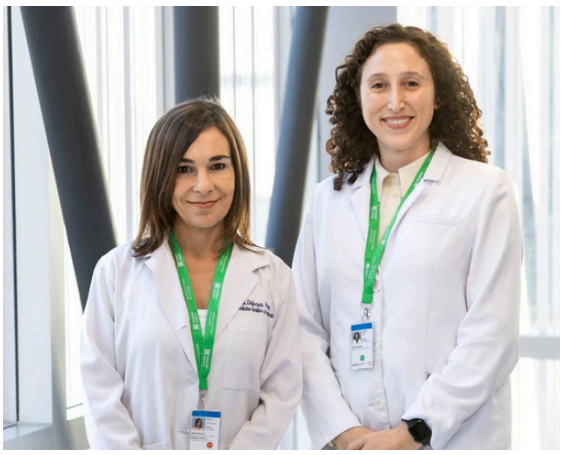
Entrevista a María Dolores Arceo* y Paula Riganti**

Medir para mejorar: calidad asistencial y desarrollo profesional en medicina familiar



*Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Doctora en Ciencias de la Salud (UHIBA). Jefa del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Mail: dolores.arceo@hospitalitaliano.org.ar

**Médica (UBA). Especialista en Medicina Familiar. Magíster en Educación Médica (Universidad de Cardiff). Médica asociada. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Mail: paula.riganti@hospitalitaliano.org.ar

MFGR. Hoy tenemos el privilegio de conversar con ellas, nada más y nada menos que la Jefa actual y la Coordinadora del Área de Prácticas Pertinentes y Mejora Continua de la Atención del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ante todo, muchas gracias por su valioso tiempo y por aceptar la invitación. En esta entrevista, nos acompañan para contarnos en qué consiste el Programa de Calidad Asistencial, y cómo se articula con la Formación Profesional Continua (de los/as médicos/as que forman parte).

MDA. Un placer para nosotros poder compartir nuestra experiencia extramuro para otros colegas a quienes pueda resultarles útil o replicable en sus respectivos ámbitos laborales. Nuestro Programa de Calidad cuenta con dos grandes ejes. Por un lado, las prácticas asistenciales (que tiene que ver con los datos relacionados al paciente) y, por otro lado, con la formación académica y el desarrollo profesional continuo (que tiene que ver con los/as médicos/as propiamente dichos). Sin embargo, ambos se integran a través de indicadores que nos permiten monitorear la evolución del desempeño y, al mismo tiempo, ofrecer incentivos económicos en base a los resultados.

En el componente académico evaluamos la participación en actividades docentes como talleres o ateneos clínicos. Además en el servicio una vez por semana se realizan grupos de discusión de pacientes los cuales cada participante puede contar sus dudas. El diseño de las actividades académicas se realiza por ejes temáticos, eso nos permite otorgar un bono extra a quienes deciden focalizar su formación en un eje temático anual, ya que consideramos que la profundización en un área específica aporta mayor valor que la dispersión en múltiples temas aislados.

Autora para correspondencia: María Florencia Grande Ratti, maria.grande@hospitalitaliano.org.ar

Cómo citar: Grande Ratti MF. Entrevista a María Dolores Arceo y Paula Riganti: medir para mejorar: calidad asistencial y desarrollo profesional en medicina familiar. Arch Med Fam Gen. 2026 Nov;23(3):38-44.

En cuanto al desarrollo profesional continuo, incorporamos recientemente un sistema de créditos voluntarios que reconoce actividades realizadas dentro del Servicio que contribuyen al crecimiento profesional, aunque no estén estrictamente vinculadas a la asistencia de eventos académicos.

MFGR. ¡Qué interesante! Te interrumpo para preguntarte un poco más de detalle sobre ¿cómo se evalúan estas prácticas asistenciales dentro del programa?.

PR. Evaluamos las llamadas "prácticas distintivas", que buscan reforzar el perfil del médico/a de familia. Incluyen atención en salud infantil, salud de la mujer, salud del adulto mayor, problemas osteomioarticulares, salud mental y abordajes psicosociales. El año pasado, también incorporamos el contacto al paciente internado, para fomentar el aspecto relacional de la continuidad del cuidado (que el paciente vea a un mismo profesional a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos, ya sea ambulatorio como internación). A su vez, contamos con otros indicadores de continuidad del cuidado y accesibilidad. Por ejemplo, la continuidad se mide mediante el índice CoC (por sus siglas en inglés de Continuity of Care), que varía entre 0 y 1, especialmente valorada por los pacientes con enfermedades crónicas para la atención primaria [1].

MFGR. Esto último que mencionas, es algo que habitualmente no enseñan, sino que más bien "se aprende haciendo". Todos/as sabemos que desarrollo y sostenimiento indicadores exige trabajo en equipo y un esfuerzo unificado, entendiendo que dicha evaluación requiere recurso humano con tiempo protegido para realizar esa tarea. Y también que necesitamos de la colaboración de otros actores, porque en tu caso necesitas articular con datos hospitalarios que te provee el Departamento de Informática en Salud. Entonces me pregunto varias cuestiones relacionadas a la recolección y al análisis de los datos: ¿quién/es se ocupan de las mediciones? ¿con qué periodicidad miden?, y ¿qué desafíos pendientes tienen por resolver?.



MDA. Indudablemente. Es fundamental que nosotros lo visualizamos como una inversión estratégica —y no un costo—. Las mediciones forman parte de una decisión política de la Jefatura del Servicio, que definió a la calidad y la formación profesional continua como ejes estratégicos, alineados con el marco estratégico de la dirección hospitalaria. La implementación y el seguimiento se realizan desde el Programa de Calidad en articulación con Bioestadística e Informática. Contamos con recursos humanos y tiempo asignado específicamente para poder cumplir con esta tarea en tiempo y forma, cuya función es rentada. En realidad, operativamente contamos con un fondo que destinamos para un premio anual, que se traduce en un bono financiero y funciona como incentivo económico para fomentar la adherencia a la formación continua y a los estándares definidos por el Servicio.

Medimos sistemáticamente con periodicidad anual. Estas mediciones nos permiten comparar internamente tendencias de los últimos años, analizar metas alcanzadas y las que no (que demandan reflexión y estrategia), y revisar aquellos indicadores que requieren reformulación. En este sentido, todos los años existen indicadores preexistentes que se sostienen, otros nuevos que se incorporan, y algunos que quizás se eliminan, porque un modelo solamente aditivo resulta en sobrecarga, en sobreinformación, y en desgaste.

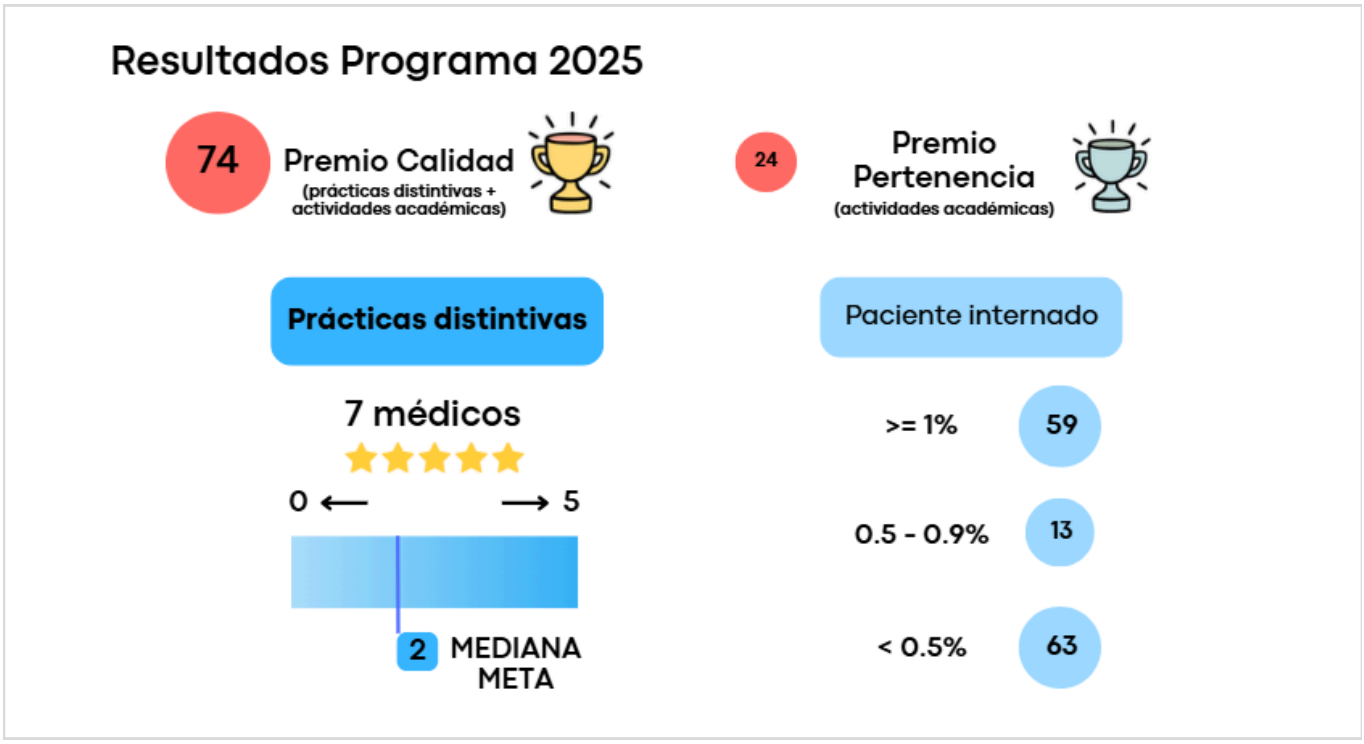
En cuanto a los desafíos, el principal pendiente es seguir definiendo qué tipo de médico/a queremos formar y cómo construir el andamiaje adecuado para lograrlo, de manera cíclica. Esto implica revisar permanentemente si los indicadores realmente reflejan valor en la atención o si solo funcionan como aproximaciones. Sabemos que algunos no capturan completamente la calidad del proceso asistencial, pero constituyen un punto de partida mejor que la ausencia de medición. El reto actual es avanzar hacia métricas más pertinentes y significativas, sin generar sobrecarga innecesaria, y sostener la coherencia entre las prioridades estratégicas del Servicio y los instrumentos de evaluación.

MFGR. Me parece un gran ejemplo, y el largo recorrido con vasta experiencia me resulta interesante para replicar en otras instituciones. Muchas gracias por compartirnos esta información tan valiosa. Me pregunto, ¿cómo es que deciden establecer las metas de los indicadores?.

PR. Muchas son basadas en bibliografía. Sin embargo, en los casos en que se introduce un indicador nuevo, las metas suelen ser inicialmente menos exigentes (la vara está más baja de lo deseado tal vez, al menos inicialmente, por una cuestión de factibilidad y realidad), contemplando que todo cambio —especialmente en las prácticas de registro— requiere un proceso de adaptación cultural, y que toda implementación conlleva tiempo. Alineado con la pregunta anterior, nos encontramos actualmente explorando modalidades/herramientas digitales alternativas al autorreporte (ej. GoogleForm), apelando un poco a la creatividad para generar sistemas de registro que faciliten una recolección que no sobrecarguen innecesariamente a los/as médicos/as [2]. La carga administrativa en atención primaria y los registros deficientes no es un problema solamente interior, sino mundial [3].

MFGR. En la última evaluación: ¿Cuáles fueron los principales resultados que obtuvieron?

MDA. De los 165 médicos/as que participaron, 74 accedieron al “premio de calidad”, que requería cumplir dos de cinco prácticas distintivas, contactar al menos al 1% de los pacientes de su cápita durante internación y alcanzar determinados créditos académicos. Además, 24 profesionales obtuvieron el “premio pertenencia”, destinado a quienes no alcanzaron todos los criterios pero sí lograron acumular al menos 55 créditos académicos. Un dato interesante es que siete médicos cumplieron cinco de cinco prácticas distintivas. En general, la mediana fue de dos sobre cinco, alineada con la meta propuesta.



MFGR. Me interesa esto del contacto con pacientes internados como un indicador nuevo, ya que con la complejidad con la que ocurren las cosas en salud, debe ser difícil de lograrlo. Por ejemplo, la institución es una red integrada de atención sanitaria (conformada por 2 hospitales y 16 centros periféricos), un/a médico/a puede atender exclusivamente en un centro y su concurrencia al hospital dificultarse, para que el/la médico/a se entere que un paciente está hospitalizado tiene que monitorear activamente (no es que le llega una alerta que le da aviso), las internaciones pueden ser breves (mediana de 3 días). ¿Qué resultados observaron?

PR. Sí, fue una incorporación reciente. Inicialmente fijamos una meta baja (1% de la cápita) porque sabíamos que implicaba un cambio cultural, especialmente en el registro en historia clínica. Observamos que 59 médicos superaron ese 1%, 13 estuvieron entre 0,5% y 0,9%, y 63 por debajo de 0,5%. A fin de año evaluamos este indicador mediante entrevistas a médicos y pacientes, donde se evidenció su importancia en la calidad de atención. En base al análisis estadístico, decidimos que a futuro se calculará sobre el total de pacientes efectivamente internados de cada médico, lo que será más representativo que usar la cápita total. La meta consistirá en contactar al 10% de pacientes internados bajo la cápita del médico. Esta meta contempla que la mayoría de las internaciones son breves, y también da flexibilidad a los médicos para seleccionar qué pacientes necesitan más ese contacto. El médico no recibe un aviso pero cada vez que entra a la historia clínica puede ver el listado de los pacientes de su cápita internados en la página de inicio.

MFGR. Todos los sistemas sanitarios modernos están inundados de datos, pero solo recientemente hemos podido recopilarlos, ponerlos en práctica y convertirlos en información útil para tomar decisiones más inteligentes y oportunas que en el pasado [4]. En este sentido, ¿cómo evolucionaron las prácticas distintivas en los últimos años?.

PR. Comparando 2022, 2023 y 2024, observamos tendencias interesantes. La atención en salud de la mujer y salud mental mostró un aumento sostenido. La atención infantil se mantuvo estable. En el caso del adulto mayor, hubo un pico atípico en 2024

que atribuimos a un problema de registro. Esto evidencia uno de nuestros principales desafíos: muchas métricas dependen directamente de cómo se documenta la consulta. También detectamos que algunas prácticas, como el abordaje miofascial, tienden a concentrarse en un grupo estable de profesionales que las realizan habitualmente. Estamos revisando esos indicadores para hacerlos más inclusivos y representativos del manejo integral del problema, más allá de procedimientos específicos.

MFGR. El programa ya tiene más de veinte años de historia funcionando. ¿Cómo fue evolucionando a lo largo del tiempo? y ¿qué lecciones aprendidas tienen para transmitirnos?.

MDA. Se inició en 2005 en un contexto de baja participación en actividades académicas. Originalmente estaba centrado en indicadores clínicos clásicos basados en paquetes internacionales como el HEDIS®, un conjunto estandarizado de medidas de calidad y eficacia de la atención médica [5]. En su formulación inicial, el programa se orientaba a la medición de resultados clínicos individuales, focalizándose en indicadores biomédicos específicos por paciente. En ese marco, se evaluaban, por ejemplo, el porcentaje de personas con diabetes que alcanzaban metas de hemoglobina glicosilada o el cumplimiento de objetivos en el perfil lipídico.

Con el tiempo advertimos que medir resultados aislados por patología resultaba reduccionista para la práctica de la medicina familiar. En 2015 dejamos de medir esos indicadores lineales y pasamos a prácticas distintivas, buscando fortalecer el perfil profesional y la integralidad. En 2021 incorporamos formalmente el desarrollo profesional continuo. Ahora, el desafío para 2026 es aún mayor: medir no solo cantidad de prácticas, sino valor, pertinencia y calidad [6]. El médico de familia tiene un papel especialmente relevante en la prevención, detección y desimplementación de las prácticas de bajo valor y las principales iniciativas para revertirlas [7–9], debido a su naturaleza coordinadora e integradora en la atención, y porque la mayoría de las demandas de los ciudadanos se gestionan y resuelven en el primer nivel de atención [9].

MFGR. La calidad de vida relacionada con la salud es la variable de resultado de salud percibida que ha recibido mayor interés y atención las últimas décadas [10]. No obstante, la paradoja radica en las barreras para obtener, registrar y utilizar esos datos, que se traduce en barreras de implementación. Las medidas de resultados reportadas por el paciente (PROMs) y las medidas de experiencia reportadas por el paciente (PREMs) se están convirtiendo en componentes esenciales de un sistema de salud en aprendizaje, y su uso constituye un enfoque prometedor para una atención médica basada en el valor [11]. ¿Cuáles son hoy para ustedes los principales desafíos?.

PR. Son varios.
Primero, cómo medir lo que realmente aporta valor. No alcanza con contar cuántos Papanicolau se realizan; necesitamos saber si se hicieron con indicación adecuada y en el intervalo correcto. Pensar en resultados centrados en el paciente no sólo es una línea pendiente sino una agenda actualmente abierta. Se decidió reemplazar el constructo de “satisfacción” —que sistemáticamente arrojaba valores elevados, probablemente influido por el hecho de que el médico de cabecera es una elección del propio pacient— por una evaluación centrada en la experiencia del paciente, incorporando dimensiones más específicas y desagregadas que permiten un análisis más fino y discriminativo de los distintos componentes del proceso asistencial.

Segundo, cómo incorporar dimensiones como la toma de decisiones compartidas o el enfoque centrado en la persona. Hoy solo podríamos medirlo por autorreporte o encuestas de experiencia del paciente, que suelen tener “efecto techo”.

Tercero, cómo evitar la sobrecarga administrativa. Registrar es necesario, pero

cargar fichas adicionales puede agotar a los equipos. Estamos explorando alternativas e incluso posibilidades de análisis automatizado de evoluciones clínicas. Tal vez, la evolución de la inteligencia artificial ha llegado a allanarnos el camino y facilitarnos esta tarea.
Finalmente, cómo vincular estos indicadores con resultados en salud poblacional. Sabemos que la continuidad y la longitudinalidad mejoran los desenlaces, pero demostrarlo con datos propios requiere desarrollos estadísticos complejos y recursos específicos.

MFGR. ¿El programa ha demostrado impacto en la práctica?

MDA. Sí, en algunos aspectos. Aumentó claramente la participación en actividades académicas y fortaleció la comunidad profesional. También se incrementó la atención en salud infantil y de la mujer desde 2015. Sin embargo, aún no podemos afirmar con datos robustos que el programa haya impactado en resultados duros como mortalidad o reducción de internaciones. Ese es un objetivo ambicioso, y pendiente para el largo plazo.

MFGR. Para cerrar, ¿cómo definiría el espíritu del Programa de Calidad?

PR. Estamos convencidas de su utilidad, que busca incentivar y no penalizar. Se trata de acompañar el perfil profesional que queremos desarrollar, reforzar la identidad de la medicina familiar y generar un andamiaje académico coherente con ese objetivo. Medir calidad en atención primaria es complejo. La sumatoria de indicadores no necesariamente refleja cómo le va a la persona. Por eso seguimos revisando, ajustando y aprendiendo. El desafío no es solo medir más, sino medir mejor.

MFGR. Nuevamente, les agradezco profundamente su claridad conceptual y la generosidad al compartir la evolución, los logros y los desafíos del Programa de Calidad. Honestamente es una experiencia que sin duda aporta insumos valiosos para seguir pensando la mejora continua en Medicina Familiar y General, y replicable también para otras especialidades.

Referencias

1. Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity of care for patients with chronic disease: a registry-based observational study from Norway. Fam Pract 2022 Jul 19;39(4):570–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmab107
2. Brown JB, Thorpe C, Bal S, George C, Jan SH, Mathews M, et al. Burden of administrative responsibilities in primary care: Qualitative study. Can Fam Physician 2025 Jun;71(6):e148–53. Available from: http://dx.doi.org/10.46747/cfp.7106e148
3. Storseth O, McNeil K, Grudniewicz A, Correia RH, Gallant F, Thelen R, et al. Administrative burden in primary care: Critical review. Can Fam Physician 2025 Jun;71(6):417–23. Available from: http://dx.doi.org/10.46747/cfp.7106417
4. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. BMC Medicine 2020 May 4;18(1):102. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-020-01563-4
5. Mainous AG 3rd, Talbert J. Assessing quality of care via HEDIS 3.0. Is there a better way? Arch Fam Med 1998 Sep-Oct;7(5):410–3. Available from: http://dx.doi.org/10.1001/archfami.7.5.410
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Implementing High-Quality Primary Care, Robinson SK, Meisnere M, Phillips RL Jr, McCauley L. Primary Care Measures and Use: Powerful, Simple, Accountable. In: Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. National Academies Press (US); 2021. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571805/
7. Kopitowski K. “Desimplementar” las prácticas de bajo valor: un imperativo ético. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2022;42(4). Available from: https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/228/114
8. Kopitowski K. Lanzamiento de la campaña Choosing Wisely Argentina: primeros pasos hacia la desimplementación de prácticas de bajo valor. EvidActual Pract Ambul. 2024;27(1):e007110. Available from: https://dx.doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7110
9. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP, Coll Benejam T. [Why is it increasingly difficult to “do the right thing” and to “stop doing the wrong thing”? Strategies for reversing low-value practices]. Aten Primaria 2023 Jul;55(7):102630. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630

10. Tudela LL. [Health-related quality of life]. Aten Primaria 2009 Jul;41(7):411–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019

11. Lowry V, Tremblay-Vaillancourt V, Beaupré P, Poirier MD, Perron MÈ, Bernier J, et al. How patient-reported outcomes and experience measures (PROMs and PREMs) are implemented in healthcare professional and patient organizations? An environmental scan. J Patient Rep Outcomes 2024 Nov 15;8(1):133. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s41687-024-00795-9

Entrevistadora

María Florencia Grande Ratti

Jefa del Área de Investigación en Medicina Interna
Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano, de Buenos Aires, Argentina
MD, Médica (IUHIBA), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
MSc, Magister en Investigación Clínica (IUHIBA)
PhD, Doctorado en Ciencias de la Salud (IUHIBA)
Project Management Professional (PMI®)



La presente entrevista se dio en contexto del "Espacio Académico del Área de Investigación en Medicina Interna" (del 23-02-2026), Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.