

# La calidad de la atención médica

Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina

## INTRODUCCIÓN

### RESUMEN

*Se definen y relacionan la calidad y la cantidad con la salud. Establecemos el vínculo del trabajo con la ponencia "Evaluación de la atención médica", presentada en la XLI Asamblea ordinaria anual de la Federación Médica Venezolana en 1986. Relación entre las normas y el trabajo efectuado en atención médica. Historia de la aplicación de los conceptos del uso de la historia médica como instrumentos de evaluación y verificación de la calidad de la atención médica, y el papel desempeñado por el Colegio Americano de Cirujanos. En Venezuela la Asociación Venezolana de Hospitales, el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) y la Federación Médica Venezolana han trabajado y elaborado las reglas para la acreditación de hospitales y para el control de la calidad y cantidad de actos médicos efectuados. Se enumeran las distintas escuelas para lograr el objetivo propuesto. Se exponen los criterios para el establecimiento de las normas en la hospitalización, tratamiento y egreso de los pacientes. Se explican las normas referidas a la cirugía general.*

*Palabras clave: Auditoría médica. Calidad y verificación de la atención médica.*

### SUMMARY

*We define and relate quantity and quality with health. It was established the bond between this paper and the study on evaluation of medical attention, presented in the XLI Assembly of the "Federación Médica Venezolana" 1986. Relations among rules and results in medical attention. History of the use of the medical history as a tool on the evaluation and quality assurance of the medical attention and role of the American College of Surgeons. In Venezuela the "Asociación Venezolana de Hospitales", the "Instituto de Estudios Superiores de Administración" and the "Federación Médica Venezolana" had worked and established the rules for the evaluation of quality and quantity of medical acts performed. We name the different schools to obtain the proposed. We describe the criteria for establish the norms for hospitalization, treatment and discharge of the patients. We explain the rules applied to general surgery.*

*Key words: Quality assurance of the medical attention.*

La calidad (la propiedad natural de cada cosa) y la cantidad (propiedad de cualquier cuerpo en cuanto esté sujeto a número, peso o medida) (1) son conceptos que, en general no son fáciles de separar, y especialmente en salud, pues ella tiene una propiedad natural y está sujeta a medida. Cuando no se cumplen los indicadores relacionados con el número de actos médicos que deben ser efectuados, en una consulta o con pacientes hospitalizados, la medición de la calidad está cuestionada, pues sólo cuando se logra una masa crítica de acciones es cuando comienzan a evidenciarse los indicadores negativos, como mortalidad, errores de diagnóstico, etc., que nos ayudan a medir la calidad del proceso.

En setiembre de 1986 se celebró en Cumaná, la XLI Asamblea Ordinaria Anual de la Federación Médica Venezolana. En ella la ponencia principal fue "Evaluación de la atención médica ambulatoria y hospitalaria" (2). El grupo que elaboró esta ponencia estuvo encabezado por el Dr. Felipe Bello G y lo acompañó un distinguido grupo de especialistas en salud pública: Tulio López R, David Gómez C, Pedro O Gordon, José R García S, Euclides Carrillo y Otto Graterol P. Eramos cirujanos, Antero Cohelo N, urólogo, el representante de la Oficina Sanitaria Panamericana, Félix Rojas M, traumatólogo y Antonio Clemente H, cirujano general, quien actuó como secretario. Ella fue desarrollada en doce capítulos. El trabajo en la ponencia, su presentación y discusión fueron muy formativos, pues comprendimos que la mejor manera de evaluar la actividad médica, era cuando se establecía previamente, en una clínica privada, en una consulta o en un hospital, lo que el o el grupo de médicos consideraban que debía efectuarse para el diagnóstico y el tratamiento de un paciente. Esto puede ser llamado "Normas de diagnóstico y tratamiento", o separadas, unas para el diagnóstico y otras para el tratamiento. Cuando se comparan las normas con el trabajo efectuado, podremos decir cuán cerca o lejos

Presentado el 14 de noviembre de 1996.

estamos de lo que creímos que debía ser hecho (2).

Luego asistimos a dos congresos internacionales de auditoría médica (3) o verificación de la calidad (4,5). También son conocidos en la literatura especializada en esta materia, uno celebrado en Orlando (6), y el otro en Copenhague, Dinamarca (7).

**Antecedentes históricos.** La mayoría de los investigadores en esta materia consideran que a principios de siglo, en la ciudad de Boston, el Dr. Ernest Codman, acuñó el criterio de que la evaluación de un hospital debía hacerse con la revisión de la calidad de las historias médicas. Estos conceptos mejoraron los registros clínicos y, en 1918, George Grey Ward, destacado ginecólogo del Hospital de Mujeres de Nueva York, practicó, en su servicio, la inspección sistemática de las historias de sus pacientes. En 1919, el Colegio Americano de Cirujanos, estableció las normas de la práctica quirúrgica en los programas de evaluación de los hospitales. Desde esa época se estableció la costumbre de evaluar el trabajo quirúrgico con: reuniones anatómico-clínicas, de morbimortalidad, preoperatorias, clinicoradiológicas, etc. En 1951, el mismo Colegio en conjunto con la Asociación Médica Americana y otros Colegios de especialidades, crearon la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, organismo privado que desde esa época, al ser solicitado, evalúa los hospitales y los ambulatorios, basado en una normativa previamente elaborada. En 1979, con el desarrollo del concepto de verificación de calidad (5), se añadió la idea de evaluar otros procesos que influían en la calidad, tales como: control de infecciones, revisión de servicios de apoyo (anestesia, laboratorio, anatomía patológica, trabajo social, etc.), de la utilización de recursos, mantenimiento preventivo, etc.

En Venezuela en 1971, la Asociación Venezolana de Hospitales aprobó una ponencia sobre acreditación de hospitales (8). En 1974 y 1975 el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA) dictó dos cursos de auditoría médica. La Federación Médica Venezolana, 1984 y 1985, en las Asambleas Generales aprobó los reglamentos para las Comisiones de Auditoría Médica, para la evaluación de los actos médicos en tres niveles: central, regional, institucional y departamentales, para los hospitales públicos y privados. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con las normas sobre eficiencia y productividad de la atención médica (9). En los Consejos Nacionales de Maracaibo

1981, Maturín 1984, San Cristóbal 1984 y San Fernando de Apure 1985, en los estudios y ponencias sobre "Educación médica del graduado" la Federación Médica Venezolana aprobó un procedimiento de evaluación cuantitativa de hospitales y ambulatorios para ser empleado voluntariamente (10).

Existen varios procedimientos para lograr la evaluación, que son las siguientes escuelas: 1, del contenido, en la cual se evalúa el acto médico y el trabajo de equipo de salud; 2, del proceso; 3, de la estructura; 4, de los resultados; 5 del efecto social; 6, de los servicios; 7, de la disponibilidad; 8 de la accesibilidad; y 9 de la aceptabilidad. Ellos son complementarios y se imbrican para lograr la auditoría y la utilización de los recursos (2).

### **Criterios para la hospitalización, tratamiento, egreso y ambulatorio**

En la ponencia tomamos como ejemplo las cuatro especialidades básicas, llamadas también en las Universidades, Clínicas Madres. Es interesante observar que Cirugía y Obstetricia y Ginecología siguieron un mismo patrón, asimismo Medicina Interna y Pediatría. En Cirugía se estudiaron tres enfermedades: hernia inguinal, Cod 550, apendicitis aguda 540, colecistitis 575-0, y para Obstetricia y Ginecología: parto normal 650, prolapso genital 618, fibromatosis uterina 218. En Medicina se estudiaron: accidentes cerebrovasculares 431, neumonía 436, diabetes 250 y en Pediatría: diarrea aguda 009-3, meningitis 047,9-321-7,320-9 neumonía 485 X y bronconeumonía 486 X (2).

Los criterios para Cirugía, Obstetricia y Ginecología, son los siguientes:

1. Criterios de hospitalización: anamnesis y examen físico
2. Exámenes de laboratorio
3. Imágenes
4. Cardiovascular
5. Otras exploraciones
6. Interconsultas
7. Indicaciones preoperatorias
8. Tipo de operación
9. Exploraciones complementarias peroperatorias
10. Tratamientos complementarios peroperatorios
11. Anatomía patológica
12. Terapia intensiva
13. Tratamiento posoperatorio

14. Otras indicaciones posoperatorias

15. Promedio de estancia

16. Condiciones de egreso

17. Cuidados ambulatorios

Los criterios para Medicina Interna y Pediatría, son los siguientes:

1. Criterios de hospitalización; anamnesis y examen físico
2. Exámenes de laboratorio
3. Cardiovascular
4. Otras exploraciones
5. Interconsultas
6. Otras exploraciones
7. Tratamiento
8. Promedio de estancia
9. Complicaciones que pueden prolongar la hospitalización
10. Condiciones de egreso
11. Cuidados ambulatorios

Calidad de atención médica en Cirugía General. Entre 1979-94 desarrollamos una vasta experiencia de análisis operativo en el Servicio de Cirugía IV del Hospital Miguel Perez Carreño, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Comenzamos por definir la frecuencia de enfermedades y establecimos que 35 diagnósticos representaban el 78% del universo. Al mismo tiempo, diseñamos un procedimiento de evaluación de las historias médicas, adaptando lo que está en las ponencias de la Federación Médica Venezolana y lo encontrado en la literatura sobre la materia. A estos diagnósticos les aplicamos los criterios de evaluación de la historia que hemos mencionado y además el estudio de costes (11,12).

Agrupamos unos criterios que nos permiten sospechar la existencia de una enfermedad en un paciente, y luego probar que ello es cierto, para poder instituir una terapéutica apropiada. Fuimos muy estrictos en relación a los exámenes complementarios usados y en la estancia, para mantener la equidad en la relación costo-beneficio. Además de que consideramos que los exámenes están justificados sólo cuando de su resultado surja un cambio en la conducta diagnóstica o terapéutica. Para el diagnóstico estudiamos siete renglones a saber:

1. Anamnesis. Del griego anamnesis = recuerdo, es la historia de la enfermedad, en ella están incluidos: el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes y la revisión de aparatos

y sistemas. Lo expresamos en ideas concretas, generalmente no más de cinco.

2. Examen físico. Enunciamos los signos que nos permitan orientar o comprobar el diagnóstico.
3. Laboratorio. Son los exámenes que pedimos para evaluar las condiciones de salud, o la seguridad de una determinada patología.
4. Imágenes. En ellas están incluidos todos los procedimientos diagnósticos en los cuales contrasten luces y sombras: radiografías, ecosonografías, termografía, resonancia nuclear, tomografía, etc.  
Señalamos sólo los que son indispensables y, preferentemente, los que tengan menores índices de falsos negativos en una enfermedad determinada.
5. Evaluación cardiovascular. En cirugía, debido a la sobrecarga orgánica que genera el estrés, es necesario en dos grupos de pacientes: los mayores de 40 años y los menores que presenten antecedentes o síntomas.
6. Otras exploraciones. Existe hoy un gran número de procedimientos endoscópicos, que se han facilitado mucho con el empleo de la fibra óptica, en órganos de los aparatos respiratorio y digestivo, principalmente. Ellos tienen indicaciones muy precisas: ej. la gastroscopia en las hemorragias digestivas superiores y otros, como la prueba de esfuerzo en la insuficiencia coronaria.
7. Interconsultas. Cada vez que consideremos que la opinión de un determinado especialista (anestesiólogo, patólogo, gastroenterólogo, etc.) nos sea indispensable para cumplir nuestros objetivos, debemos consultarlos.  
Para el tratamiento empleamos once criterios, los primeros para mejorar el paciente, luego el empleo de la terapéutica específica y por último el cuidado posoperatorio; ellos son los siguientes:
8. Indicaciones preoperatorias. Cuando el paciente ingresa para ser operado hay una serie de normas que debemos prescribir: dieta, medicamentos, preparación, rasurado, enemas, etc.
9. Tipo de operación. Varía mucho dependiendo de la enfermedad: así, en una colecistitis, podemos hacer colecistectomía por una laparoscopia o por una laparotomía.
10. Exploraciones complementarias preoperatorias. Por ejemplo, cuando encontramos cálculos

- intrahepáticos podemos adoptar diversas conductas operatorias: podemos usar pinzas, sondas, irrigaciones o apertura de los conductos.
11. Tratamientos complementarios peroperatorios. Algunas veces, durante el acto operatorio practicamos una técnica que se modifica según los hallazgos histológicos; por ejemplo cuando se hace una biopsia mamaria la patología puede ser benigna o maligna y la operación a practicar puede variar.
  12. Anatomía patológica. Consideramos que todo tejido u órgano extirpado debe ser evaluado por el patólogo.
  13. Tratamiento posoperatorio. Luego que concluimos una operación prescribimos indicaciones, ejemplo: control de signos vitales cada hora por las primeras doce horas, dieta absoluta en las primeras seis horas, o indicamos medidas específicas, como presión negativa en el tubo de nasosucción gástrica, o del drenaje torácico, medición de los líquidos eliminados y administrados, medicamentos, vía y frecuencia horaria, etc.
  14. Terapia intensiva. Debe ser referido a ella, el paciente que presente un equilibrio cardiorrespiratorio o metabólico inestable o frágil o que requiera cuidados especiales, como un puente coronario o un politraumatizado con trauma craneano, grandes resecciones de intestino delgado por trauma, etc.
  15. Otras indicaciones posoperatorias. Indicaciones generales como movilización precoz, ejercicios respiratorios o específicos, medición de lo obtenido por succión nasogástrica, etc.
  16. Promedio de estancia. Es uno de los indicadores de eficiencia hospitalaria de mayor importancia, algunos lo llaman el indicador de oro. Puede ser estudiado pre y posoperatorio, el primero puede durar de cero a un día, y el segundo varía según la gravedad de la operación practicada. En cirugía general debe ser de siete a diez de promedio. Lo elabora el Departamento de Estadística del hospital y se lo envía a los cuatro departamentos clínicos. Hay un promedio de estancia para cada enfermedad y para cada operación. Hoy ello se ha modificado mucho por la llamada cirugía de un día o ambulatoria.
  17. Condiciones de egreso. Sabemos, por la experiencia, que el tiempo de permanencia en el hospital debe ser lo más corto posible, pues los

pacientes egresados rápidamente evolucionan mucho mejor. Pero cada tipo de paciente operado debe cumplir con ciertos requisitos mínimos para poder egresar: afebril, función gastrointestinal normal, etc.

18. Cuidados ambulatorios. El lapso entre el egreso y la primera consulta varía entre 1 y 5 días. Señalamos, en cada enfermedad, los cuidados especiales, ejemplo: en los operados de vías biliares se indica una dieta pobre en grasas, en los pacientes con peritonitis y cierre diferido de la herida, ésta debe ser vigilada con cuidado por el riesgo de un absceso, etc.

### REFERENCIAS

1. Diccionario ilustrado Campano hermanos. París: Garnier Hermanos, 1897.
2. Federación Médica Venezolana. XLI Asamblea ordinaria anual. Cumaná, 7 al 12 de setiembre 1986 (Multigrafiado).
3. López Ramírez T. La auditoría médica: evaluación de la calidad de la atención médica. *Téc Hosp* 1985;32:3-4.
4. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assesment. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1980.
5. Sanazaro P. Verificación de la calidad en medicina. *Téc Hosp* 1984;31:2-4.
6. Symposium on Quality Assurance. International Federation. Joint Comission on Hospital Accreditation 1985. Orlando FL.
7. Symposium on Quality Assurance. Internacional Federation. Joint Comission on Hospital Accreditation 1987. Dinamarca. Copenhague.
8. Tinedo R. Bilsborough C, Blakengurg de Senior I. Evaluación de la atención médica. Ensayo sobre métodos utilizables en nuestro medio. III Jornadas de Hospitales. Asociación de Hospitales. Cumaná 1971.
9. Hernández O, Bellorín M, Bolaños P, Contreras M. Normas destinadas a mejorar la eficiencia y productividad de la atención médica. *Gaceta Oficial de Venezuela* N° 33.390. 15 de enero de 1986.
10. Clemente Heimerdinger A, Bracho N. Evaluación de hospitales ambulatorios. *Federación Médica Venezolana. Educación Médica Continuada* 1985;8:20-28.
11. Clemente A. Costes de un servicio de cirugía general. *Gac Méd Caracas*. 1992;100:214-217.
12. Clemente A. Financiamiento en seguridad social y salud. *Gac Méd Caracas* 1994;102:75-80.