

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

CONTROL CONTINUO DE CALIDAD Y COSTO EFECTIVIDAD DE PROBLEMAS MEDICOS COMUNES.

Dr. RICARDO GAZITUA H.*

Control de calidad en medicina

Dar un servicio de calidad implica ser capaces de satisfacer las necesidades de nuestros pacientes en forma eficiente, a un costo razonable y con los mínimos defectos. Nuestra empresa de salud está orientada en primer lugar a la atención del paciente, y en la medida que este proceso sea de óptima calidad, se puede entregar una buena docencia. Asistencia y enseñanza se ven así íntimamente ligadas.

Para lograr las metas que se desea alcanzar es necesario tener una planificación. Como empresa de servicio, el paciente ("cliente" en la nomenclatura del área de control de calidad) ocupa el centro de nuestra atención, por lo que en primer lugar debemos conocer sus necesidades. Luego vienen otras acciones encaminadas a

- satisfacer estas necesidades,
- controlar que el proceso se desarrolle en forma correcta para alcanzar los resultados esperados y
- mantener un sistema de retroalimentación que permita ir superando las debilidades que se detecten.¹

Indicadores: para conocer cómo se está desarrollando el proceso es necesario tener indicadores de calidad. Para un Servicio de Medicina se pueden destacar los siguientes objetivos:

- a) Indicadores asistenciales: mejorar la atención del paciente, optimizar el índice ocupacional, disminuir parámetros como el promedio de estadía, los reingresos, las infecciones intrahospitalarias, úlceras de decúbito, errores de medicación, caídas y letalidad.
- b) Indicadores económicos: disminuir el monto final de las cuentas de los enfermos, mejorar el margen neto que obtiene el servicio por cada paciente, sin subir demasiado las tarifas de cada prestación.
- c) Indicadores laborales: disminuir los accidentes del trabajo, las licencias médicas y las renunciaciones; mejorar el ambiente de trabajo y las relaciones personales;
- d) Indicadores de satisfacción de los pacientes: resolver

los problemas en forma oportuna, disminuir los reclamos y, en general, mejorar el nivel de satisfacción.

Desempeño médico: la forma como se entrega la atención médica es muy importante. Los enfermos necesitan un médico tratante, que los conozca personalmente y a su familia y que vele por lo que es mejor para ellos. El verá cuándo se requiere de la participación de otros especialistas. Cuando la atención médica se "institucionaliza" y son muchas las personas que participan, sin que exista un claro hilo conductor, los enfermos se desorientan y sus cuentas fácilmente se elevan. Esto puede ocurrir por distintas circunstancias:

- En un ambiente universitario, en donde participan becados, internos y docentes de distintas especialidades;
- Cuando el médico cambia según la unidad a la que se traslada el paciente (de la pieza a un intensivo, de ahí a pabellón y recuperación, etcétera);
- Cuando los médicos son tan especializados que para lograr una atención integral se requiere de varios de ellos.

Se enfrentan de este modo los conceptos del médico tratante, que conoce y permanece con el paciente, versus el de una medicina más "institucionalizada", con múltiples profesionales participando y que, al final, ofrece una atención más despersonalizada.

Desempeño de enfermería y profesionales paramédicos: el trabajo del resto del equipo de salud es muy importante. La acogida que ofrezcan al paciente es fundamental. A modo de ejemplo, una experiencia que se implementó en el Servicio de Medicina fue asignar una auxiliar a cada sala para dar una atención integral a cada paciente. Como resultado, las auxiliares llegan a conocer a los pacientes y estos, a su vez, saben a quien dirigirse. Antes, las labores se distribuían a lo largo de cada sección según la función a desempeñar: administrar medicamentos, encargarse del confort, con lo que el trato terminaba siendo más impersonal.

Apoyo externo: así como se trabaja en equipo al interior de un servicio, también se requiere también un apoyo externo: despacho de interconsultas por parte de otros profe-

* Profesor Adjunto de Medicina. Departamento de Medicina Interna. Jefe del Servicio de Medicina

sionales, atención de kinesiólogos y nutricionistas, exámenes que deben ser efectuados en forma rápida, transporte de pacientes, etcétera. A la atención de aspectos netamente médicos se suma la conveniencia de contar con apoyo en otros planos: en lo espiritual, en la comunicación con las familias e, incluso, ofreciendo compañía o entretenimiento. Los grupos de voluntariado desempeñan un papel muy eficaz en este contexto.

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE MEDICINA

Está formado por una sección para pacientes hombres y otra para mujeres, además de una unidad de terapia intermedia. La primera es una construcción moderna, con salas de 5 camas y baño incorporado. En mujeres, en cambio, la construcción es más antigua y hasta 1993 las salas tenían 8 camas, el baño estaba al otro lado del pasillo, y era común para todas las enfermas de la sección.

En la Tabla 1 se muestran evaluaciones efectuadas por el Departamento de Atención al Usuario (DAU) del Hospital Clínico durante distintos períodos y se presentan solamente el porcentaje de evaluaciones que obtuvieron la calificación de "buena" (las otras alternativas eran "regular" y "malo"). En la evaluación de julio-agosto de 1993 se obtuvieron resultados pobres desde todo punto de vista. Entre los comentarios que se recogieron destacaron especialmente aquellos sobre el ambiente físico de la sección mujeres: salas con muchas pacientes, baño al otro lado del pasillo, que a veces se hacía insuficiente. También se quejaban que había poca privacidad y la comunicación del equipo de salud no era todo lo bueno que se deseaba. El descanso nocturno era difícil debido a aspectos propios de una sala compartida: ruidos, luces, movimiento de gente. También hubo quejas respecto a la demora para asistir a las llamadas.

Sobre la base de esta evaluación se implementaron una

serie de medidas, tales como construir baños en cada sala de la sección mujeres, disminuir el número de camas a 7 por sala, colocar un nuevo sistema de cortinas, disponer de más biombos. También se puso mucho énfasis en aspectos de conductas del personal y de los médicos, de modo que los pacientes se sintieran acogidos, bien informados y se les contestara a sus llamadas con más prontitud. Para lograr estos objetivos se aumentó, incluso, la planta de auxiliares.

La evaluación efectuada un año después mostró una mejoría espectacular de los resultados, como se puede apreciar en la Tabla 1. La relación con los médicos fue óptima, y con las enfermeras había mejorado significativamente. También recibieron una mejor evaluación la alimentación y el aseo. El descanso nocturno, aunque mejor, todavía seguía siendo un parámetro mal evaluado; es muy posible que por ser salas compartidas, algunas quejas no se logren superar. En esta misma evaluación se preguntó: ¿cómo calificaría usted su experiencia en el Hospital?. Un 98% la consideró buena y el resto, regular.

Al año siguiente, en abril/95, una nueva evaluación mostró que los resultados favorables se habían mantenido. La percepción del trato del personal de enfermería había mejorado aún más. El aseo, en cambio, que dependía de una empresa externa, mostraba un retroceso.

Como se puede apreciar, la medición de estos parámetros permite conocer las fortalezas, para cuidarlas, y las debilidades, para tratar de superarlas. Con esto se llega a un diagnóstico de situación (el CAMEDAFO de Francesc Moreu): combatir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades.²

COSTO EFECTIVIDAD DE PROBLEMAS MEDICOS COMUNES

Métodos de registro de información

La incorporación de la computación ha permitido un mejor registro de los pacientes. Esto ha requerido diseñar sistemas que permitan disponer de la información en forma eficiente. Para lograrlo es necesario que los datos incorporados sean confiables y no se emplee demasiado tiempo obtenerlos. Este último aspecto es un verdadero desafío en servicios con mucha actividad: fácilmente el flujo de información puede llegar a ser enorme y las personas involucradas en el registro terminar sobrepasadas. Por lo anterior es conveniente diseñar sistemas simples, con la información estrictamente necesaria y constantemente vigilar que los datos que se están registrando sirvan para sacar conclusiones válidas. En ocasiones puede ser suficiente trabajar con una muestra, teniendo el cuidado que ésta sea representativa del sistema total.

Entre los datos esenciales están la identifi-

Tabla 1. Evaluación por los pacientes del Servicio de Medicina en distintos períodos*

Aspecto evaluado	Jul/93	Jul/94	Abr/95
Atención médica recibida	50%	100%	100%
Comunicación con el médico	48%	100%	93%
Trato personal de enfermería	42%	75%	95%
Alimentación recibida	8%	73%	79%
Aseo de las piezas y baños	24%	93%	77%
Descanso diurno y nocturno	4%	26%	

Fuente: Departamento de Atención al Usuario del Hospital Clínico. Se indica el porcentaje de pacientes que califican cada ítem como bueno.

cación del paciente, su edad, diagnóstico principal que motivó la mayor parte del gasto, índice de complejidad, tipo de egreso, duración de la estadía y monto de la cuenta.

Un estudio publicado en 1993³ sobre costos de hospitalización de pacientes del Servicio de Medicina según la enfermedad principal, y agrupados por especialidad, mostró los resultados que se presentan en la Tabla 2. Se aprecia que el promedio de la cuenta es de 40,1 UF, que equivale hoy en día a unos 500.000 pesos. El promedio de edad fue de 61,7 años y el promedio de estadía en el hospital fue de 7,7 días.

Los diagnósticos que se presentaron con más frecuencia fueron:

- Gastroenterología: cirrosis hepática y hemorragias digestivas;
- Respiratorio: neumonías y limitación crónica del flujo aéreo;
- Neurología: accidentes vasculares encefálicos (isquémicos y hemorrágicos);
- Nefrología: infecciones urinarias e insuficiencia renal crónica;
- Endocrinología: diabetes mellitus;
- Hematología: síndromes mieloproliferativos, mieloma múltiple y leucemias mieloides;
- Infecciones sistémicas: fiebre tifoidea, septicemia y SIDA;
- Reumatología: lupus eritematoso, artritis reumatoide y espondiloartritis anquilosante.

De todos estos diagnósticos, los más frecuentes fueron hepatopatías crónicas, neumonías, diabetes mellitus, accidentes vasculares encefálicos e infecciones urinarias.

Los costos más elevados se dieron en los grupos de enfermedades hematológicas, debido a que concentra patologías neoplásicas, y en las infecciones sistémicas, donde están cuadros de septicemia y SIDA. Las enfermedades cardiovasculares, que tiene altos costos, no están bien representadas en este estudio, ya que en el Hospital Clínico la gran mayoría de estos pacientes se tratan en dependencias del Departamento de Cardiología.

Del total de la cuenta, 42% correspondieron a gastos de estadía, 26% a exámenes, 19% a farmacia y 9% a procedimientos; el 4% restante se debió a otros ítemes. En la Tabla 3 se muestra la importancia relativa de los gastos en los que incurre cada grupo: gastroenterología gasta más en procedimientos (endoscopias); neurología en exámenes (tomografía axial computarizada); nefrología en diálisis; hematología en quimioterapia, transfusiones, antibióticos, y estadías prolongadas en aislamientos; el grupo de infecciones sistémicas gasta en antibióticos y algunos procedimientos (transfusiones, diálisis).

Indicadores de costos de atención: en la Tabla 4 se presenta información del Servicio de Medicina tabulada por trimestre, desde abril/94 hasta septiembre/95, siguiendo pautas de la American Hospital Association.

En la ocupación se pueden apreciar variaciones estacionales: de diciembre a marzo tiende a bajar la actividad (fiestas de fin de año, vacaciones), mientras que ella aumenta notablemente en invierno. Al tener menos pacientes, los ingresos disminuyen. Un aspecto que agrava aún más el balance económico que se obtiene en estos periodos de baja (margen directo), se debe a una incapacidad para ajustar los gastos

Tabla 2. Costos promedio de hospitalización de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina, según especialidad del diagnóstico principal

	Nº	(%)	Edad (años)	Estadía (días)	Cuenta (UF*)
Gastroenterología	115	22,2	61,0	7,4	37,4
Respiratorio	112	21,6	68,6	6,9	34,8
Cardiovascular	70	13,5	67,7	7,8	40,6
Neurología	69	13,3	66,3	8,6	47,4
Nefrología	49	9,4	56,3	8,1	36,5
Endocrinología	35	6,7	55,6	6,3	27,0
Hematología	30	5,8	53,9	9,4	68,1
Infecciones	21	4,0	36,2	9,6	51,6
Reumatología	16	3,0	51,5	8,1	34,2
Total	517	100	61,7	7,7	40,1

* UF: unidad de fomento

Tabla 3. Importancia relativa de los gastos en los que incurre cada grupo; el valor promedio de cada columna se iguala a 1 para que sirva de referencia

	Total	Exámenes	Estadía	Farmacia	Procedimientos
Gastroenterología	0,93	0,86	0,94	0,92	1,35
Respiratorio	0,86	0,80	0,91	1,06	0,64
Cardiovascular	1,01	1,12	1,17	0,88	0,43
Neurología	1,18	1,50	1,10	1,12	0,55
Nefrología	0,91	0,89	0,99	0,58	1,52
Endocrinología	0,67	0,92	0,79	0,40	0,16
Hematología	1,69	0,93	1,17	2,21	3,09
Infecciones	1,28	1,19	1,13	1,60	1,52
Reumatología	0,85	0,92	0,75	0,58	0,93
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

fijos (especialmente remuneraciones) al índice de actividad; esto se ve reflejado en el gasto por día cama, que sube.

El margen directo por paciente osciló en el período estudiado entre 1,99 y 6,4 UF y el gasto por día cama estuvo entre 2,03 y 2,57 UF.

Costos por diagnósticos: analizada una muestra de cerca de 1.000 pacientes de 1995 se observó que:

- Sobre el 80% ingresó a través del Servicio de Urgencia;
- 51,5% eran mujeres;

- La previsión de 49% de los pacientes era FONASA;
- La edad promedio fue de 60,5 años (desviación estándar (DE): 20,1), siendo 47,6% mayores de 65 años;
- La estadía promedio fue de 6,0 días (DE 4,3), estando 85,2% menos de 10 días y 4,1% sobre 21 días.

Los 10 diagnósticos más frecuentes fueron:

- Neumonías (14,6%),
- Pielonefritis aguda (5,6%),
- Insuficiencia cardíaca (4,4%),
- AVE oclusivos (3,7%),

Tabla 4. Información trimestral sobre datos de ocupación, ingresos y gastos del servicio de medicina (abril/94-septiembre/95)

Trimestre	94:2	94:3	94:4	95:1	95:2	95:3
% ocupación	88,2	88,5	71,6	69,0	80,4	86,9
Nº egresos	861	835	779	775	768	875
Estadía (días)	5,3	5,6	4,8	4,6	5,4	5,2
Rotación	15,1	14,6	13,7	13,6	13,5	15,4
Días camas ocupadas	4.563	4.676	3.739	3.565	4.147	4.550
Ingresos (UF)	14.657	14.814	12.143	10.710	12.947	14.777
Gastos directos (UF)	9.691	9.473	9.299	9.167	8.435	9.943
Margen directo (UF)	4.966	5.341	2.844	1.543	4.512	4.833
Margen por paciente	5,77	6,40	3,65	1,99	5,88	5,52
Gastos por día cama	2,12	2,03	2,49	2,57	2,03	2,19

- Diarreas agudas (3,5%),
- Diabetes mellitus tipo II (3,0%),
- LCFA descompensada (2,7%),
- Mieloma (2,1%),
- Úlcera gástrica sangrante (1,9%),
- Insuficiencia renal crónica (1,8%).

El valor promedio de la cuenta fue de \$ 579.816 pesos (DE \$ 476.083); en 60,2% fue menor de \$ 500.000 y en 18,7%, mayor de \$1.000.000. El valor promedio para algunos diagnósticos fue: neumonía: \$ 822.325 (DE: \$ 838.939); pielonefritis aguda: \$ 373.054 (DE: \$ 444.493); AVE oclusivo: \$ 745.263 (DE: \$ 453.945).

Como se puede apreciar, existe una gran variedad de diagnósticos, como lo demuestra el hecho que los 10 más frecuentes sólo cubren el 43,3% del total, lo que dificulta estandarizar las terapias. Este aspecto se hace aún más complejo si se considera la gran diversidad de presentaciones que puede tener un mismo diagnóstico (por ejemplo: pacientes con neumonía y distintos factores agravantes, por edad y patologías asociadas). Esto explica, también, la gran variabilidad de las cuentas de enfermos con un mismo diagnóstico.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se presentan algunos resultados obtenidos al implementar un programa de mejoría continua de calidad, fundamentalmente identificando aquellas áreas deficitarias e implementando las acciones necesarias para corregir los defectos. Teniendo bien identificadas las necesidades de los pacientes y contando con la colaboración de todos los miembros del equipo de salud para lograr un objetivo común, es posible mejorar notablemente el grado de satisfacción de los enfermos y los resultados obtenidos.

Los costos de atención siguen siendo uno de los mayores desafíos. Respecto al estudio publicado en el año 1993,³ las cuentas no parecen haber disminuido, y todo apunta a que han aumentado (de \$ 500.000 a cerca de \$ 580.000), a pesar que la estadía había bajado de 7,7 a 6,0 días. La tendencia

alcista de las cuentas se debe en gran parte a que cada vez se reciben pacientes más añosos y complejos, con múltiples enfermedades; también, estos últimos años se han incorporado terapias más complejas y sofisticadas, como está ocurriendo en el campo de las neoplasias. Se han incorporado nuevos exámenes de alto costo, como tomografía axial computarizada y resonancia nuclear magnética, amén de muchos otros. Las áreas de tratamiento intensivo y terapia intermedia han crecido. La medicina se ha despersonalizado al necesitar de varios especialistas a la vez, que ven una parte del paciente. Es posible que esté comenzando a ocurrir un fenómeno que ya se da en países como Estados Unidos, de hacer más exámenes que lo estrictamente necesario, para cubrirse de posibles juicios por mala práctica.

El pronóstico de contención de costos es poco alentador. En este sentido es muy importante la conciencia de los médicos de solucionar los problemas con los recursos indispensables, y a un costo razonable. Es conveniente que los médicos que están a cargo del enfermo no pierdan una formación global en aras de la especialidad. La falta de experiencia de los profesionales jóvenes, que los lleva a veces a cubrirse más de lo necesario, debiera compensarse con la de otros con más años de práctica.

El concepto del médico tratante, que conoce al paciente y su familia y que sabe lo que es mejor para el enfermo, debe ser destacado como uno de los elementos más importantes tanto para enriquecer la relación médico-paciente como para desarrollar una medicina humanizada y eficiente.

REFERENCIAS

- 1.- Juran J M. Juran on planning for quality. The Free Press, Nueva York, 1989.
- 2.- Moreu F. Hospital Bellvitge, Barcelona. Curso sobre política de calidad, Hospital Clínico Universidad Católica. Marzo 1994.
3. Gazitúa R, Giaconi J et al. Los costos de hospitalización por causas médicas. Administración en Salud. Universidad de Chile 20:10-13, 1993.