI TAQUARRITMIA - DE |
| CEFALEA DLR PRECORDIAL+D: FALTA DE AIRE AG | PALPITACIONES TAQUICARDIA |
| CEFALEA MALESTA DLR RENAL | FATIGA - FALTA DE PALPITACIONES |
| CONTROL DOL ABD- | FIEBRE + VTOS PALPITACIONES VOMITOS |
| CONTROL DOLOR ABDOMINAL | FIEBRE 39 PALPITACIONES-TIETOS |
| CTROL-RESULT.HOLDOLOR DE PECHO | FIEBRE DOLOR DE PASA DE CLINCA TOS |
| DERI CONS EXTER. DOLOR DE PECHO | FUERTE DOLOR AB PERDIDA DE CONO(TTO TROEDEO/PIE) |
| DERIV.CLINICO-TEM DOLOR DE PECHO | FUERTE DOLOR DE POSIBLE ACV VALORES BAJOS EN |
| DERIV. CONS.EXT. DOLOR DE PECHO | FUERTE DOLOR DE PRESION ALTA VOMITOS, FIEBRE |
| DERIVA NEUMONOLDOLOR DE PECHO | GASTROENTERITIS PRESION ALTA |
| DERIVA OYT DOLOR DE PECHO. f GOLPE EN TORAX | PRESION ALTA DOLOR DE PECHO |
| DERIVACION DOLOR DE PECHO CEGRPE | PRESION ALTA Y BAJA MALESTAR GEN |
| DERIVADA DE CONDOLOR DE PECHO Y HEMORRAGIA ANA | PRESION BAJA |
| DERIVADO POR CAIDOLOR DE PECHO. D HEMORRAGIA ESTI | PROB CARDIACO |
| DERIVO CONS PAR/DOLOR DE PECHO.P1 HIPERTENSA | SAL REF ADORMECIMIENTO EN BRAZO Y P E |
| DIF RESP DOLOR EN CUELLO | HIPERTENSION |
| DIF RESP DOLOR EN PECHO. P | HIPOTENSION? |
| DIF RESP DOLOR ESTOMACAL | HTA (200/130) REF COLICO |
| DIF RESP DOLOR ESTOMACAL | INF ABD-S/ORINAR-REF DESCOMPENSACION |
| DIF RESPIRATORIA DOLOR FUERTE EN F | INFECCION FIEBRE REF DLR EN TORAX |
| DIFICULTAD RESPIR DOLOR MUSCULAR TI | INFLAMACION EN REF FALTA DE AIRE Y DOLOR EN LOS TE |
| DIGERO CUERPO E DOLOR PRECORDIAL | INSUF CARDIACA-TAQUICARDIA |
| DISNEA DOLOR PFDOLOR EN EL PECH | INSUF RENAL Y CARDIACA |
| DLR ABDOMINAL DR GOITEA | INSUFICIENCIA CARDIACA |

Tabla 3

En el gráfico 14 se ve la distribución mensual de los tiempos puerta médico agrupados en horas de demora y expresados en porcentajes en relación al número de consultas. Se detallan en tabla 4.

Tiempo puerta-médico. 2001/2012

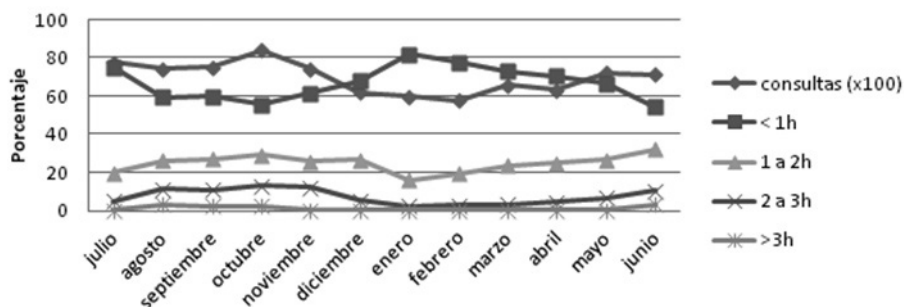


Gráfico 14

| TPM % | 2011/2012 | < 1h | 1 a 2h | 2 a 3h | >3h |
|------------|-----------|-------|--------|--------|------|
| Julio | 7.780 | 75.14 | 19,6 | 5,1 | 0,16 |
| Agosto | 7.415 | 59.14 | 26,29 | 11,42 | 3,15 |
| Septiembre | 7.487 | 59.68 | 27,12 | 10,9 | 2,3 |
| Octubre | 8.411 | 55.3 | 29,3 | 13 | 2,4 |
| Noviembre | 7.426 | 61.35 | 25,8 | 12,06 | 0,25 |
| Diciembre | 6.168 | 67.62 | 26,65 | 5,46 | 0,27 |
| Enero | 5.991 | 81,65 | 15,9 | 2,27 | 0,18 |
| Febrero | 5.749 | 77,78 | 19,4 | 2,75 | 0,07 |
| Marzo | 6.576 | 72,97 | 23,65 | 3 | 0,38 |
| Abril | 6.307 | 70,52 | 25 | 4,42 | 0,06 |
| Mayo | 7.224 | 66,66 | 26,4 | 6,55 | 0,39 |
| Junio | 7.110 | 54,2 | 32,3 | 10,5 | 3 |
| PROMEDIO | 6.970 | 70,63 | 24,78 | 7 | 1 |

Tabla 4: TPM: Tiempo puerta-médico

En el gráfico 15 se observa la variación del tiempo puerta – médico por trimestre, según prioridad de atención por cobertura, agrupados en horas de demora y expresados en porcentajes en relación al número de consultas. Se detallan en la tabla 5.

Tiempo puerta-médico

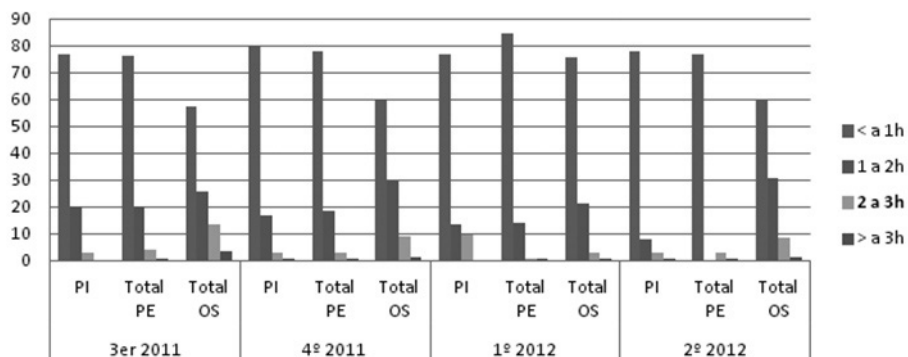


Gráfico15. PI: Prepago Institucional, PE: Planes Especiales, OS: Obra Social

| Trimestre consultas | Cobertura | Consultas % | Tiempo puerta - médico % | | | |
|---------------------|-----------|-------------|--------------------------|--------|--------|--------|
| | | | < 1h | 1 a 2h | 2 a 3h | > a 3h |
| 3º 2011 | PI | 7,6 | 77 | 20 | 3 | 0 |
| 23100 | Total PE | 18,75 | 76 | 20 | 3,8 | 0,2 |
| | Total OS | 81,25 | 57,5 | 25,5 | 13,5 | 3,5 |
| 4º 2011 | PI | 8 | 80 | 17 | 2,8 | 0,2 |
| 19306 | Total PE | 18,6 | 78 | 18,75 | 3 | 0,25 |
| | Total OS | 81,4 | 60 | 29,5 | 9 | 1,5 |
| 1º 2012 | PI | 7 | 77 | 13,5 | 9,5 | 0 |
| 18317 | Total PE | 18 | 84,5 | 14 | 1 | 0,5 |
| | Total OS | 82 | 75,7 | 21,15 | 3 | 0,15 |
| 2º 2012 | PI | 7,6 | 78 | 8 | 3 | 1 |
| 19302 | Total PE | 19 | 77 | 19,3 | 3 | 0,7 |
| | Total OS | 81 | 59,5 | 30,7 | 8,5 | 1,3 |

Tabla 5. PI: Prepago Institucional, PE: Planes Especiales, OS: Obra Social

CONSULTAS POR HORA

Tomando como promedio semanal un total de 600h médicas, la relación es de 2,6 consultas/hora para el período analizado. Si analizamos las entradas a la historia clínica, por hora, por médico esto da 3,8 entradas/hora.

AUSENTISMO

Considerando todas sus causas, el porcentaje de ausentismo por día es del 8%. Si no se toma en cuenta la licencia por maternidad (si su extensión) es del 6,4%. Se detalla en tabla 6.

| AUSENTISMO | TOTAL 267 Días |
|--------------------------------|----------------|
| Ausente | 102 |
| Excedencia maternidad | 52 |
| Ausente con aviso (autorizado) | 43 |
| Lic. por maternidad | 37 |
| Enfermedad | 28 |
| Cónyuge enfermo | 3 |
| Aus x examen | 1 |
| Mudanza | 1 |

Tabla 6

BAJAS

Hubo un 59% de bajas de prestadores, contando una desvinculación. De ellas 3 fueron dentro del semestre de la incorporación.

DISCUSIÓN

La disponibilidad de datos es el punto crítico para la confección de indicadores, por lo tanto su elección como herramienta de gestión de calidad de la Demanda Espontánea de Clínica Médica de la Institución, se realizó tanto en base a su utilidad como a la factibilidad de su obtención.

Se incluyeron como indicadores de rendimiento medidas de censo, intervalos de tiempo, proporciones, indicadores de utilización, de desempeño clínico y financieros.

Con respecto a los datos de censo, además de su obtención en forma independiente, es necesario para evaluar la funcionalidad de la DE, la obtención de un censo horario que muestre la sumatoria de pacientes que arriban, los que esperan ser atendidos, los pacientes en observación y los que se encuentran a la espera de internación. Este podría obtenerse en tiempo real o diferido para su análisis.

Dentro del Tiempo puerta – médico, componente del Tiempo de estadía variable independiente de calidad, se discrimina el de pacientes con indicación al ingreso de atención prioritaria y los de coberturas englobados en Planes Especiales, ya que estos tienen prioridad de atención en la institución. Para el análisis posterior de estos intervalos de tiempo se necesita que el motivo de consulta expresado por el personal administrativo en la recepción sea estandarizado para permitir el agrupamiento según gravedad aparente.

No se considera el tiempo de observación por su dificultad en la obtención, siendo evaluado indirectamente por el tiempo médico - destino.

Se establece un tiempo de estadía prolongado como aquel mayor a 3h y no 6h como en la literatura, ya que la población de la DE no incluye generalmente a los pacientes clasificados como 1, 2 y 3 o rojos, anaranjados y amarillos (de resucitación inmediata, muy urgentes y urgentes) en las escalas de triage internacionales de 5 niveles, ya que estos en su mayoría son atendidos en el Shock Room. Se discrimina este tiempo según destino final o pase a emergencias.

El porcentaje de los pacientes que se retiran antes de lo debido es un indicador de fácil obtención en la historia clínica, no así por el momento el porcentaje de reconsultas, para lo que habría que agregar un campo específico en la misma.

En el cálculo de la relación consulta / hora, siempre hay que discriminar por franja horaria debida a la dispersión de las consultas durante el día. Para el análisis de la productividad individual por profesional, es más detallada la relación paciente visto / hora médica, ya que es un dato del sistema que permite

conocer a cuantas historias clínicas ingresa un médico por hora (si ingresa varias veces a la misma en una hora se cuenta como una sola entrada) dato que engloba a los pacientes nuevos como a aquellos que están en observación.

Para los circuitos de exámenes complementarios como intervalo de tiempo se toma la autorización del mismo, hasta la entrega (al paciente o ingreso al sistema) por parte del servicio que corresponda del informe o placa.

Los indicadores de utilización se toman por consulta y por médico para poder detallar el desempeño individual.

Se debe determinar el momento, frecuencia y periodicidad de la medición de los indicadores de desempeño clínico, y establecer su comparación con estándares externos. En la recolección de datos puede utilizarse como búsqueda el uso de palabras clave en la historia clínica.

Se considera de interés el costo ambulatorio asistencial, ya que la mayor parte de la población tiene una cobertura con modalidad "capitada".

Del conjunto de indicadores, se consideran para comparación aquellos usados con mayor frecuencia internacionalmente. No se han tomado líneas de tiempo ya que estas generalmente se aplican a patologías que son atendidas en el Shock Room^(8,50).

Se consideró de interés el uso de indicadores de utilización y consumo de los beneficiarios, ya que la Demanda Espontánea perteneciente al Departamento de Urgencias del Sanatorio es parte de la atención ambulatoria junto con la atención de consultorios programados y de demanda mediata de la institución, y la de los policlínicos periféricos. Estos si bien no son indicadores de rendimiento propios, nos darían información sobre la dinámica de la consulta ambulatoria en determinado grupo de pacientes.

Los indicadores de educación, investigación y capacitación son útiles como indicadores de medios y de posicionamiento en el mercado.

Como indicadores de satisfacción se consideraron encuestas a beneficiarios y porcentaje de bajas y ausentismo a prestadores.

Del análisis de la actividad de la Demanda Espontánea en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012 se desprende que:

- El volumen anual de consultas se mantiene constante y el patrón circadiano del flujo de pacientes es comparable a otros del sistema de salud. El pico observado en junio de 2009 corresponde a la epidemia de gripe A.
- El 80% de las consultas son con modalidad "capitada".
- El porcentaje de internaciones y altas se mantiene constante a lo largo del año.

- Es alto el porcentaje de pacientes que se retiran antes de lo debido, y se relaciona en forma directamente proporcional al número de consultas.
- Los diagnósticos de egresos son congruentes con la literatura, siendo el 30% patología asociada al aparato respiratorio, independientemente de la época del año⁽⁶¹⁾.
- El tiempo de estadía general es de 1,15h. Cuando se analiza según destino, no se modifica en los pacientes que dan de alta sanatorial y se duplica en los pacientes que se internan, ya sea en unidades cerradas o en internación general. Haciendo un análisis separado de los pacientes que pasan al Shock Room por su gravedad para ser observados, independientemente de su destino, el tiempo de estadía es entre 4 y 5h.
- La mediana del tiempo puerta – médico varía de 44 minutos en la segunda mitad del año a 36 minutos en el primer semestre, acorde a un menor número de consultas durante los meses de enero y febrero. No varía sustancialmente si se toman los pacientes que han sido dados de alta, siendo más bajos en aquellos que se internan. Llama la atención la falta de disminución de este tiempo en los pacientes que han sido asignados en la recepción como atención prioritaria según su motivo de consulta, pero sí en aquellos que por cobertura se incluyen en “Planes Especiales”. Se tomaron los pacientes que fueron derivados al Shock Room por su gravedad y en estos sí hay una disminución del tiempo de un 30 al 40%, lo que podría atribuirse a la gravedad supuesta por el médico según los motivos de consulta (aunque la mayoría de ellos no tenían atención prioritaria por la recepción) y a los que habían sido citados para control por el facultativo.
- La fluctuación de la demora en la atención en horas es directamente proporcional al número de consultas, y es equiparable a números publicados^(61,65).
- El porcentaje de ausentismo es una aproximación con los datos obtenidos. Solo se informa el de los médicos en relación de dependencia. Para su cálculo se ha tomado un promedio de 9 médicos por día de trabajo en la semana, ya que este varía de lunes a domingo, con un promedio de 22 médicos totales. Se deberá calcular el ausentismo por horas, ya que las horas de trabajo no están distribuidas de igual manera, ni entre los profesionales ni entre los días, lo cual hace que se tome por día de ausentismo indistintamente un rango de 4 a 24h.
- La relación consulta / hora se hizo en base a un promedio general de 600 horas médicas por semana. Siempre se deben tener en cuenta dos aspectos al analizar este dato, uno es el de la variabilidad de la consulta según el momento de día y el segundo es que toma un solo contacto por paciente no teniendo en cuenta el tiempo de decisión de los pacientes en observación.

CONCLUSIONES

Para la gestión de calidad en una institución es necesario contar con un conjunto de indicadores que muestren el desempeño de los diferentes sectores que la componen, permitan ver su evolución, las modificaciones ante la introducción de cambios y la comparación con instituciones afines.

El objetivo de este trabajo fue la elección de herramientas de evaluación y monitoreo de la gestión de calidad para la Demanda Espontánea de Clínica Médica dentro de un hospital universitario. Se describe el desarrollo en el tiempo del concepto de calidad asistencial, su definición y forma de evaluación; haciendo una puesta al día de la calidad de la atención en los Departamentos de Urgencias, del aumento de la demanda de atención en los mismos y del estudio la saturación del DU como factor principal de afectación de la calidad asistencial y de las propuestas de su evaluación.

Se seleccionó un conjunto de indicadores validados internacionalmente, adecuados a la dinámica de este sector que tiene como característica principal el gran volumen de pacientes, la mayoría de ellos con cobertura de obra social, dentro de una institución de alta complejidad.

Debido a la falta de definiciones y estándares en esta área, y su necesidad en pos de la investigación y la mejora continua, es imperativo el uso de un lenguaje común, el establecimiento de indicadores y la comunicación de resultados.

PROPUESTA

Se propone como herramienta de gestión, un tablero de control que incluya:

Indicadores clave de desempeño

| Indicador | Mes actual | 6 meses previos | Igual mes año anterior | Meta | Alarma | Estándar Internacional |
|-------------------------------|------------|-----------------|------------------------|------|--------|------------------------|
| Nº de consultas | | | | 300 | 350 | |
| Tiempo P-M | | | | 40' | 60' | |
| Tiempo P-M AP | | | | 20' | 30' | |
| Tiempo P-M PE | | | | 30' | 40' | |
| Tiempo de estadía | | | | 60' | 90' | |
| Tiempo de estadía Internación | | | | 120' | 180' | |
| Alta Técnica | | | | 2% | 3% | 1% |
| Reconsultas | | | | 1% | 1,5% | 1% |
| Productividad por hora | | | | 4 | 2.5 | 6 |
| HBG c/ dolor abdominal | | | | 100% | 85% | 100% |
| Bajas | | | | 0.5 | 2 | 0 |
| Ausentismo | | | | 5% | 9% | 0% |
| Quejas | | | | 2 | 5 | 0 |

P-M: puerta-médico, AP: Atención Prioritaria, PE: Planes Especiales, HBG: gonadotrofina coriónica.

CONSULTAS

| Mes | Año anterior | Año pasado | Año actual | Variación | AP % | PE % | PI % |
|-----|--------------|------------|------------|-----------|------|------|------|
| XXX | | | | | | | |

DE: demanda espontánea, AP: Atención prioritaria, PE: Planes Especiales

CURVA DE CENSO DIARIO

DESTINOS EN PORCENTAJES

| Mes | Consultas | Alta | IG | UCO | UTI | Derivación | AT | Fuga | PV | EMG |
|-----|-----------|------|----|-----|-----|------------|----|------|----|-----|
| XXX | | | | | | | | | | |

IG: Internación general, UCO: Unidad Coronaria, UTI: Unidad de Terapia Intensiva, AT: Alta Técnica, PV: propia voluntad, EMG: emergencias

INDICADORES DE UTILIZACIÓN CADA 100 CONSULTAS

| Mes | ECG | TAC | RNM | Rx simple | Ecodoppler | CPK MB | Troponina |
|-----|-----|-----|-----|-----------|------------|--------|-----------|
| XXX | | | | | | | |

ECG: electrocardiogramas, TAC: tomografías, RMN: resonancias magnéticas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Diccionario etimológico* [en línea] www.dechile.net 2001-2012 [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet en: <http://etimologias.dechile.net/?calidad>
2. Rodríguez Cornejo, M J; García, E I; de la Torre Fernández-Trujillo, J. *Metodología de la calidad aplicada a los profesionales de la salud*. Tema 1 “Conceptos generales de calidad”. [en línea] OpenCourseWare, Universidad de Cádiz. [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: http://ocw.uca.es/file.php/7/TEMA_1.pdf
3. Rodríguez Cornejo, M J; García, E I; de la Torre Fernández-Trujillo, J. *Metodología de la calidad aplicada a los profesionales de la salud*. Tema 2 “Dimensiones de la calidad y tendencias actuales”. [en línea] OpenCourseWare, Universidad de Cádiz. [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: http://ocw.uca.es/file.php/7/TEMA_2.pdf
4. Donabedian, A. Criteria and standars for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull*1986; 12:99-108.
5. Filgueira Lima, C. *Innovaciones en los sistemas de información para la gestión en salud*. [en línea] Tesis (maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social) Buenos Aires, INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD, 2004. [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tesis-filgueira-lima.pdf
6. Marracino, C; Abadie, J P; Vera Figueroa M. *Indicadores para monitoreo de sistemas de atención de la salud*. [en línea] SACAS 2006 [citada 30 de junio de 2012] www.calidadensalud.org.ar
7. Donabedian, A. Prioridades para el progreso y monitorización de la calidad de la atención. *Salud Pública Mex* 1993;35:94-7
8. Welch, S et al. Performance Measures and Benchmarking Summit. *Acad. Emerg. Med*: October 2006;13 N° 10:1074-1080
9. Ekelund, U et al. Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. A basis for ANSWER, A National Swedish Emergency Registry. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011, 19:37.

10. American College Of Surgeons' 1999 Trauma Facilities Criteria (minus the Level IV criteria) [en línea] 2000 [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://www.ncems.org/pdf/Trauma/ACS1999>
11. Farrohknia, N *et al.* Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2011, 19:42
12. Herrera Rodríguez, F; García E. *Una revisión histórica de la seguridad clínica.* [en línea] Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <https://10.ikere.net/hdo>
13. Otero R A. Flexner y Codman, Pioneros de la Acreditación. [en línea] La Revista del ITAES 2008; Vol 10, 5:6-9.
14. Otero RA. La acreditación en salud. Características, antecedentes internacionales y desarrollo en la República Argentina. *La Revista del ITAES* 2011; 13 N° 3:10-17.
15. Varo, J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994. 588p. I.S.B.N. 84-7978-118-1
16. Cavallo, S.M; López L B de Jáuregui. El rol del Estado en la promoción de políticas pro-calidad El caso de Argentina CIPPEC *La Revista del ITAES* 2005, Vol 7 N°1.
17. Instituto Argentino de Normatización y Certificación (IRAM) [en línea] 2009 [citada 30 de junio de 2012] <http://www.iram.org.ar/seccion.php?ID=1>
18. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729) c 2005 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203). Style and usage are unchanged.
19. Dobabedian, A. El pasado y el futuro a los ochenta años. *RevCalidad Asistencial* 1999; 14:785-7.
20. Williamson, J.W. Assessing Clinical Judgment. *Journal of Medical Education* February 1965, 40:180–187
21. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Calidad de los Servicios de Salud. Dr. Guillermo I. Williams Director de Programas y Servicios de Atención de la Salud – MSAS [en línea] [citada 30 de junio de 2012] http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf
22. Lorenzo, S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria, *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16:SIO
23. Donabedian, A. The quality of medical care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8

24. Ramírez Puerta, D. Modelos de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Definición e Introducción a los modelos de calidad asistencial.[en línea] SEMERGEN [citada 23 de abril de 2012] Disponible en internet: <http://www.semergen.es/semergen/sessionStart?forwardURL=microsites/opinion/opinion5/completo.pdf>
25. Birnbaum D, Konieczna M, Ratner P. "Williamson's ABNA revisited", *Clinical Governance: An International Journal*, 2006. Vol. 11 Iss: 4, 326 – 334
26. Universidad Internacional de Andalucía. Curso sobre acreditación docente y de servicios universitarios. Conceptos generales y monitorización de la calidad. Emilio Ignacio García. [en línea] [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: personal.us.es/egarji/conceptosgeneralesymonitorizacion.pdf
27. Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8
28. Zurita, B. El equilibrio entre las preferencias individuales y las necesidades sociales en sanidad. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:S95
29. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. <http://www.msal.gov.ar/pngcam/institucional.htm>
30. Durlach, R. El ITAES y el valor de la acreditación de servicios de salud. [en línea] [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://www.intramed.net/userfiles/file/ITAES.pdf>
31. The 1919 "Minimum Standard" document. [en línea] American College of Surgeons 2006 [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://www.facs.org/archives/minimumhighlight.html>
32. Donald, M; Berwick, A. User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report *Health Affairs*, 21, no.3 (2002):80-90. Bajado de content.healthaffairs.org/7/4/2012
33. Committee on Quality on Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. [en línea] Washington, DC: National Academy Press, 2001. [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>
34. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. [en línea] Ministerio de Salud - República Argentina 2007 [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/institucional.htm>
35. Marracino, C. Reflexiones sobre la calidad que se mensura. [en línea] *Medicina y sociedad* Revista trimestral - issn 1669-7782 Año 26, nº 2 junio 2006.

36. Aranaz, A; Jesús, M^a. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Rev Neurol* 1999;29:647-651
37. Mattioli, M. *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires*. [en línea] Tesis (maestría en Diseño y Gestión de Programas Sociales) Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Sede Argentina), 2011. [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://hdl.handle.net/10469/3320>
38. Donabedian, A. The quality of medical care. *Science* 1978;200:856-64
39. Donabedian, A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technol Assess Health Care* 1988;4:487-96
40. Indicadores de performance. [en línea] 2011 [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://www.indicadores-performance.es>
41. Tablero de Control. [en línea] 2012 [citada 30 de junio de 2012] Disponible en internet: <http://es.tablero.org/>
42. Kaplan, R S; Norton D P. *The Strategy Focused Organization*. 2001 Harvard Business School Publishing Corporation. Traducción Carlos Ganzinelli y Adrià de Gispert Ramis. Ediciones Gestión 2000, SA – Barcelona, 2001 Primera edición noviembre 2000 ISBN: 84-8088-561-0.
43. Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica. *Manual de Procedimientos. Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud SACAS: ITAES*. Primera edición Buenos Aires, 2008. ISBN 978-987-24394-0-8
44. Wiler, J et al. Optimizing emergency department front-end operations. *Ann Emerg Med*. 2010;55:140-160
45. Taylor, D; Bennet, DM; Cameron, PA. A paradigm shift in the nature of care provision in emergency departments. *Emerg Med J* 2004; 21:681-684
46. Magid, D et al. The Safety of Emergency Care Systems: Results of a Survey of Clinicians in 65 US Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2009; 53:715-723
47. Guttman, A et al. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342-d2963 doi10.1133/bmj.d2983
48. Rowe, B et al. Characteristics of Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen. *Acad Emerg Med* 2006; 13:849-853
49. Berstein, S et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med* 2008; 16:1-10

50. Hwang, U et al. Measures of crowding in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med* 2011; 18:527-538
51. Hwang, U; Concato, J. Care in the emergency department: How crowded is overcrowded? *Acad Emerg Med* 2004; 11:1097-1101
52. Moskop, J et al. Emergency department crowding, Part 1: Concept, causes, end moral consequences. *Ann Emerg Med.* 2009; 53:605-611
53. Moskop, J et al. Emergency department crowding, Part 2: barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med.* 2009; 53:612-617
54. Asplin, B. Measuring crowding: Time for a paradigm shift. *Acad Emerg Med* 2006; 13:459-461
55. Policy Statments. American College of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med.* 2006; 47:585
56. Asplin, B et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003; 42:173-180
57. Pines, J. Moving closer to an operational definition for ED crowding. *Acad Emerg Med* 2007; 14:382-383
58. *Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings.* IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003. [en línea] [citada 1 de julio de 2012] Disponible en internet: www.IHI.org
59. Pines, J. Advancing the science of emergency department crowding: Measurement and solutions. *Ann Emerg Med.* 2009; 54:511-513
60. Afilalo, J et al: Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11:1302-1310
61. Vidal Carret, M^a L; Gastal Fassa, A; Rodríguez Domínguez, M. Inappropriate use of emergency services: a sistematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saude Publica*, Río de Janeiro, 25(1):7-28, jan, 2009
62. Aacharya, R; Gastmans, C; Denier, Y. Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine* 2011, 11:16 [en línea] [citada 3 de abril de 2012] <http://biomedicalcentral.com/1471/227X/11/16>
63. HEDIS & Performance Measurement [en línea] [citada 24 de octubre de 2012] Disponible en internet: www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement.aspx
64. Computerized Needs-oriented Quality Measurement Evaluation System (CONQUEST) AcademyHealth. Glossary of Terms Commonly Used in Healthcare, 2004 ed. [en línea] [citada 8 octubre de 2012] Disponible en internet: <http://www.academyhealth.org/publications/glossary.pdf>.

65. Asplin, B et al. Developing Models for Patient Flow and Daily Surge Capacity Research. *Acad Emerg Med* 2006; 13:1109–1113
66. Fee, C et al. Consensus-based Recommendations for Research Priorities Related to Interventions to Safeguard Patient safety in the Crowded Emergency Department. *Acad Emerg Med* 2011; 18:1283-1288
67. Flottemesch, T, Gordon, B; Jones, S. Advanced Statistics: Developing a Formal Model of Emergency Department Census and Defining Operational Efficiency. *Acad Emerg Med* 2007; 14:799–809
68. Sun, B; Adams, J; Burstin, H. Validating a model of patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* 2001; 38: 527-532
69. Boudreaux, E; O’Hea, E. Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine* 2004, Vol. 26; 1:13–26,
70. Sun, B et al. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med.* 2000; 35:426-434
71. *Real Academia Española Diccionario de la Lengua Española – 22ª edición*
72. Gómez Jiménez, J. Modelo Andorrano de Triage [en línea] [citada 28 de noviembre de 2012] Disponible en internet: http://www.triajeset.com/acerca/archivos/modelo_andorrano_de_triajeMAT.pdf
73. PDCA. © Asociación Española para la Calidad (AEC) 2011 [en línea] [citada 3 de diciembre de 2012] Disponible en internet: <http://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/pdca>
74. Dutka, A. *Manual de AMA para la Satisfacción del cliente*. American Marketing Association 1994 NTC Business Books Traducción Ana Silvia Mazia. Ediciones Granica S.A. 1998. Buenos Aires, Argentina ISBN: 950-641-260-X
75. Comision Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica [en línea] [citada 24 de junio de 2013] Disponible en internet: <http://www.cidcam.org.ar/>

Este libro se terminó de imprimir en el mes de julio de 2013,
en Latingráfica S. R. L., Rocamora 4161,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



"(...) No es tarea sencilla llevar a cabo un trabajo donde dos ramas del saber (la Medicina y el "Gerenciamiento" o Administración) puedan complementarse en una entrega que agregue valor a los lectores. Esto es lo que aporta este trabajo, que se inicia con una amena selección de eventos históricos relacionados con la necesidad que iba encontrando la medicina a medida que detectaba los beneficios del hábito que más promueve este trabajo: MEDIR.

Es la medición la que permite obtener datos, es decir la materia prima que, procesada, conformará la valiosa información en base sobre la cual pueden apoyarse planes de acción que tiendan a cambiar la realidad, básicamente para mejorarla.

Si el escenario logrado es de datos, entonces será posible obtener una métrica de la CALIDAD en servicios de salud, tal como esta tesis presenta en un modo de creciente entrega de conceptos. (...)"

Ing. Guillermo Borda

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes