

Calidad: Una carrera sin fin



Nilda González, HIA, CHC, MHP, HCSA

Vicepresidenta de Calidad y Operaciones Cinco Estrellas
MMM Healthcare, LLC

Hace poco, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) informaron sobre las métricas de calidad que se utilizarán como base para el desarrollo de métodos de evaluación, mientras se continúa promoviendo un escenario de pago por desempeño. Estas medidas suelen ser desarrolladas por otras entidades, como el Comité Nacional para Garantía de Calidad (NCQA) y la Alianza de Calidad en Farmacia (PQA). CMS selecciona entre esas medidas las relacionadas con condiciones de salud que requieren mejorarse por su impacto en la calidad de vida o en los costos relacionados con su manejo.

Estas medidas suelen priorizar diabetes, condiciones cardiovasculares, respiratorias y de salud mental. En general, hay una tendencia a desarrollar métricas con enfoque preventivo o que impliquen adherencia a terapia para condiciones crónicas. Otras áreas de interés incluyen el manejo intrahospitalario para garantizar una mejor transición de cuidado y para evitar admisiones por causas que pueden controlarse a nivel ambulatorio, así como la seguridad del paciente, en particular el control y la vigilancia de opiáceos.

A continuación, están algunas nuevas medidas que han ganado el interés de las agencias reguladoras:

- Transición de cuidado: promueve la comunicación proactiva para anunciar al proveedor cuando un paciente ha sido admitido o dado de alta, con la expectativa de que ocurra una intervención temprana por parte del médico primario, incluyendo la reconciliación de medicamentos;
- Seguimiento luego de la visita a sala de emergencias: busca que, en pacientes con múltiples condiciones crónicas, haya una intervención del médico de cabecera luego de una visita a la sala de emergencias;
- Sobreutilización de opiáceos: monitorea el despacho

- de sustancias de esta categoría en altas dosis o por varios proveedores para detectar una utilización riesgosa; y
- Evaluación de depresión y seguimiento: trata de descartar depresión de forma estandarizada y –de acuerdo con los resultados– dar un seguimiento adecuado por profesionales de la salud.

Estas medidas tendrán relevancia indistintamente del tipo de plan Medicare. Es importante comprender la naturaleza de estas métricas, internalizar su razón clínica y asimilar sus requerimientos para garantizar su cumplimiento. Para esto, podemos considerar:

1. Saber a quién aplican la medida, los diagnósticos o las características demográficas de los elegibles;
2. Conocer las exclusiones asociadas a una medida y los diagnósticos o procedimientos excluyentes;
3. Familiarizarnos con los elementos requeridos para cumplir con la medida (códigos de diagnóstico o procedimiento) y considerar la documentación para cada procedimiento, y así, en caso de auditoría, poder confirmar la evidencia para codificar;
4. Confirmar las herramientas disponibles para validar una intervención, el manejo y la documentación, y para verificar si la aseguradora del paciente provee guías para tener acceso a esta información y si están disponibles de manera electrónica o móvil; y
5. Indagar sobre las formas de monitorear el progreso del paciente, tanto en el cuidado preventivo como en las intervenciones críticas (guías de las aseguradoras o el récord médico electrónico).

Lograr la mayor calidad de cuidado es la búsqueda continua para mejorar la salud de los pacientes. En la medida en que haya nuevos mecanismos de intervención con mejores resultados, habrá nuevas medidas de calidad, y se avanzará en una carrera que no termina. **G**