

ARTÍCULO ESPECIAL

El congreso de Murcia: análisis de resultados

Pedro Parra, Lauro Hernando, Rafael Gomis, Pedro J. Saturno, Adelia Más, Teresa Ramón, Joaquín Palomar, en nombre de la Organización del XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Correspondencia
Pedro Parra Hidalgo
Jefe de Servicio de Planificación y Coordinación Sanitaria
Consejería de Sanidad y Consumo
Ronda Levante, 11. 30008 Murcia
Tel.: 968-362246
Fax: 968-201950
Correo electrónico: pedro.parra@car.m.es

Resumen

Se presentan los resultados del último Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) celebrado en Murcia en octubre de 2001.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo, utilizando como fuente de información la base de datos de los comités del congreso.

Resultados: Se celebraron un total de cuatro talleres, una conferencia inaugural y cinco sesiones plenarias con un total de 15 ponencias; 25 mesas de comunicaciones con 229 presentaciones orales, y cuatro sesiones de defensa de póster con 261 comunicaciones expuestas.

Se inscribió un total de 633 personas, del que un 54,7% era del género femenino y un 21,5% pertenecía a las sociedades convocantes, un 22,1% de los socios actuales de las mismas acudió a la reunión.

Fueron aceptadas para su exposición en el transcurso del congreso 493 comunicaciones, el 85,4% de las recibidas: 229 de ellas para exposición oral, 261 como pósters y tres elevadas a ponencias.

Conclusiones: La tendencia observada muestra una progresiva consolidación del congreso como el foro nacional de debate sobre calidad asistencial.

Palabras clave: Calidad asistencial. Sociedades científicas. Evaluación.

Introducción

No suele ser habitual que las sociedades científicas de nuestro país publiquen, fuera de su ámbito interno, los datos y resultados de tipo organizativo de los congresos y reuniones que periódicamente celebran. Las escasas referencias obtenidas en la revisión de los últimos cinco años del Índice Médico Español, o la ausencia de dicha información en las publicaciones oficiales del último año de dos de las sociedades con mayor prestigio (*Gaceta Sanitaria* y *Atención Primaria*), apoyan este hecho. Nuestra Sociedad no ha sido una excepción y sólo en dos ocasiones^{1,2} ha documentado estos resultados en las 18 ediciones de su reunión anual.

A continuación, se presenta un breve resumen de los resultados del último Congreso de la Sociedad Española de Calidad

Summary

This article shows the results of the last Conference of the Spanish Society for Quality in Health Care (SECA) that took place in Murcia in October 2001 are presented.

Material and method: A retrospective descriptive study was conducted using the Conference databases.

Results: 4 workshops were conducted, an introductory Conference and 5 Plenary Sessions (including 15 presentations); 25 abstract sessions took place including 229 oral presentations, and 4 poster sessions including 261 presentations.

633 registered for the conference, 54,7% were females and 21,5% belonged to any of the organizing Societies. 22,1% of the current members of the Societies attended the Conference.

493 abstracts were accepted to the conference (85,4%): 229 for oral presentation, 261 as poster y 3 for plenary sessions.

Conclusions: The observed tendency shows the progressive consolidation of our Conference as the national forum for Quality in Health Care debate.

Key words: Quality in health care. Scientific societies. Evaluation.

Asistencial (SECA) celebrado en Murcia en octubre pasado, ya que consideramos que al indudable interés de conocer estos datos para la organización de futuros eventos de la propia sociedad se une la conveniencia de resumir de forma operativa cuáles son los campos de actuación de los trabajos presentados.

Material y método

El tipo de estudio es descriptivo y retrospectivo.

Como fuentes de información se utiliza la base de datos de la Secretaría Técnica del Congreso para la información administrativa de las inscripciones realizadas y la base de datos de los comités del congreso (organizador y científico) para la información sobre las comunicaciones presentadas.

Los sujetos de estudio fueron las inscripciones registradas (excluyendo aquellas en que no se formalizó pago) y comunicaciones con registro de entrada, incluyendo las elevadas a ponencia por el comité científico y excluyendo comunicaciones duplicadas, así como las ponencias invitadas o por encargo del Comité Científico.

Las variables y la codificación fueron las siguientes:

1. Procedencia de Inscripción: comunidad autónoma en función del lugar de residencia del inscrito.
2. Tipo de inscripción: a congreso, a talleres, organización (incluye comités del congreso y directivos de la Sociedad), protocolo (entendiendo como tales los ponentes, el primer autor de las comunicaciones premiadas a propuesta del Comité Científico, profesores de los talleres) y otros.
3. Ámbito laboral: atención primaria (incluye personal de las gerencias), atención especializada (incluye personal de las gerencias), servicios centrales, docencia/Universidad y otros.
4. Fecha de inscripción.
5. Género.
6. Participación en talleres.
7. Pertenencia a la Sociedad.
8. Procedencia de la comunicación: comunidad autónoma de procedencia en función del lugar de residencia del autor de contacto.
9. Resolución del Comité Científico: aceptada/rechazada.
10. Tipo de presentación: Oral/póster (las elevadas a ponencia a propuesta del Comité Científico por su destacado interés o calidad se incluyen dentro de oral).
11. Profesión (aproximación a la profesión del equipo de mejora): *a)* médico; *b)* enfermería; *c)* médico-enfermería; y *d)* otros (gestión e interdisciplinarios).
12. Nivel: nivel de clasificación de la comunicación analizada, independiente del ámbito de trabajo de los autores: *a)* hospital-atención especializada; *b)* atención primaria; *c)* servicios centrales (incluyendo salud pública); *d)* sociosanitario/salud mental, y *e)* interniveles.
13. Tipo/objeto o tema de la investigación: *a)* clínico (se incluyen temas clínicos y todo aquello que hace referencia al paciente o cliente externo), y *b)* gestión (se incluyen, también, los trabajos que hacen referencia al cliente interno).
14. Complejidad de la línea de trabajo: *a)* descriptivo/evaluación inicial; *b)* reevaluación/ciclo completo; *c)* monitorización de indicadores, y *d)* diseño de la calidad (los planes y protocolos se incluyen en esta última).

Estas últimas cuatro variables se han codificado cualitativamente a través de un evaluador tras revisión de cada texto. El análisis estadístico se ha realizado con el paquete SPSS® y para el contraste de hipótesis se ha usado el test de la χ^2 .

Resultados

Durante el XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y III Congreso de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial se celebraron un total de cuatro talleres precongresuales, una conferencia inaugural, cinco sesiones plenarias con un total de 15 ponencias (12 ponencias invitadas, 3 comunicaciones elevadas a ponencias, y una suspendida por el ponente el mismo día de su celebración), 25 mesas de comunicaciones con 229 presentaciones orales, y cuatro sesiones de defensa de póster con 261 comunicaciones expuestas.

Se inscribieron un total de 633 personas, de los que un 54,7% eran del género femenino, un 21,5% pertenecía a las sociedades convocantes (tabla 1) y un 22,1% de los socios actuales acudieron a la reunión. Según la comunidad autónoma de residencia, la mayor participación en números absolutos corresponde a Murcia seguida de Cataluña y Andalucía, mientras que en valores relativos (tasas por millón de habitantes), la mayor participación corresponde a Murcia, Navarra y Cataluña y, de manera agregada, a las Comunidades Autónomas que tienen competencias plenas en materia sanitaria, una vez eliminados los datos de la Región de Murcia, por el efecto de sesgo de resultados que produce (tabla 2). Según el ámbito del puesto de trabajo, existe un predominio de la atención especializada (tabla 3), situación que se reproduce en el análisis por Comunidades Autónomas.

Respecto a los talleres, dos de los seis previstos no se celebraron (uno por falta de solicitudes y uno por imposibilidad de los ponentes). De las 100 personas inscritas, una amplia mayoría (98) lo hicieron, también, al Congreso. Cabe destacar la gran aceptación del taller sobre los cuidados de enfermería, al que hubo que limitar la inscripción dos semanas antes de su celebración, destacando la afluencia de profesionales de Andalucía (tabla 4).

La evolución de las inscripciones según fecha se observa en la figura 1. Un 34% de las inscripciones se realizó antes de la finalización del plazo correspondiente al precio reducido (15 de septiembre), resultado que hay que relativizar, dado que a partir del 14 de octubre y por problemas de aforo, se restringieron las inscripciones exclusivamente a los comunicantes y 5 días antes del Congreso se cerraron definitivamente. Se devolvieron en torno a 150 transferencias bancarias.

Se recibieron un total de 579 comunicaciones científicas, de las cuales dos se encontraban repetidas, por lo que se utilizan 577 para el análisis. Tras su revisión por el Comité

Tabla 1. Distribución según el tipo de asistente, el género y la pertenencia a la Sociedad

	Porcentaje			
	Total	Del total	Mujeres	Socios
Congresista	558	88,2	56,5	17,7
Protocolo	24	3,8	50,0	41,7
Otros	19	3,0	26,3	0,0
Organización	32	5,1	43,8	84,4
Total asistentes	633	100	54,7	21,5

Tabla 2. Distribución de asistentes y tasa según comunidad autónoma de procedencia

Comunidades Autónomas	N	Socios (%)	Asistentes (%)	Tasa poblacional*
Andalucía	96	16,7	98,5	13,1
Aragón	10	30,0	100,0	8,4
Asturias	11	18,2	90,9	10,1
Baleares	6	16,7	100,0	7,3
Canarias	2	50,0	100,0	1,2
Cantabria	0			
Castilla-La Mancha	15	6,7	100,0	8,7
Castilla y León	5	60,0	100,0	2,0
Cataluña	109	29,4	87,2	17,6
Comunidad Valenciana	11	36,4	90,9	2,7
Extremadura	1	0,0	100,0	0,9
Galicia	22	4,5	100,0	8,1
Comunidad de Madrid	58	15,5	81,0	11,3
Región de Murcia	217	21,7	86,2	191,8
Comunidad Foral de Navarra	10	60,0	80,0	18,6
País Vasco	34	26,5	91,2	16,2
La Rioja	1	0,0	100,0	3,8
Ceuta	0			
Melilla	1	0,0	100,0	17,6
Desconocido	12	0,0	0,0	0,3
Internacional	12	0,0	8,3	
Total	633	21,5	88,2	15,7
INSALUD no transferido	325	20,3	87,1	20,9
INSALUD transferido	308	22,7	89,3	12,5
INSALUD no transferido-Murcia	108	17,6	88,9	7,5

*Por millón de habitantes. Padrón continuo 1999. Fuente: INE.

Científico, fueron aceptadas para su exposición en el transcurso del Congreso 493 comunicaciones, el 85,4% del total, 229 de ellas para exposición oral, 261 como pósters y tres elevadas a ponencias. La evolución temporal de comunicaciones aceptadas respecto a anteriores Congresos de la Sociedad³⁻⁶ evidencia una tendencia fuertemente incrementalista en los últimos años, tras un claro período de meseta (fig. 2). Aunque

es el Congreso que ostenta el mayor número de comunicaciones remitidas, no es el primero en presentadas, desconociéndose el nivel de aceptación de ediciones anteriores.

Por autores, un 50,3% de las comunicaciones (248) presentaban seis autores (máximo número admitido), y el 82% de las mismas tenían 4 autores o más. Por contra 10 comunicaciones (2%) tenían un único autor.

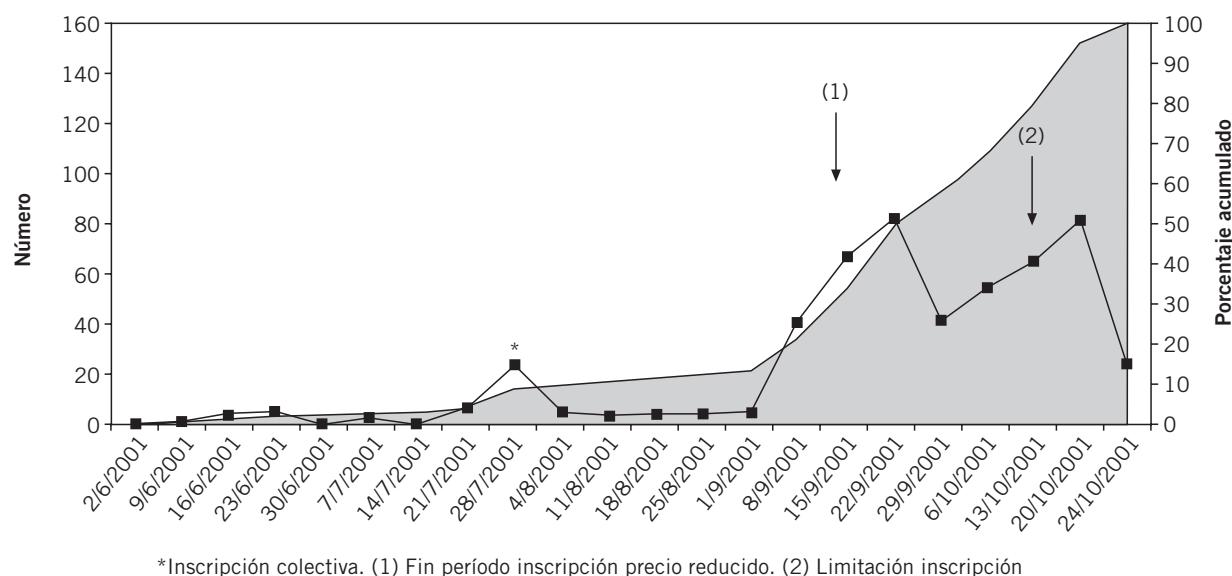
Tabla 3. Distribución de asistentes según ámbito laboral

	N	Porcentaje
Atención especializada	406	64,1
Atención primaria	62	9,8
Docencia/Universidad	14	2,2
Gestión	88	13,9
Otros	33	5,2
Desconocido	30	4,7
Total	633	100

Tabla 4. Talleres celebrados y participación

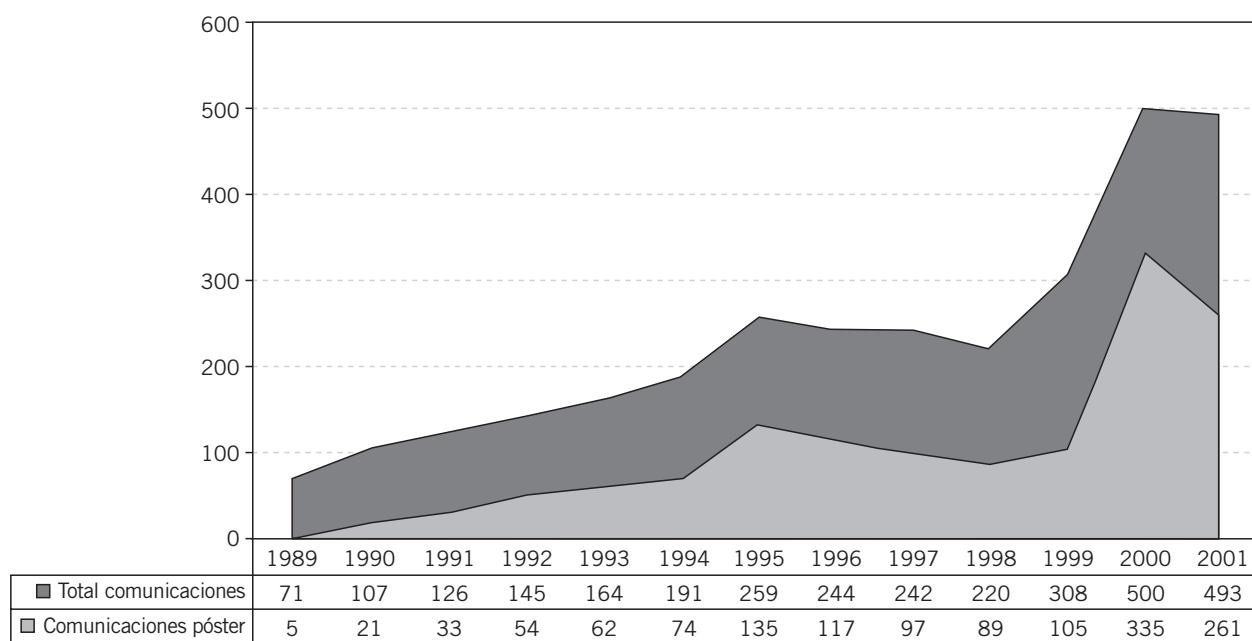
Título	N
Aplicación del modelo EFQM en instituciones sanitarias	29
Gestión de la calidad en el ámbito sociosanitario: experiencias prácticas	9
La comunicación con el usuario como herramienta para la mejora de la calidad	13
Los cuidados de enfermería dentro del proceso asistencial: herramientas para su aplicación y evaluación	49
	100

Figura 1. Evolución del número de inscripciones según fecha



*Inscripción colectiva. (1) Fin período inscripción precio reducido. (2) Limitación inscripción

Figura 2. Comunicaciones aceptadas en congresos de la SECA, 1989-2001



El análisis por comunidad autónoma evidencia que la Región de Murcia es la que remitió un mayor número de comunicaciones (33%). Adicionalmente, y para poder comparar entre sí los distintos niveles de remisión de las comunidades autónomas, se han elaborado ratios poblacionales de cuyos resultados puede destacarse que, una vez descontada la par-

ticipación de los anfitriones, las comunidades autónomas con competencias sanitarias plenas en ese momento parecen tener una mayor participación. Respecto al grado de aceptación, y tras unificar estratos con pocos efectivos (comunidades autónomas con menos de 30 comunicaciones), sólo existe una comunidad con un nivel menor de aceptaciones (p

Tabla 5. Procedencia de las comunicaciones por comunidad autónoma y grado de aceptación

Comunidad autónoma	Total	Del total	Porcentaje	Ratio poblacional*	Ratio remisión	Ratio remisión
			Aceptación	Remisión	Aceptación	Propio/total
Andalucía	119	20,6	79,0	16,29	12,87	1,13
Aragón	9	1,6	100,0	7,58	7,58	0,53
Asturias	11	1,9	81,8	10,14	8,30	0,71
Baleares	4	0,7	100,0	4,87	4,87	0,34
Canarias						
Cantabria	5	0,9	100,0	9,46	9,46	0,66
Castilla-La Mancha	8	1,4	75,0	4,63	3,48	0,32
Castilla y León	7	1,2	100,0	2,81	2,81	0,20
Cataluña	73	12,7	87,7	11,76	10,31	0,82
Comunidad Valenciana	21	3,6	76,2	5,16	3,93	0,36
Extremadura						
Galicia	20	3,5	95,0	7,33	6,96	0,51
Comunidad de Madrid	59	10,2	74,6	11,47	8,55	0,80
Región de Murcia	189	32,8	89,4	167,09	149,41	11,64
Comunidad Foral de Navarra	15	2,6	93,3	27,88	26,02	1,94
País Vasco	34	5,9	91,2	16,19	14,76	1,13
La Rioja						
Ceuta						
Melilla	2	0,3	50,0	35,13	17,57	2,45
Chile	1	0,2	100,0			
Total	577	100,0	85,4	14,35	12,26	1,00
INSALUD no transferido	294	51,0	86,4	18,87	16,30	1,31
INASALUD transferido	283	49,0	84,5	11,49	9,71	0,80
INSALUD no transferido-Murcia	105	18,2	81,0	7,27	5,88	0,51

*Por millón de habitantes. Padrón continuo 1999. Fuente: INE.

< 0,03) y no se identifica ninguna con un nivel de aceptación significativamente superior, lo que indicaría que no ha existido sesgo de selección por parte del Comité Científico (tabla 5).

Respecto a las características de las 493 comunicaciones aceptadas, un 45% (221) han sido elaboradas por equipos compuestos por médicos exclusivamente, y en 174 ocasiones (35%) el equipo era multidisciplinario (tabla 6). No se observa asociación estadística con la situación competencial de las Comunidades Autónomas donde se desarrolla (sanidad transferida

o no). Se aprecia un predominio de la atención especializada, que aporta un 69% del total de comunicaciones, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,000$) al cruzar con la variable profesión (en el sentido de una mayor frecuencia de enfermería en el nivel especializado de la esperada y menos presencia de enfermería en primaria; más equipos médicos + enfermería en el nivel primario y más equipos interdisciplinarios en el nivel sociosanitario/salud mental) (tabla 7).

El 64% de las comunicaciones (314) estudian aspectos clínicos, por un 36% que se centran en aspectos de gestión,

Tabla 6. Nivel profesional de las comunicaciones aceptadas

	N	Porcentaje
Médico	221	45
Enfermerías	69	14
Médico + enfermerías	29	6
Interdisciplinario y otros	174	35
Total	493	100

Tabla 7. Ámbito profesional de las comunicaciones aceptadas

	N	Porcentaje
Asistencia especializada	341	69
Atención primaria	96	19
Servicios centrales	12	2
Sociosanitario/S. mental	27	5
Interniveles	17	3
Total	493	98

Tabla 8. Complejidad de los trabajos aceptados

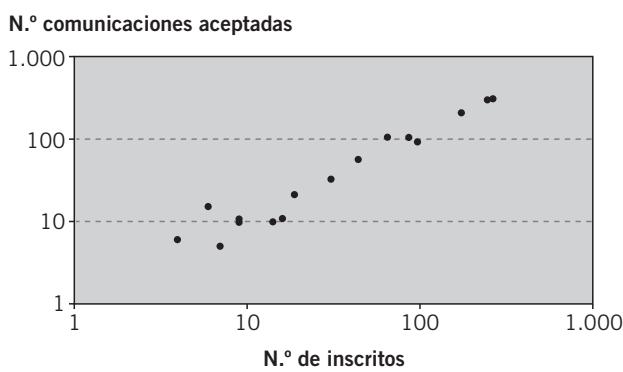
	N	Porcentaje
Descriptivo/evaluación inicial	354	72
Reevaluación tras medidas-ciclo completo	97	20
Monitorización de indicadores	20	4
Diseño y planes de calidad	22	4
Total	493	100

sin que exista asociación dependiendo de la situación competencial de las Comunidades Autónomas.

Asimismo, se aprecia un predominio de las investigaciones de tipo descriptivo (tabla 8), no observándose asociación estadística con la profesión o el nivel. Sin embargo, sí que se observa asociación estadísticamente significativa con el objeto del estudio ($p = 0,026$), es decir, cuando el objeto de estudio es clínico, se aprecia: *a*) un predominio de los estudios de ciclo completo, y *b*) una infrarrepresentación de los estudios descriptivos. También se observa una asociación estadísticamente significativa entre la complejidad y la situación competencial ($p < 0,000$), donde las Comunidades Autónomas no transferidas presentan una mayor frecuencia de ciclo completo e inferior de tipo de evaluación inicial, siendo este hecho achacable a las comunicaciones provenientes de la Región de Murcia, que suponen el 70% del total presentado (68 ciclos completos).

Por último, es apreciable una relación positiva entre el número de comunicaciones aceptadas y de personas inscritas por comunidad autónoma (fig. 3), con una razón inscritos/aceptadas que oscila alrededor de 1,28. El hecho de restringir la posibilidad de inscripción en los últimos días previos al Congreso desaconseja extraer resultados más pormenorizados de este indicador u otro que cuantifique el número de congregistas que son autores de, al menos, un trabajo de los expuestos.

Figura 3. Correlación entre el número inscritos y el número de comunicaciones por comunidad autónoma



Conclusiones

Para la SECA, la celebración de su congreso anual constituye, sin lugar a dudas, la actividad más importante. De sus resultados pueden, y deben, extraerse conclusiones por la clara repercusión que tienen sobre el establecimiento e implantación de líneas estratégicas de desarrollo, tanto estructural como funcional, de la propia Sociedad.

En este sentido, si bien es cierto que el número de inscritos y la presentación de trabajos ha superado las previsiones más optimistas, la tendencia observada pone de manifiesto una clara progresión. El elevado incremento de estos últimos 2 años podría justificarse por la organización del mismo por sociedades autonómicas de amplia implantación en su territorio (Sociedades Murciana [SOMUCA] y Andaluza [SADECA] de Calidad Asistencial), aunque evidentemente la magnitud poblacional entre estas regiones es distinta. Habrá que esperar los próximos años para confirmar esta hipótesis.

La procedencia de los inscritos y de los trabajos remarca claramente "zonas oscuras" de la geografía nacional en las que o bien la Sociedad no tiene implantación, o las políticas de comunicación no son lo efectivas que debieran a la hora de dar a conocer el Congreso. Igual reflexión habría que realizar a la hora de conocer los motivos por los que casi el 80% de la masa social no asiste a su propio Congreso o, si por contra, son cifras habituales.

Cuando se organiza un evento de este tipo, siempre plantea la incertidumbre de no conocer la demanda (con las consecuencias organizativas, financieras, etc., que ello implica). El conocimiento de la evolución temporal de las inscripciones puede ayudar, pero poco. Efectivamente, se observa que hitos temporales como la modificación del precio de inscripción, son poco discriminantes, de hecho, sólo el 35% había realizado su inscripción antes de esa fecha, y eso sin tener en cuenta el bloqueo bancario de inscripciones días antes del Congreso, que reduciría aún más ese porcentaje (casi tres de cada cuatro inscritos lo haría después de aquel hito). Sin embargo, parece mostrarse mucho más predictivo de las inscripciones el análisis de las comunicaciones presentadas.

Respecto a la presentación/aceptación de comunicaciones, será conveniente reflexionar sobre la política a seguir. Es evidente que el número de aceptaciones juega a favor de asegurar la participación y, obviamente, de la suficiencia financiera del Congreso. Por contra, la escasa o nula valoración en los currícula de los autores, o el efecto en nuestro cliente de reuniones de calidad científica deficiente, son una realidad y un riesgo con los que hay que contar en un futuro. En este evento, se ha rechazado el 15% de las presentadas y habría que plantearse como Sociedad si se debe decidir entre potenciar la calidad (menos participación, pero de absoluta referencia al ser una reunión nacional) o la cantidad (es necesario buscar todavía una mayor implantación de la Sociedad).

En cuanto a su contenido parece que seguimos inmersos en primeras evaluaciones o descriptivos (lo que no es poco teniendo en cuenta la, todavía, reciente cultura de calidad en nuestro medio), pero es indiscutible que debemos avanzar hacia, como mínimo, las reevaluaciones y diseño.

Es abrumadoramente mayoritaria la participación de la atención especializada, tanto en participantes como en trabajos presentados, frente a otros grupos profesionales. No conocemos las tendencias de cómo ha evolucionado este perfil pero, en cualquier caso, es demasiado llamativa la diferencia frente a otros grupos como el de atención primaria en los que, por numero de profesionales, sería esperable una participación mayor, salvo que la fortaleza de los congresos de sus propias sociedades acapare toda esta actividad.

La experiencia de los talleres exige una reflexión en torno a la adecuación a las verdaderas necesidades de nuestros clientes. Los datos reflejan una excesiva variabilidad en sus resultados e indican la necesidad de que los comités científicos valoren la realización de un estudio específico para futuras ofertas.

No cabe duda del éxito participativo de este Congreso, el más numeroso en congresistas y en comunicaciones remitidas para su valoración, en la historia de la Sociedad. La tendencia observada permite ser optimistas en la consolidación de la misma y de su congreso, como referentes nacionales de la calidad en las organizaciones sanitarias.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los que asistieron, por la confianza depositada; a los que no pudieron asistir, por su comprensión; a los que financiaron, por su

inestimable apoyo; a los que trabajaron, por su entusiasmo; a la Secretaría Técnica, por su profesionalidad; y a todos los que participaron, por la calidad científica y humana que desplecharon.

Bibliografía

1. Nualart LL, Carbonell JM, Guix J, Serra J, Delgado R. El XV Congreso de la Seca en cifras: unos datos para la reflexión. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:419-24.
2. Sánchez E, Mozota J, Ansorena L, Lorenzo S. El XVI Congreso de la Seca: Santander, 13-16 de octubre de 1998. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:468-72.
3. Campos A, Enguídanos M. Análisis de la producción científica de dos Congresos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA): Zaragoza, 1992 y Marbella, 1995. Análisis bibliométrico y de contenido. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:431-6.
4. Libro de Comunicaciones. XVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Santander, 13-16 de octubre de 1998. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:245-397.
5. Libro de comunicaciones. XVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Palma de Mallorca, 26-29 de octubre de 1999. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:423-637.
6. Libro de Comunicaciones. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. V Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Granada, 3-6 de octubre de 2000. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:467-623.