

## Medir para curar. Un aporte a la mejora de la calidad asistencial centrada en el paciente

*Measuring to Heal: A Contribution to the Improvement of Patient-Centered Quality of Care*

*“Lo que no se define, no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”*

**Lord Kelvin**

*“Lo que no se mide, no se puede gestionar”.*

**Peter Drucker**

Tres cardiólogos del mundo imaginario, los llamaré Sergio Nonrich, Mirza Ten y Mario Halcón, debaten acerca del futuro de la salud cardiovascular en la Argentina. Se preguntan por qué los temas referentes al sistema de salud, a excepción de aquellos vinculados con la situación económica del médico, no generan el mismo interés que muchos de los aspectos estrictamente referidos al tratamiento individual de los diferentes síndromes clínicos. En este sentido, se plantean cómo visibilizar las oportunidades de mejora de los procesos médicos teniendo como centro al paciente a través de una metodología adecuada y sujeta a la posibilidad de una evaluación externa. No sería solo una herramienta de gestión sino también un derecho del paciente a recibir atención segura acorde a los índices de calidad que reflejen no sólo las expectativas técnicas sino también las humanas.

Desde el punto de vista del sistema sanitario, disponer de indicadores de calidad es fundamental para poder establecer la situación actual de diferentes patologías cardiovasculares prevalentes. En este sentido y a modo de ejemplo, la “Encuesta nacional de infarto agudo de miocardio” aportó información acerca del estado de la reperusión del infarto con supradesnivel del segmento ST. Sus resultados nos muestran las demoras al tratamiento y los diferentes puntos a corregir. Sugieren “la necesidad de instrumentar programas de educación médica, políticas sanitarias coadyuvantes, considerar las características regionales y el costo/beneficio en terreno de las estrategias de reperusión, las cuales podrían colaborar en acortar los tiempos a

la reperusión, tanto para los trombolíticos como para la angioplastia primaria”. (1)

En este sentido, la Sociedad Argentina de Cardiología iniciará un camino con el objetivo de definir distintos indicadores de calidad que permitan evaluar y perfeccionar la atención médica, con un enfoque particular en las enfermedades cardiovasculares y fundamentalmente con una mirada centrada en el paciente. Medir para curar probablemente sea un título ambicioso desde la realidad sanitaria nacional y desde la permanente búsqueda de excusas burocráticas del sistema. Por otra parte, nos preguntamos dónde está la capacidad de decisión del paciente cuando tiene que aceptar que se lo trate en un centro asistencial con alta morbilidad. Este aspecto no es solo una mirada técnica de la cuantificación de los procesos y sus resultados. Es una mirada humana de cuidado amoroso del paciente como centro y de no complicidad con las deficiencias del sistema. Estamos ante un tema humano y social y no sólo ante aspectos médicos y técnicos. Mientras aguardamos la toma de decisiones de las autoridades sanitarias pertinentes, podríamos empezar a diseñar un sistema de medición de los resultados de los servicios de cardiología con el objetivo de evidenciar las fortalezas y debilidades de la atención sanitaria cardiovascular siguiendo el modelo de otras sociedades internacionales. (2-5)

La Sociedad Europea de Cardiología propone un método estructurado de cuatro pasos que incluye la definición de poblaciones objetivo y la validación de datos para garantizar que las métricas sean científicamente sólidas y factibles. (6) Los textos subrayan la importancia de utilizar estos datos para la mejora del rendimiento clínico y la transparencia, permitiendo comparar los resultados entre diferentes centros de salud. El éxito de estos sistemas depende de una colaboración multidisciplinaria que incluya a profesionales médicos, gestores y representantes de los pacientes.



La cuantificación de la calidad en la prestación de servicios de salud se ha convertido en una herramienta indispensable para identificar brechas en la atención y promover la mejora continua. Existe un reconocimiento creciente que postula que para optimizar los resultados clínicos es necesario contar con instrumentos que permitan evaluar y comparar el desempeño de los proveedores de salud. Medir la calidad no es un fin en sí mismo, sino un medio para cerrar la “brecha entre la evidencia y la práctica”, asegurando que los tratamientos respaldados por la ciencia se traduzcan de manera efectiva en la práctica clínica diaria. (7)

En este aspecto es importante conocer los resultados por centro y no solo por región o país. A modo de ejemplo, en el metaanálisis de los resultados del implante percutáneo aórtico en América del Sur, Boissonnet y cols. describen una marcada variabilidad en términos de éxito procedimental, requerimiento de marcapasos permanente y presencia de insuficiencia aórtica residual significativa. Estos hallazgos establecen una base analítica sobre el desempeño de la técnica, funcionando como un catalizador para futuras iniciativas de optimización clínica. (8)

### LA IMPORTANCIA DE MEDIR LA CALIDAD PARA MEJORAR

La medición y el reporte público de los procesos y resultados de la atención son catalizadores fundamentales para las iniciativas de mejora de la calidad. La cuantificación del desempeño permite: (9)

1. Estimular la medicina basada en la evidencia: los indicadores de calidad sirven como mecanismos para fomentar la entrega de una atención alineada con las guías de práctica clínica.
2. Facilitar el *benchmarking*: la comparación entre prestadores motiva el aprendizaje y la adopción de mejores prácticas
3. Identificar disparidades y variaciones: se ha documentado una variación sustancial en la prestación de cuidados, lo que se refleja en resultados desiguales entre regiones y centros. La medición sistemática ayuda a visibilizar estas disparidades para intervenir sobre ellas.
4. Rendición de cuentas y transparencia: el uso de indicadores interesa a múltiples partes interesadas, incluyendo autoridades sanitarias, pagadores y el público, facilitando programas de pago por desempeño y una mayor transparencia.
5. Mejorar el pronóstico de los pacientes: la implementación de medidas estructurales y de proceso se ha asociado directamente con reducción en la mortalidad y mejores resultados en condiciones críticas, como el infarto agudo de miocardio.

Sin embargo, la medición por sí sola no mejora la calidad; debe verse como una herramienta dentro de una estrategia de mejora más amplia que incluya ciclos de aprendizaje y adaptación.

Para que los indicadores sean útiles, deben desarrollarse siguiendo un proceso estructurado que garantice su validez científica y su aplicabilidad práctica: (10, 11)

1. Identificación de los dominios claves de la atención
 

El primer paso consiste en construir un marco conceptual que articule las dimensiones de medición. Se recomienda el modelo de Donabedian, que clasifica los indicadores en tres tipos: (12)

  - Estructurales: Describen aspectos organizativos como instalaciones, recursos humanos y protocolos disponibles.
  - De proceso: Capturan las acciones realizadas por los prestadores o pacientes, como la adherencia a terapias recomendadas.
  - De resultado: Conciernen a los efectos de la atención en la salud y bienestar de los pacientes, incluyendo la mortalidad y medidas de resultados reportados por los pacientes (PROMs).
2. Construcción de indicadores candidatos. Se realiza mediante una revisión sistemática de la literatura y guías de práctica clínica existentes para identificar brechas en la atención donde haya margen de mejora. (13)
3. Selección del conjunto final de indicadores. Para asegurar la aceptación y confiabilidad de los índices, se debe obtener el consenso de expertos y partes interesadas (clínicos, investigadores, gestores y representantes de pacientes). (14, 15)
4. Evaluación de la factibilidad Un indicador solo es valioso si puede implementarse con un esfuerzo y costo razonables. (16)

### CRITERIOS DE CALIDAD PARA LOS INDICADORES SELECCIONADOS

Para que un índice sea considerado robusto, debe cumplir con los siguientes atributos: (15)

- Importancia: debe reflejar un área clínica con alta carga de enfermedad o disparidades en la atención.
- Validez: debe medir correctamente lo que se pretende y distinguir entre cuidados de buena y mala calidad.
- Confiabilidad: debe ser reproducible y producir resultados consistentes cuando es extraído por diferentes personas.
- Accionabilidad: los resultados deben ser interpretables por los prestadores de salud y los profesionales para que puedan tomar medidas correctivas.
- “Menos es más”: priorizar un número limitado de indicadores robustos evita el cansancio por medición y asegura un enfoque claro en las prioridades de mejora.

### CONCLUSIÓN

La medición sistemática de la calidad es el primer paso esencial hacia un sistema de salud de alto desempeño. Al emplear metodologías rigurosas y transparentes

para construir indicadores que sean tanto científicamente válidos como factibles en la práctica, las organizaciones de salud pueden identificar brechas críticas, reducir la variabilidad injustificada y, en última instancia, mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. La Sociedad Argentina de Cardiología iniciará el camino para definir un mínimo de indicadores que puedan ser una contribución real. La clave reside en seleccionar “pocos pero buenos” indicadores, esperando que cada medida sea un motor real para el cambio positivo y no simplemente una carga administrativa.

**Sergio Juan Baratta**<sup>MTSAC</sup> 

Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología

## BIBLIOGRAFÍA

- Gagliardi JA, Charask A, Perna E, D'Imperio H, Bono J, Castillo Costa y, y cols. Encuesta nacional de infarto agudo de miocardio con elevación del ST en la República Argentina (ARGEN-IAM-ST). *Rev Argent Cardiol* 2016;84:548-57. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v84.i6.9508>
- González-Juanatey JR, Virgós Lamela A, García-Acuña JM, Pais Iglesias B. Gestión clínica en el área cardiovascular. Medir para mejorar. *Rev Esp Cardiol* 2021;74:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.05.032>
- Campbell N, Ordunez P, Jaffe MG, Orias M, DiPette DJ, Patel P, et al. Implementing standardized performance indicators to improve hypertension control at both the population and healthcare organization levels. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2017;19:456-61. <https://doi.org/10.1111/jch.12980>
- Spertus JA, Eagle KA, Krumholz HM, Mitchell KR, Normand SL; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Performance Measures. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *Circulation* 2005;111:1703-12. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000157096.95223.D7>
- Bam K, Olaiya MT, Cadilhac DA, Redfern J, Nelson MR, Sanders LM, et al. Quality indicators for the primary prevention of cardiovascular disease in primary care: A systematic review. *PLoS One* 2024;19:e0312137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312137>
- Aktaa S, Batra G, Wallentin L, Baigent C, Erlinge D, James S, et al. European Society of Cardiology methodology for the development of quality indicators for the quantification of cardiovascular care and outcomes. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2022;8:4-13. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcaa069>
- Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet* 2004;363:1061-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)15843-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15843-1)
- Boissonnet CP, Giorgi MA, Carosella L, Brescacin C, Pissinis J, Guetta JN. Clinical outcomes after transcatheter aortic valve replacement in South America: A centre-level systematic review and meta-analysis of observational data. *J Eval Clin Pract* 2021;27:785-98. <https://doi.org/10.1111/jep.13469>
- Randell R, Alvarado N, McVey L, Greenhalgh J, West RM, Farrin A et al. How, in what contexts, and why do quality dashboards lead to improvements in care quality in acute hospitals? Protocol for a realist feasibility evaluation. *BMJ Open* 2020;10:e033208. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033208>
- Krumholz HM, Normand S-LT, Spertus JA, Shahian DM, Bradley EH. Measuring performance for treating heart attacks and heart failure: the case for outcomes measurement. *Health Aff* 2007;26:75-85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.1.75>
- Thompson DR, Yu C-M. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: assessment tools. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:42. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-42>
- Yang, Jinrong, Liu, Fan, Yang, Chunxia, Wei, Jingyi, Ma, Yonghong, Xu, Lisheng, Xie, Jingying, Wang, Jingjun, Application of Donabedian Three-Dimensional Model in Outpatient Care Quality: A Scoping Review, *Journal of Nursing Management*, 2025, 6893336, 15 pages, 2025. <https://doi.org/10.1155/jonm/6893336>
- Normand S-LT, McNeil BJ, Peterson LE, Palmer RH. Eliciting expert opinion using the Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *Int J Qual Health Care* 1998;10:247-60. <https://doi.org/10.1093/intqhc/10.3.247>
- Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376>
- Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:966-70. <https://doi.org/10.1056/NEJM199609263351311>
- Spertus JA, Eagle KA, Krumholz HM, Mitchell KR, Normand S-LT. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *Circulation* 2005;111:1703-12. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000157096.95223.D7>