



VOZ MEDICA

ORGANO INFORMATIVO DE LA UNION MEDICA NACIONAL

LINEAMIENTOS GENERALES PARA UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD DE SERVICIOS MEDICOS

El control es una de las principales funciones administrativas y debe ser ejercido con el objeto de asegurar que el funcionamiento de una unidad de producción, sea esta de tipo comercial, industrial o de servicios sea el óptimo, con el objetivo de lograr que el Producto llene todos los requisitos de aceptación por parte de los compradores, controladores y de la sociedad en general y que su costo sea el mínimo posible sin sacrificar la calidad.

Este concepto ha dado lugar a dos términos, muy usados hoy día en todo e mundo:

- 1.- CONTROL DE CALIDAD
- 2.- ASEGURAMIENTO DE CALIDAD

Posiblemente ambos términos reflejan solamente dos aspectos de los mismo, ya que el primero contempla al segundo como su principal objetivo, aunque metodológicamente sean algo diferentes.

En los servicios médicos se tiene noticia de sistemas de control de calidad que datan de los tiempos prehistóricos, quizá un poco drásticos y, como todo lo de esa época, con un carácter fundamentalmente punitivo, pero reflejando el interés de la profesión por ofrecer un servicio de alta calidad y el de los mandatarios por castigar a quienes no se adaptaban a esa norma. En el código de Hammurabi y en el papiro de Edwin Smith, encontramos enlistados los castigos que se aplicaban a los médicos si sus pacientes morían o tenían consecuencias inesperadas de sus tratamientos. En la antigua Grecia las consecuencias para el médico que actuaba indebidamente se limitaban a la esfera ética y de prestigio, sin embargo en otras civilizaciones, como la persa o la babilonia por ejemplo, se practicaba a los médicos mutilaciones similares a las que ellos infringían a sus pacientes como consecuencia del fracaso de sus cuidados.

Algo similar a esto ha persistido en la mente de los seres humanos a lo largo de los siglos, manteniéndose algún grado de control, por parte de las autoridades civiles o de los rectores de los gremios profesionales, sobre la calidad de servicio, aunque siempre tuvo un interés exclusivo en la calidad de producto terminado sin entrar a considerar los otros dos aspectos fundamentales a saber: productividad y costo.

Los escasos 130 años transcurridos desde que William Norton y Horace Wells, dentistas de Massachussets y Connecticut respectivamente, asombraron al mundo científico con la primera narcosis con eter sulfúrico y óxido nitroso y, aún más, los 100 que han pasado desde los grandes descubrimientos de Louis Pasteur, Semelweiss y Lister, que permitieron la práctica aséptica y segura de intervenciones quirúrgicas mayores y el siglo y tercio que ha presenciado grandes avances en las ciencias básicas de la medicina y el desarrollo de técnicas "milagrosas" dirigidas a la curación de casi todas las enfermedades, ha sido testigo de una explosión tecnológica tan increíble y fuera de precedentes, que ha causado vértigo a la sociedad impidiéndole valorar y sopesar la verdadera utilidad de cada una de las nuevas tecnologías, que se suceden unas a otras a un ritmo demasiado acelerado para poder ejercer ningún control sobre ellas. Ni siquiera los médicos que se dedican a tiempo completo al estudio y práctica de la profesión, pueden mantenerse al día con el avance de la tecnología.

Esa situación tuvo consecuencias muy serias:

Se creó, en la mente de todos, la idea de que el avance tecnológico y la calidad de servicio, son directamente proporcionales. Esta idea desencadenó en una verdadera "locura tecnológica", los hospitales, clínicas, regiones y países

comenzaron a competir por el grado de tecnificación y el público respondió a esa competencia dando preferencia a los centros "mejor equipados" y pagando verdaderos caprichos por la utilización de medios sofisticados de diagnóstico y/o tratamiento, que no siempre llenaban, ni se preocupaban por llenar, los requisitos de costo/eficacia para garantizar que el beneficio de su utilización justificase su costo. Es así como la medicina empezó a encarecerse en forma desmedida, los equipos médicos que un día eran considerados como el máximo de sofisticación pasaban a ser obsoletos en meses.

Esta última palabrita fue también sobreutilizada con el objeto de justificar inversiones millonarias. Se confundió la obsolescencia con la ineficiencia y es así como equipos que prestaban excelentes servicios y resultaban altamente "eficientes" fueron descartados y sustituidos por otros ya que se les consideraba "obsoletos" o sea que su tecnología había sido ya superada por las nuevas máquinas.

Todos estos fenómenos tuvieron su máximo desarrollo después de la segunda guerra mundial y su principal asiento en los Estados Unidos de Norte América, de donde se extendieron al resto de los países desarrollados inicialmente y luego, aunque en forma más modesta, al tercer mundo. Esta última extensión fue modesta no por falta de deseo y de interés de los médicos y otros profesionales o del público, sino por limitaciones económicas.

La otra consecuencia de ese fenómeno fue la aparición de la superespecialización como una medida necesaria para permitir que los médicos y profesionales afines pudieran, al menos, mantenerse "al día" con los avances tecnológicos y brindar a sus pacientes servicios de la más alta "calidad" posible.

En última instancia tenemos los grandes intereses financieros representados por las empresas fabricantes y comercializadoras de equipo médico como un factor de estímulo constante para el crecimiento y desarrollo de la mencionada explosión.

Pareciera derivarse de lo hasta aquí expuesto, que todas las consecuencias del avance tecnológico han sido malas y que pretendemos volver a la medicina mágica o tradicional, cargada de brujerías, temores y malos conceptos que se practicaba en los siglos anteriores. Nada más lejos de nuestro interés. Debemos reconocer que los avances tecnológicos de los últimos cien o ciento cincuenta años han causado verdaderamente una nueva era en la salud. Los índices han mejorado aún más allá de los objetivos, gran cantidad de enfermedades son hoy día previsible, otras son fácilmente diagnosticables con aparatos sofisticados y los medios de soporte artificial de la vida han llegado a permitir la conservación de ésta en situaciones verdaderamente desesperadas. Lo que debemos procurar no es luchar contra el avance tecnológico sino racionalizarlo y, para lograr este objetivo, uno de los inventos de los últimos años es nuestra principal herramienta: La Información.

Uno de los principios axiomáticos de los sistemas de control y aseguramiento de calidad es que "No puede controlarse lo que no se conoce" o sea que todo sistema de control está limitado por la calidad y cantidad de información con que se le alimenta. Es por eso que uno de los principales aspectos que debemos desarrollar, si queremos realmente asegurar que los servicios que vamos a prestar, en nuestro "Sistema de Atención Médica" sean de la mejor calidad posible y que su costo y recursos invertidos son los mínimos necesarios para asegurar esa calidad, es un excelente sistema de información con flujo de la misma bien definido y formato estandarizado, a fin de poder realizar las generalizaciones e individualizaciones necesarias.

Uno de los principios fundamentales en los que se ha de basar el Sistema de Atención Médica, es el de la "especialización Progresiva" y racional. Debe establecerse, como eje y pilar fundamental del Sistema al Médico General o Médico Familiar quien debe llenar la función de guía, consejero y protector del enfermo mientras éste se mueve a través del laberinto de los servicios médicos. Al mismo tiempo es ese médico general quien debe convertirse en "cómplice" de los organizadores y pagadores del Sistema (o sea Compañías de Seguros, Organizaciones Médicas (PPO y HMO), a fin de garantizar que, cuando se acceda a un servicio especializado, se hayan llenado todos los requisitos y brindado todos los servicios que se pueda ofrecer en forma segura y responsable, por parte del médico general. Es por eso que se considera como indispensable que ese médico general sea pagado, no con base a los servicios prestados (Honorarios por servicios -HS) sino en forma anual (Prepago total -PT). La importancia de este punto ha sido establecida por numerosos estudios entre los que destacan los de Gauss en 1975, LoGerfo en 1979 y las declaraciones del Jefe Ejecutivo de la Comisión de Pago Proyectivo de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos del gobierno de los Estados Unidos, doctor Donald Young. Todos estos autores demuestran que "el médico general, debidamente controlado, que recibe una adecuada remuneración adelantada anual o trimestral por ocuparse de resolver, solo o con el concurso de o los especialistas que requiera, todos los problemas de salud de un paciente, se convierte en el mejor controlador y asegurador de que los servicios entregados a esa persona sean, al mismo tiempo, todos y nada más que los necesarios".

Sobre la forma de pago del especialista hay varias controversias. Algunos sistemas iniciaron el sistema HMO, o sea que asignaban al médico general todos los recursos y éste debía pagar los servicios especializados que sus pacien-

tes demandaran. Esta modalidad tuvo grandes ventajas desde el punto de vista financiero pero, a pesar de que el sistema de control ejercido por los pagadores y por los mismos pacientes era bueno, se produjeron restricciones exageradas al uso de especialistas y, con ello, se puso en peligro la calidad de servicio. Desde el punto de vista administrativo este sistema es el más sencillo ya que traslada al médico toda la responsabilidad financiera. Por causa de los peligros anotados, se empezaron a crear variaciones consistentes en una adjudicación doble al médico general para cubrir sus servicios y, por aparte, los de los especialistas y hospitales y, en otros casos la creación de una cartera separada para el pago de los servicios del médico general y los de especialistas, hospitales, farmacias y laboratorios. Esta última modalidad, la que parece ser más recomendable, tiene el riesgo de que permite la sobreutilización de la referencia y la consulta con el especialista, así como la hospitalización innecesaria. Estos aspectos son de especial atención en nuestro medio en que el Seguro Social ha creado una especie de "Religión del Especialista". La gente cuando conoce a un médico lo primero que pregunta es: (¿En qué es especialista usted? y, si la respuesta es: "Soy médico general" se produce una expresión de desconfianza en el interlocutor que lo lleva a solicitar, si lo está consultando como paciente, el traslado inmediato a un "especialista competente" y, si la relación es de tipo social se produce el consejo: ¿Por qué no pide una beca y se va a especializar en algo?. Lástima tantos años que ha estudiado"). Este riesgo debe ser tomado muy en cuenta ya que puede ocasionar la quiebra del Sistema o, al menos, hacer que éste se encarezca tanto que resulte el talón de Aquiles del sistema y es donde el control de calidad debe ejercerse en forma más cuidadosa. La referencia a especialista debe estar bien reglamentada y se debe establecer un método de penalización al médico general que abusa de ella. Para esto se debe llevar un perfil de información de cada médico y cada Unidad Médica, a fin de poder establecer un estandar y, con base a en él, plantear la adjudicación de premios y la imposición de penas por sobreutilización. Naturalmente el médico general debe tener acceso a todos los recursos de tipo diagnóstico y terapéutico para poder ejercer "libremente" su profesión y de esta manera brindar un servicio de óptima calidad. Desde el punto de vista laboral el médico debe ser un "AGENTE LIBRE PROFESIONAL" sus servicios deben ser pagados, bien sea por la base de PT o de HS pero no es aceptable que se pague a un médico por horas trabajadas ya que ni el rendimiento de cada médico ni la complejidad de los diferentes actos que debe realizar son contemplados por esta modalidad salarial. Por otra parte el salario por hora, sin ningún estímulo a la calidad ni penalización al abuso, se convierte, como ha ocurrido en nuestro país, en el mayor desestímulo para el progreso y el mejoramiento de los servicios médicos. Independientemente del monto del salario, si este es igual para todos los que se encuentran en una determinada categoría y esta, como ocurre en Costa Rica, está determinada únicamente por la antigüedad de cada médico, se producirá un permanente estado de descontento y desmotivación. Dentro de los Controladores de Calidad existe un aforismo y es que se debe tener el premio en la mano derecha y el látigo en la izquierda, un poco escondido pero presente y que nada estimula más la calidad como la sana competencia por alcanzar metas, acompañadas de los respectivos premios.

Este control debe, como dije anteriormente, basarse en un excelente sistema de información y de codificación estadística. Es bien sabido que la estadística es la base fundamental de la medicina moderna en la que todo puede transformarse en tasas, porcentajes, desviaciones, incidencias, prevalencias, etc. Por esta razón en primer paso en el diseño definitivo del sistema de control, debe ser la elaboración de formularios muy adecuados para recoger la información.

En segundo lugar se debe establecer un sistema de premiación y/o penalización para el profesional a fin de que complete los documentos que envía con la codificación respectiva. Los folletos con la codificación y tarificación deben ofrecerse a los profesionales y hospitales.

En tercer término deberá instalarse una oficina de control estadístico en la que se empleen todos o algunos de los siguientes métodos de calificación y control:

- 1.- *Auditoría Médica* (programa destinado a medir la calidad de servicio ofrecida a los pacientes, por medio de comparación de ésta con estándares) Estos tendrán que ser inicialmente internacionales, posteriormente podremos establecer estándares locales, basados en la revisión. Por esta razón la revisión de nuestra propia clínica tiene que ser menos exigente al principio.
- 2.- *Comité de Tejidos* (Sistema de revisión de todas las piezas extraídas por operaciones y de todas las muestras sacadas para estudio) Este sistema tiene el inconveniente de que evalúa solamente procedimientos quirúrgicos y, entre ellos, solamente los que conllevan extracción de un tejido u órgano. No valora las indicaciones ni si los requisitos para operación fueron completados.
- 3.- *Revisión por compañeros* (Peer Review System o PRV) Este es un excelente sistema en que un expediente de un paciente, escogido al azar por un medio de muestreo estadístico, es sometido en forma anónima (eliminando tanto el nombre del médico como el del paciente) a evaluación por otro o preferiblemente otros médicos generales, de la misma especialidad o especializados en evaluación. Los médicos revisores deberán llenar una fórmula pre-elaborada acerca de la adecuación de cada una de las partes del expediente.

4.- Estudios de Utilización.

Estos se emplearon mucho en las décadas de los 60 70 y consisten en una revisión exhaustiva, realizada por médicos u otros profesionales (generalmente enfermeras) especializados en evaluación, de cada expediente clínico con el objeto de determinar si los recursos utilizados en cada caso tenían justificación. El defecto de este procedimiento es su alto costo con relativamente pocos resultados. Este sistema tuvo la ventaja de permitir formar una amplia base de datos sobre utilización de recursos por diagnóstico, que permitió realizar, en la Universidad de Yale, entre los años 1970 y 1982 un programa que se ha llamado DRG o Grupos Relacionados al Diagnóstico. Este programa se basa en la agrupación de los casos de acuerdo a la dificultad técnica que presentan, así como al consumo de recursos. Se han agrupado todas las patologías en 473 grupos y 23 categorías diagnósticas mayores (MDC), otorgando a cada uno de ellos un peso relativo que, multiplicado por un factor que cada región, país o sistema determina, produce un determinado valor monetario que refleja la cantidad máxima que se debe adjudicar a cada caso. Además del diagnóstico, el sistema DRG toma en cuenta la presencia de Complicaciones y Comorbilidades (CC) que se refiere a diagnósticos secundarios que aparecen como consecuencia del diagnóstico primario o que se encontraban presentes al iniciar el tratamiento o internamiento y que aumentan la utilización de recursos humanos, materiales y/o tecnológicos. El peso relativo de cada grupo puede bien aplicarse a los honorarios de los médicos, con un factor de conversión específico, o a los gastos hospitalarios, con un factor diferente. Consideramos que este sistema, junto con una revisión por compañeros, es el óptimo para controlar los servicios dentro de los sistemas de Servicios Médicos. Podría eventualmente utilizarse, en forma controlada, un sistema de segunda opinión quirúrgica, en éste los pacientes que van a ser sometidos a cirugía electiva son enviados donde cirujanos diferentes de los tratantes. Estos cirujanos consultantes evalúan la necesidad de la operación, su opinión tiene carácter de recomendación y, en todo caso, son el médico tratante y el paciente quienes toman la decisión final. Sin embargo la opinión del consultante tiene mucho peso sobre todo ante la aparición de complicaciones o resultados inadecuados. Naturalmente que los DRG fueron diseñados para Estados Unidos y Canadá y su aplicación a nuestra población tiene que ser limitada, sin embargo están hechos con una base científica muy fuerte y pueden servir como un comienzo para que, después de recolectada y procesada nuestra propia información, se logre un sistema más acorde con la idiosincrasia y necesidades de la población costarricense.

Dr. Manuel Piza Escalante