Difusión de resultados asistenciales: ventajas e inconvenientes de los *report cards*

José Joaquín Mira[a], **Susana Lorenzo**[b] **y Alicia Martínez-Sanz**[a]
[a]*Universidad Miguel Hernández. Elche.* [b]*Instituto de Investigación Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.*

Correspondencia: José Joaquín Mira.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Avda. del Ferrocarril, s/n. 03202 Elche. Alicante. España.
Correo electrónico: jose.mira@umh.es

Estudio financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. Referencia 00/1099 y 01/0480.

RESUMEN

Contexto: Las políticas de difusión de resultados asistenciales buscan incrementar la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes. Los *report cards* son utilizados para que los pacientes comparen los resultados de varios centros y elijan entre ellos.
Objetivo: Revisar los resultados de las investigaciones para conocer las ventajas y desventajas de los *report cards* desde el punto de vista de los pacientes.
Método: Revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Índice Médico Español y revistas especializadas, entre mayo de 1996 y de 2002. Las palabras clave utilizadas fueron: *patients, consumers, hospitals, managed care, decision making, outcomes, outcome assessment, compare plans, health plans y report,* información al paciente, hospital, elección hospitalaria y resultados. Fueron excluidos los artículos sobre métodos para apoyar la elección de tratamiento médico y sobre cómo realizar "ajustes de riesgo" o calcular índices de mortalidad; y aquellos en idiomas diferentes al inglés o al español.
Resultados: Se han revisado 40 artículos. Aproximadamente un 12,5% examina las razones por las que los *report cards* son poco utilizados por los pacientes; el 27,5% analiza cómo utilizan los pacientes la información y qué información es más útil y cómo debe presentarse; un 12,5% describe los beneficios y un 15% muestra los inconvenientes; mientras que un 25% plantea la necesidad de personalizar la información en función del receptor.
Discusión: A la vista de los estudios publicados, parece que para que los *report cards* resulten útiles a los pacientes deben ofrecer pocos datos, centrados en los resultados, pertinentes y fiables, e incluir información relevante para los pacientes. El formato en que se presenta la información afecta en gran medida a su grado de comprensión y determina su utilidad.

Palabras clave: Evaluación por los pacientes. Difusión de resultados. Medida de calidad asistencial. *Report cards*.

Abstract

Background: Policies of public accountability seek to improve quality of care and patient satisfaction. Report cards are used so that patients can compare the results of different centers and choose among them.
Objective: To review the results of investigations into the advantages and disadvantages of report cards from the point of view of patients.
Method: We performed a search of articles published from May 1996 to May 2002 in Medline, *Índice Médico Español* and specialized journals. The key words used were: patients, consumers, hospitals, managed care, decision making, outcomes, outcome assessment, compare plans, health plans and report; *información al paciente, hospital, elección hospitalaria y resultados*. Exclusion criteria were: articles on methods to support the choice of medical treatment and those on how to perform risk adjustment or calculate mortality rates as well as those written in languages other than English or Spanish.
Results: Forty articles were reviewed. Approximately 12.5% examine the reasons why report cards are little used by patients; 27.5% analyze how patients use information, which information is most useful, and how it should be presented; 12.5% describe the advantages of report cards and 15% describe their disadvantages, while 25% describe the need to personalize the information according to the recipient.
Discussion: In view of the studies published, it seems that for report cards to be useful to patients, they should provide a small amount of relevant and reliable data that is focussed on outcomes and should include information relevant to patients. The format in which the information is presented strongly influences patient comprehension and the cards' utility.

Key words: Consumer evaluation. Public accountability. Quality of care measurement. Report cards.

Introducción

En los últimos 10 años, los pacientes han pasado de ocupar un papel pasivo a desempeñar otro más activo[1], participando cada día más en las decisiones que atañen a su salud[2], ya se trate de autorizar o de elegir el tratamiento para su enfermedad, elegir el médico que le atenderá o el centro hospitalario donde será intervenido. Ahora bien, para poder tomar esta decisión los pacientes precisan contar con información relevante y comprensible, que les capacite y les permita tomar esta decisión de forma responsable[3].

Una de las formas en que se ha ofrecido esta información son los denominados en la bibliografía de origen norteamericano *report cards,* y en la de origen inglés, *league tables*, y a los que se les supone objetividad, pertinencia y utilidad para realizar comparaciones entre hospitales o planes de salud[4].

Manuscrito recibido el 17 de marzo de 2003 y aceptado el 25 de abril de 2003

Las *league tables*, en el Reino Unido, responden al compromiso de la Administración Pública de mejorar la calidad de los servicios sanitarios públicos, de ejercer algún control sobre quienes proveen el servicio sanitario y de medir qué se hace y con qué resultados[5]. Aunque en un principio tuvieron un marcado carácter administrativo (ya que eran utilizadas para el control interno de los procesos asistenciales por los gestores sanitarios), hoy día se hacen públicos, por ejemplo, a través de Internet, de modo que los ciudadanos interesados pueden consultar, por ejemplo, datos sobre la demora en la asistencia en las consultas externas, urgencias, listas de espera quirúrgicas, recidivas tras la cirugía o suicidios tras un alta psiquiátrica.

Los *report cards*, en los EE.UU., contienen información sobre los resultados alcanzados en un período de tiempo en una serie de indicadores considerados relevantes por una compañía que gestiona un plan de salud, un hospital o un servicio médico, lo que posibilita la comparación entre diferentes centros en determinados indicadores de resultado, con el fin de poder elegir "el mejor" (fomentando el *benchmarking*). El formato de estos *report cards* es muy variable, y va desde un mero folleto en forma de díptico hasta un cuadernillo de varias páginas acompañado con gráficos, tablas y explicaciones, más o menos detalladas, para comprender mejor la información que se facilita.

Empezaron a utilizarse en los EE.UU., a mediados de los años ochenta, a raíz de la publicación de los índices de mortalidad por la Health Care Financing Administration (HCFA), que permitían comparar qué pasaba con un mismo tipo de paciente en varios hospitales[6] y, paulatinamente, han ido ampliando sus contenidos, al mismo tiempo que aumentaba su repercusión social. Cuando se pusieron en marcha en los EE.UU. existía la creencia de que la difusión de los resultados sería de gran utilidad. En estos momentos, sin embargo, existe cierta controversia acerca de sus beneficios[7-9]. Algunas de las cuestiones no resueltas giran en torno a cuáles son las necesidades de información que tienen los posibles pacientes, cuál es el mejor formato para presentar toda esa información, qué audiencias acceden a estos documentos y de qué esperan ser informados, hasta qué punto es válida la información que se difunde y cuáles son las consecuencias reales de la difusión de información que permite comparar hospitales o planes de salud y, especialmente, si en realidad introducir sistemas de *benchmarking* incide positivamente en la calidad de la asistencia sanitaria.

Estas políticas de difusión de resultados asistenciales obedecen a un doble propósito[10-12]. Primero, a la creencia de que el paciente, con esta información, tendrá la oportunidad de elegir aquellos servicios sanitarios de mayor calidad, lo que, además, incrementará su satisfacción. Segundo, porque se cree que, a la vista de los datos y al poderse comparar con otros, las organizaciones sanitarias harán todo lo posible para mejorar sus resultados, promoviendo así la mejora de la calidad asistencial. Ahora bien, la conveniencia de estas políticas de difusión de resultados asistenciales como método para incrementar la calidad asistencial está en la actualidad en pleno debate en varios países.

En este trabajo se realiza un análisis de la bibliografía de los últimos 6 años sobre *report cards*, con el objetivo de conocer el estado actual de la investigación en la difusión de resultados sobre la actividad sanitaria mediante este tipo de instrumentos, así como conocer sus ventajas y sus posibles desventajas desde el punto de vista de los pacientes.

Método

Se trata de un estudio de revisión de la bibliografía publicada en revistas con sistemas de revisión por pares *(peer review)* en lengua inglesa y castellana sobre *report cards* de los últimos 6 años en las bases documentales Medline e Índice Médico Español (IME), y en las publicaciones periódicas *Revista de Calidad Asistencial, International Journal for Quality in Health Care* y *Health Expectations.* La selección de las bases documentales y de las revistas se basó en que se trata de las dos bases documentales más habituales y con mayores registros en la bibliografía anglosajona y española, y en las que habitualmente se espera una mayor presencia de trabajos publicados sobre esta temática por las líneas que suelen abordar.

En primer lugar se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases Medline e IME, acotando el período desde mayo del año 1996 hasta mayo de 2002. Los tesaurus utilizados en Medline fueron*: patients, consumers, hospitals, managed care, decision making, outcomes, outcome assessment, compare plans, health plans* y *report cards* (aunque este último no es tesauro, se incluyó por tratarse de la palabra clave más representativa). En la estrategia de búsqueda en Medline se estableció como criterio de selección, además de la limitación temporal para acotar la revisión de la bibliografía en los últimos 6 años, el idioma en inglés o español. Los descriptores utilizados en IME fueron: *información al paciente, hospital, elección hospitalaria* y *resultados.* También se incluyó el término *report cards,* al considerar que se trataba de una palabra clave que fácilmente podría incluirse entre los descriptores por los autores españoles de las investigaciones. Del mismo modo que con Medline, se acotó el período de tiempo, limitándolo a los últimos 6 años.

Las combinaciones de tesaurus y palabras clave incluidos y excluidos en cada una de las búsquedas bibliográficas fueron las siguientes: *report cards and consumers and hospitals, report cards and patients and managed care, report cards and outcomes, compare plans, report cards and hospitals not risk adjustment not mortality not treatment, outcome assessment and hospitals and health plans (consumer or patients), and hospitals and report cards and decision making (report cards and patients and hospitals), not risk adjustment.*

En el IME, los descriptores utilizados fueron: *report cards, información al paciente y hospital, elección hospitalaria, hospital y resultados, difusión de resultados, indicadores de calidad.*

Se definieron los siguientes criterios de exclusión: artículos cuyo tema central fuera discernir los métodos de cálculo idóneos o alternativos para estimar "ajustes de riesgo" o índices de mortalidad de determinados procesos asistenciales; los trabajos sobre métodos para ayudar a los pacientes a elegir entre varias opciones terapéuticas; los referidos a hos-

pitales militares; artículos sobre difusión de resultados a través de Internet (p. ej., los mejores 100, los 20 mejores, etc.), o el efecto de las clasificaciones de los hospitales; los referidos a los sistemas para garantizar la calidad de las medidas o de los instrumentos para registrar los resultados o indicadores de calidad asistencial; los trabajos anónimos aparecidos en diferentes tipos de revistas, y aquellos en idiomas diferentes del inglés o español.

Como criterios de inclusión se definieron: artículos sobre desarrollo y resultados de los *report cards* basados en la publicación de resultados asistenciales; que describieran evidencias sobre su utilización por los pacientes; que analizaran el formato y la información que deberían incluir para ayudar a los pacientes a tomar decisiones; que describieran el impacto que han tenido en la población, los gestores sanitarios o los profesionales que recogieran dichos *report cards*; que recogieran argumentos a favor o en contra de su implantación, sus ventajas y sus déficit, o que ofrecieran recomendaciones para su mejora, y que se hubieran publicado entre mayo de 1996 y mayo de 2002 en inglés o en español.

Una vez seleccionados los artículos, y tras una primera lectura, se construyeron categorías mutuamente excluyentes para extraer de ellos la información pertinente en función del año de publicación, autor, contexto en el que se realizaba el estudio, objetivo de la publicación, método utilizado, variables estudiadas y resultados o conclusiones más significativos.

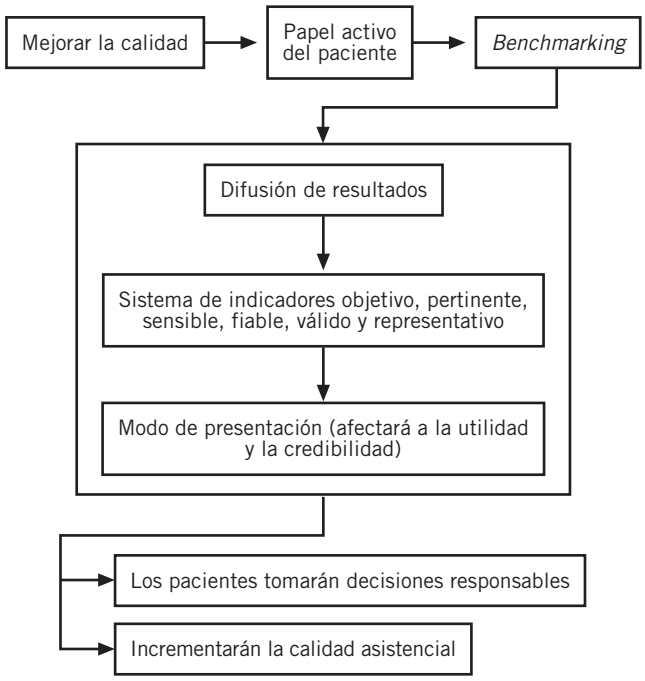
Estas categorías deberían ayudarnos a identificar cómo ha evolucionado la investigación sobre *report cards*, qué autores son los más relevantes, qué tipo de estudios se han realizado, qué ventajas y limitaciones se señalan, qué efecto tienen en los pacientes, en los profesionales y en los gestores sanitarios.

Resultados

En total cumplían con los criterios de inclusión 40 artículos (tabla 1). Todos ellos fueron localizados a través de Medline o en las revistas revisadas de calidad asistencial y sobre percepciones y expectativas de los pacientes, no habiéndose obtenido ningún resultado en la base española (IME). Del total, 2 trabajos correspondieron al año 1996, cinco a 1997, 13 a 1998, cinco a 1999, siete a 2000, seis a 2001 y dos a 2002.

Los temas abordados incluyen la utilidad de estos *report cards* para incrementar la calidad asistencial, las dificultades para obtener información fiable y pertinente con la que elaborarlos, las barreras que presentan para que resulten comprensibles por la población, las resistencias de los profesionales a estas políticas de difusión de resultados o las consecuencias de su puesta en práctica. En la figura 1 se describen el enfoque y las expectativas que se tienen de las políticas de difusión de resultados asistenciales. Estas políticas responden a 3 cuestiones básicas: mejorar la calidad, reconocimiento del activo papel del paciente y ventajas de comparar resultados aprendiendo de la experiencia de los mejores. La difusión de resultados requiere un sistema de indicadores apropiado y un modo acertado de presentación

Figura 1. **Temas abordados por las investigaciones sobre las políticas de difusión de resultados asistenciales.**



de los resultados a la población. Sólo así se espera que sus efectos sean beneficiosos.

Los estudios revisados recurren en su mayoría a técnicas de investigación cualitativa, normalmente realizadas mediante entrevistas y en grupos focales, y a estudios basados en encuestas de opinión de pacientes, profesionales o gestores sanitarios sobre los *report cards.* Los trabajos sobre comprensión de la información por parte de los pacientes se basan en estudios de corte experimental, en los que comparan las respuestas de sujetos asignados aleatoriamente a diferentes condiciones experimentales. Algunos estudios revisan de forma crítica los resultados alcanzados por otros autores o los derivados de la práctica con *report cards*, y a partir de ellos extraen sus conclusiones.

1. En esta revisión encontramos 5 artículos (12,5%) que examinan las razones por las que los *report cards* son menos utilizados por los pacientes de lo que se esperaba en un principio[13-17]. En estos trabajos se afirma que los *report cards* contienen demasiada información y que ésta es, además, muy variada y de difícil comprensión para la mayoría de las personas, lo que conlleva que tengan que invertir demasiado tiempo para tomar una decisión. Se señala también que no permiten discriminar entre los servicios sanitarios de mayor y menor calidad y, por tanto, tienden a caer en desuso entre los pacientes.

2. Once de los artículos revisados (27,5%) estudian cómo utilizan los pacientes la información. A la vista de los

Tabla 1. **Resumen de los resultados del trabajo de investigación sobre *report cards***

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
1996	Hibbart JH y Jewett JJ[14]	Opinión, comprensión y utilización por asegurados de medidas de resultados de planes sanitarios	3 grupos focales (n = 104)	17 indicadores sanitarios de calidad	Prefieren indicadores de eventos deseables y de clasificación de pacientes. Comprenden el significado de los indicadores, aunque entienden peor los indicadores de eventos indeseables
1996	Edhman-Leviatan S y Cleary PD[18]	Describir qué información precisan los ciudadanos para elegir un plan de salud	Revisión de resultados. Entrevistas personales de compañías de planes de salud, directivos y grupo de defensores del consumidor. Grupo focal para propuesta de recomendaciones	Tipo de información que quieren conocer los ciudadanos	Precisan datos para comparar entre diferentes planes, como nivel de satisfacción de pacientes y opinión de expertos. Más información sobre acceso, costes y calidad
1997	O'Malley S[13]	Identificar los problemas de los RC y proponer soluciones	Análisis de la opinión de defensores de los pacientes	Problemas de los RC y posibles soluciones	Problemas: los pacientes precisan información, ésta no siempre es comprensible y no hay estándares. Soluciones: ofrecer información relevante y comprensible, automatizar la recogida de datos y educar sobre el uso de RC
1997	Hibbart JH y Jewet JJ[15]	Examinar la relación entre información, indicadores de calidad y su comprensión por los asegurados	Grupos focales (n = 104)	Indicadores de eventos deseables e indeseables, clasificación de pacientes, satisfacción y reclamaciones	Baja comprensión de indicadores de calidad por los asegurados. No discriminan información importante. Son necesarias más evidencias para determinar qué indicadores deben incluirse en los RC
1997	Hibbart JH et al[19]	Examinar el uso de resultados clínicos de hospitales, el plan sanitario de registro HEDIS, y los datos de satisfacción de pacientes	Entrevista (n = 33) a asegurados de cuatro regiones diferentes	Disponibilidad de datos sobre resultados. Qué información necesitan los asegurados para tomar decisiones. Cómo la usan. Cómo la entienden	Los asegurados no siempre saben que hay información. Prestan mayor atención a la cartera de servicios. La variedad y la cantidad de información es una barrera para la toma de decisiones. Se recomienda facilitar información resumida que incluya instrucciones de ayuda e incrementar la comunicación con los asegurados
1997	Davies HTO y Crombie K[24]	Examinar herramientas para evaluar y difundir resultados sanitarios	Análisis de la información disponible	Mejora de los resultados. Razones para centrarse en los resultados. Uso de los resultados. Limitaciones. Dificultades	Hay que ser cuidadoso en la interpretación de resultados. Problemas de datos comparativos: costes de recogida, utilización y difusión

datos recogidos, proponen estrategias para mejorar su comprensión e incrementar su utilidad para los pacientes[13-16,18-23] como, por ejemplo, ofrecer una menor cantidad de información y proponen algunas alternativas para lograr que ésta sea más interesante para los pacientes. Identificar qué información interesa particularmente a los posibles pacientes, explicar el significado de los indicadores que se facilitan, desarrollar indicadores clínicos que integren varias medidas y que resulten más fáciles de comprender son algunas de las ideas que se proponen para mejorar la comprensión de estos documentos. En estos estudios se ponen de manifiesto las preferencias de los pacientes: que les interesan datos que hagan referencia a la satisfacción de otros pacientes, al estatus funcional que se alcanza tras las intervenciones médicas, a cómo

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
1997	Mukamel DB y Mushlin AI[42]	Valorar si hay hospitales y cirujanos con mejores resultados en "NYS Cardiac Surgery Reports", han experimentado un incremento en sus cuotas de mercado (número de pacientes atendidos) y precios	Cálculo de las cuotas y honorarios promedios de hospitales y médicos para cirugía de *bypass* coronario (CABG). 30 hospitales que ofertan CABG; 114 cirujanos; 1990-1993.	Índice de mortalidad ajustado por riesgo. Cuotas de mercado. Honorarios.	Los hospitales y médicos con mejores resultados obtuvieron un mayor índice de crecimiento en cuotas de mercado. Los médicos con mejores resultados tuvieron mayores honorarios. Los pacientes responden a la información sobre la calidad esperada de cirujanos y hospitales. La imagen de los médicos se disipa con el tiempo
1998	Rainwater JA et al[25]	Explorar cómo se usan los informes y datos del CHOP (California Hospital Outcomes Project) para la mejora de los resultados de los hospitales de California	Cuestionario. Entrevista telefónica a muestra de directivos (n = 39)	No especifica variables	El 75% de los entrevistados encontraron aspectos del CHOP útiles, sobre todo para *benchmarking*, Los datos no han afectado directamente al proceso de cuidados. Los resultados reflejan 2 debilidades: datos inoportunos y falta de información sobre procesos de cuidado. Sin embargo, los RC contribuyen a identificar los hospitales de mayor calidad asistencial y las áreas de mejora
1998	Nutley S y Smith PC[5]	Examinar el proceso de clasificación de resultados sanitarios	Análisis de la información disponible	Medidas cuantitativas e impacto de la publicación en la organización	Se están utilizando variables de proceso médico y mortalidad. Hay pocos estudios que evalúen el impacto de estas medidas
1998	Epstein AM[32]	Revisar avances recientes de RC e identificar nuevas cuestiones y los cambios acontecidos	Análisis de la información disponible	Herramientas para medir o validar los índices de calidad de: HEDIS, CAHPS, FACCT	Recientes avances sugieren que algunas barreras al uso de RC han disminuido, como la disponibilidad de datos y la estandarización de los datos que confundía a los lectores. HEDIS se ha extendido, aunque no completamente; otras medidas prometen completar la información
1998	Josephson MD et al[28]	Evaluar la utilidad de RC en la comparación de resultados de neumonía en dos hospitales y evaluar las estrategias de medida de resultados y mejora	Estudio de cohortes (n = 850). Resultados de pacientes adultos ingresados en ambos hospitales durante 5 años	Diagnóstico, control del paciente, tratamiento y resultados de los cuidados. Covariables: edad del paciente, gravedad de la enfermedad, tipo de seguro médico y comorbilidad	Los resultados no difieren significativamente en los hospitales. Los RC de hospitales basados sólo en resultados comparativos proporcionan información inadecuada

se realiza el proceso en cuestión, a los costes y a otros indicadores de resultado del tratamiento aplicado. Además, es importante que el formato donde se presenten estas medidas facilite su comprensión; en este sentido, recomiendan añadir instrucciones de ayuda, resumir los datos y agruparlos, o presentar gráficos en lugar de tablas. Otro dato importante es que, para facilitar la elección de un plan de salud, los pacientes potenciales prefieren antes información sobre posibles efectos no deseables de los tratamientos que información sobre los beneficios esperados[12,13].

3. En 6 artículos (15%) se examinan los inconvenientes del uso de los *report cards*[5,7,20,24-26], como los excesivos costes

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
1998	Poses RM et al[29]	Evaluar transfusión de sangre en pacientes con fractura de cadera en diferentes hospitales	Estudio de cohortes (n = 8776; > 60 años) operados entre 1982 y 1993 en 19 hospitales de cuatro estados. Criterios de exclusión: rechazada transfusión, traumatismos múltiples, neoplasias, amputación por encima de la rodilla, parapléjicos o tetrapléjicos	Nivel de hemoglobina: con y sin transfusión preoperatoria y postoperatoria. Características preoperatorias: tipo de anemia, perturbaciones psicológicas previas a la operación, valoración anestésica y comorbilidad con trastornos cardiovasculares	Los RC no son lo suficientemente sensibles para detectar la variabilidad entre hospitales por efecto de las características de los pacientes atendidos
1998	McGlynn EA[40]	Evaluar la utilidad de la medida de resultados para comparaciones de planes de salud, hospitales, establecimientos y otras entidades	Evaluación de los 7 componentes del índice de los resultados (IUO)	Componentes IUO: resultados sanitarios, expectativas, función sanitaria en la producción de resultados, complejidad relativa de los resultados, atribución de responsabilidad, ajuste de riesgo e intenciones perversas de la medición	Estimular la discusión y el desarrollo de herramientas para la evaluación de los resultados e identificar medidas para aumentar el uso de información para realizar comparaciones
1998	Hibbart JH[16]	Identificar barreras para ciudadanos al usar datos sobre resultados clínicos, identificar estrategias para apoyar su uso, proponer recomendaciones	Revisión bibliográfica y análisis de evidencias sobre RC, elaboración de recomendaciones	Barreras de ciudadanos al usar los datos de resultados. Estrategias que apoyen la elección informada. Dilemas	Barreras: mala comprensión de las medidas y complejidad del procesamiento de información en la toma de decisiones Estrategias: reducir, resumir y ordenar la información en áreas Dilemas: no se sabe cómo afecta la forma de presentación en la toma de decisiones, no se sabe si los RC influyen en las decisiones
1998	Hochhauser M[17]	Análisis de las razones por las que los RC son poco utilizados por los pacientes	Análisis comparativo de tres RC con información hospitalaria	Cómo eligen los consumidores. Cómo piensan los investigadores. Razones por las que los RC son poco utilizados	Las razones por las que los RC son poco utilizados son: incluyen demasiada información y requiere mucho tiempo tomar una decisión
1998	Thompson JW et al[10]	Evaluar los resultados de los cuidados sanitarios en los EE.UU.	Comparación entre diferentes tipos de medidas respecto de planes de salud	Características del plan. Medidas clínicas. Medidas de satisfacción de los pacientes. Variaciones regionales de los planes	Hay diferencias entre planes de salud de una misma región y entre regiones La publicación de resultados mejora los cuidados sanitarios, y la satisfacción de los consumidores y facilita las comparaciones entre regiones y sistemas

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
1998	Nerena DR[46]	Dar repuesta a dudas sobre los RC	Resume las comunicaciones más destacadas de los investigadores que participaron en la Henry ford System Conference en abril de 1998	No hay variables estudiadas	Oportunidades para el futuro: servicios sanitarios más eficientes, definición de unidades de análisis, recoger datos transversal y longitudinalmente
1998	Dans PE[33]	Describir el proceso de reclamaciones para medir e informar sobre la calidad de los cuidados médicos	Revisión bibliográfica. Procedencia, robustez y análisis de los datos.	Características de los datos utilizados en los RC. Condiciones clínicas y las pruebas que se miden. Exactitud de la información sobre pacientes y médicos	Los datos íntegros no son suficientes para realizar juicios definitivos. Las reclamaciones no siempre pueden ofrecer información sobre medidas clínicamente significativas. El contenido de las reclamaciones debería emplearse para evaluación proactiva y no reactiva
1998	Lansky D[47]	Evaluar qué información sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios es importante	Análisis de datos publicados	Aspectos que valoran los americanos del sistema sanitario. Tipo de información que necesitan los pacientes para tomar decisiones	Los servicios sanitarios deben escuchar y responder a los ciudadanos, para tomar decisiones conjuntas. La combinación de datos sobre resultados, procesos y experiencias de los cuidados es una información válida, útil y apropiada
1998	Davies HTO[20]	Dar una visión de situación actual del uso de resultados sanitarios y de la búsqueda de instrumentos para su medida	Análisis de datos publicados	No hay variables estudiadas	Problemas de uso de los RC: atribuibles a la publicación de resultados y relacionados con el impacto que tengan en los resultados clínicos. Los RC pueden ser malos indicadores de calidad de un servicio. Su impacto puede ser mínimo o negativo
1999	Hofer TP et al[26]	Determinar la fiabilidad de las medidas de resultados en la diabetes. Valorar cómo mejorar los resultados médicos mediante las preferencias de elección de los pacientes	Estudio de cohortes en tres lugares diferentes (n = 3.642) con diabetes de tipo 2, que fueron atendidos por 232 médicos	Número total de hospitalizaciones y de visitas clínicas, en un período de 6 meses. Medidas del grado de utilización del laboratorio. Nivel del control glucémico para la medida de la hemoglobina A_{1c}	Resultó imposible conocer la fiabilidad de RC en la práctica médica de diabetes, en los tres lugares estudiados. El uso de resultados individuales favorece que los médicos sean penalizados, por evitar pacientes que conlleven mayores costes o menor adhesión al tratamiento
1999	Kim CS et al[48]	Determinar el efecto de la educación médica en la calidad de los cuidados	Diseño control aleatorio. 1.810 pacientes. 41 médicos de atención primaria, repartidos en dos grupos: recibieron educación sólo o educación y detalles teóricos. Línea base y postintervención: 2-2,5 años	Provisión de cuidados preventivos. Revisión de resultados médicos. Satisfacción de los pacientes	Hay una mejora significativa en la provisión de cuidados preventivos en ambos grupos respecto de la línea base. La mejora en los resultados médicos no ha sido demostrada. La satisfacción de los pacientes es significativamente mejor en los pacientes de los médicos del segundo grupo

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
1999	Chen J[30]	Analizar si los pacientes con IAM ingresados en un hospital Top 100 (HCIA- Mercer's), recibieron mejores cuidados o tuvieron mejores resultados que pacientes tratados en otros hospitales	Comparación de "100 Top Hospitals" 1994-1996 con un grupo de hospitales no incluidos en el *ranking*. cuatro categorías: rural, urbano, clínico y no clínico. Cohorte de pacientes con IAM mayores de 65 años	Resultados (mortalidad en 30 días), calidad del tratamiento del IAM y medidas de consumo de recursos (duración, costes, índices de readmisión y uso de procedimientos cardíacos)	La clasificación "100 Top Hospitals" es más apropiada para identificar hospitales con mayor rendimiento económico y que realizan mayor número de intervenciones que para identificar mejores resultados clínicos en el tratamiento de IAM. No hay evidencias de que los hospitales del Top 100 ofrezcan mayor calidad asistencial
1999	Wicks EK y Meyer JA[7]	Reflexionar sobre los RC, sus utilidades, dificultades y perspectivas de mejora	Análisis de datos publicados	Condiciones que se requieren para conseguir efectividad. Perspectiva de futuro y cambios necesarios	Para que los RC cumplan sus objetivos, los ciudadanos deben tener necesidad de elegir e incentivos económicos que les animen a elegir los planes más valorados, y que los RC ofrezcan información útil y fiable
1999	Fielding JE et al[8]	Examinar puntos de vista sobre el desarrollo y el uso de los RC	Análisis de respuestas al cuestionario por correo y autoadministrado a 115 comunidades. Revisión sistemática de los RC de todo el territorio de California	Proceso de desarrollo de los RC (contenido, diseño, formato, etc.). Participación en el desarrollo de los RC por los grupos comunitarios. Público diana y difusión de los RC	Analizan 85 ejemplos de RC. La mitad de RC se considera de contenido regular. Casi la mitad usa un formato predeterminado, el 75% explicita sus metas y objetivos. La mayoría de RC se difundió por resultados. Suelen ir dirigidos a profesionales y ciudadanos del área de influencia del hospital
2000	Peiró S y Lorenzo S[34]	Resumir Jornada IMSALUD-SECA, sobre política de difusión de resultados de la asistencia sanitaria	Recoger conclusiones mayoritarias, expresadas en la citada reunión	No existen variables	Existe acuerdo sobre la posibilidad de utilizar indicadores de resultados para identificar hospitales con mayor probabilidad de presentar problemas, y para analizar sus posibles causas. Existe controversia sobre la bondad de los resultados para evaluar la calidad de la asistencia a partir de esta información. Los requisitos básicos para establecer la política son: indicadores adecuados, empleando los mejores ajustes posibles y acompañándolos de explicaciones y de las precauciones necesarias
2000	Marshall MN et al[12]	Resumir evidencias empíricas sobre la publicación de resultados hospitalarios, exponer resultados sobre ganancias potenciales e identificar áreas de investigación	Revisión bibliografía. Descripción, observación y evaluación de los RC en los EE.UU.	Estudios basados en la utilización de datos publicados por aseguradores, compradores, médicos y hospitales. Impacto en los resultados de la calidad de los cuidados. Costes	Se evalúan 7 sistemas de RC. El impacto sobre la toma de decisiones es creciente, aunque se desconfía de esta información. Los médicos casi no los utilizan. En un limitado número de estudios se asocia la publicación de datos con una mejora de los resultados sanitarios

IAM: infarto agudo de miocardio.

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
2000	Sainz A y Humet C[35]	Recoger conclusiones, reunión conjunta del IMSALUD y la Sociedad Española de Calidad Asistencial del año 2000	Reunión de expertos	Utilidad y objetivos de las políticas activas de difusión de resultados. Los profesionales ante la difusión de la información. Qué datos difundir. Aspectos metodológicos: fiabilidad y validez de la información. Por dónde empezar	Tendencia a desarrollar políticas activas de difusión de datos para que los usuarios puedan elegir centro y crear competencia entre centros. Los profesionales opinan que la información debe ser consensuada, a través de indicadores. La fiabilidad y la validez de esta información requiere mejores sistemas de información. Debe existir voluntad política de la Administración
2000	Hibbart JH et al[21]	Evaluar la efectividad de elegir un plan de salud en términos de autoprotección ante posible riesgo frente a obtener una ganancia o beneficio	Control experimental. 207 pacientes asignados aleatoriamente a cuatro condiciones que varían según dos dimensiones: Si la información está presentada en términos de posible riesgo o posible ganancia. Si contiene o excluye mensajes sobre cómo usar la información	Comprensión (tablas, características plan, implicaciones de la elección). Importancia del asesoramiento de planes de salud para pacientes (si aparece el médico, localización, costes mensuales, clasificación de los miembros por calidad de cuidados). Resultado de la decisión (cuánto dinero estarían dispuestos a pagar, cuánto tiempo estarían dispuestos a desplazarse y si aceptarían otro médico que no fuese el suyo)	Los pacientes dan mayor importancia a las advertencias sobre posibles riesgos. Los sujetos con mayores ingresos están dispuestos a pagar más y a renunciar a su médico para tener mayor calidad en los cuidados. Los sujetos con menos ingresos están dispuestos a desplazarse más lejos
2000	Kaplan JG et al[36]	Estimar cómo se pueden evaluar las competencias de las organizaciones sanitarias mediante los RC	Descriptivo	Nueve áreas de planes sanitarios susceptibles de análisis: calidad, manejo de la enfermedad, recursos clínicos, manejo de los cuidados, costes, dirección y acreditación, iniciativas, extensión de la red, técnicas y responsabilidad financiera	El HPA (evaluador de los planes de salud) es una herramienta de medida y retroalimentación para evaluar hospitales y otras administraciones sanitarias. Pero no puede reemplazar los datos que examinan aspectos estadísticos y técnicos, o las razones por las que se han producido o no los resultados esperados

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
2000	Sorokin R[37]	Investigar la procedencia de la información de cinco RC	Análisis de información de cinco RC	Precisión de la información: Diagnósticos erróneos. Datos perdidos en laboratorio. Pacientes registrados. Discrepancias entre la información de los RC y los resultados	Los problemas metodológicos en la elaboración de los RC son los responsables de los escasos resultados
2000	Fowles JB et al[11]	Comparar respuestas de asegurados ante los RC de dos mercados diferentes. Determinar qué características personales se relacionan con lo que recuerdan haber visto en RC, y la dedicación con la que los han leído. Evaluar la ayuda percibida que obtienen a través de los RC	Entrevistas tras ingresar en el plan de salud. 784 empleados en Monsanto (St. Louis, 1996) y 670 empleados de comprador cooperativo de cuidados sanitarios (Denver, 1997)	El recuerdo específico de los RC y la profundidad de la lectura. Percepción de ayuda en la comprensión del plan de calidad y en la decisión de mantenerse igual o cambiar	Aunque las dos muestras son muy diferentes, sus respuestas ante los RC han sido similares. El 82% los considera útiles para tener conocimientos sobre calidad, y el 66% los considera útiles para decidir si cambiar o no. Los empleados que usaron la encuesta de información al paciente en su toma de decisiones es más probable que recuerden los RC, hagan una lectura más profunda, obtengan ayuda para comprender el plan de calidad y decidan si cambian o no de plan La profundidad de la lectura, el recuerdo de la información y la ayuda percibida están más relacionadas con las preferencias de los empleados por un tipo de información que con sus necesidades
2001	Mira JJ y Rodríguez-Marín J[3]	Revisar datos recientes sobre métodos para ayudar a los pacientes a decidir de una forma responsable	Revisión bibliográfica	Métodos que ayuden al paciente a elegir tratamiento, y lugares donde pueden encontrar ayuda médica	La investigación sobre estas cuestiones no es demasiado frecuente, y el tipo de estudios que se han realizado se caracterizan por simular la realidad. Para que el paciente pueda decidir sobre qué tratamiento va a seguir: debe querer ser informado y querer decidir, debe entender la información que se le da y que hacerlo le resulte útil. En el caso de elegir dónde acudir en busca de ayuda médica requiere: que disponga de la información pertinente, que los pacientes sean capaces de discriminar la mejor opción entre las diversas posibilidades que se le presenten y que al hacer públicos determinados indicadores se estimule la mejora de la calidad

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
2001	Hibbard JH et al[22]	Valorar cómo diseñar la presentación de los RC para que resulte más manejable y aumente la calidad de la información	Control experimental (n = 162) Los sujetos fueron asignados al azar a condiciones y completaron la encuesta sobre la calidad de la información y sobre sus elecciones	Peso que le dan a la calidad de la información en sus decisiones. Exactitud de las decisiones	La presentación de los datos influye en las decisiones. Presentando la información de resultados en un formato más interpretable, crecerá el peso en las decisiones de los pacientes
2001	Hibbard J[19]	Analizar el efecto de los RC. Proponer estrategias para aumentar el interés de los pacientes por la publicación de resultados y para que entiendan su importancia. Cómo presentar la información de los RC para que resulte más sencilla	Descriptivo	Efecto de los RC. Estrategias para aumentar el interés de los pacientes por la publicación de resultados y para que entiendan su importancia. Formas de presentar los RC	Los RC han tenido un impacto mínimo. Las posibles estrategias para aumentar su uso son: hacer conscientes a los pacientes de que existe un riesgo, presentar aquella información que los pacientes deseen conocer, que esta información no sea muy extensa y sea fácil de entender
2001	Tu JV et al[41]	Describir estrategias para ayudar a los clínicos y a los hospitales de Canadá para que puedan lograr resultados positivos en la era de los RC			Recomendaciones para lograr resultados positivos: no precipitar la publicación de resultados. Revisar los resultados de ajuste de riesgo. Revisar la calidad de los datos antes de analizarlos. Preguntarse si los autores tienen conflictos de interés. Conocer tus resultados antes que otros lo hagan. Ser cuidadoso con el registro de los datos. Focalizar la práctica. Aprender de los colegas. Preguntar por la historia completa de cada proceso y resultado. Como su desarrollo es inevitable, hay que aceptarlos y mejorarlos
2001	Mukamel DB y Mushlin AI[42]	Examinar las razones de la publicación de los RC y su impacto	Revisión y evaluación de las evidencias sobre el impacto de los RC en la elección de médicos, hospitales y planes de salud	Efecto de los RC en las elecciones de los pacientes. Variables de los RC que puedan influir: complejidad, formato, tipo de información, validez y credibilidad, etc.	Los RC han tenido un mínimo efecto, pero esto no indica que no sean efectivos. Es necesario investigar más y continuar con la mejora

Tabla 1. **Continuación**

Año	Autor y referencia bibliográfica	Objetivo	Método	Variables	Resultados y conclusiones
2001	Davies HTO[9]	Explorar las actitudes y reacciones de los proveedores sanitarios, ante la difusión de resultados	Método cualitativo, estudio de casos. Entrevista semiestructurada (n = 35) en seis hospitales de los EE.UU.	Actitudes y creencias de proveedores sobre el impacto en las comparaciones externas de los datos comparativos. Uso de sistemas de datos internos y externos para identificar y resolver problemas de calidad. Percepciones de la cultura organizacional predominante (su grado de confianza y el lugar que ocupa la excelencia clínica)	Los proveedores suelen sentir (aunque no siempre), antipatía por la publicación de datos comparativos. Estos datos suelen verse poco válidos y existe controversia ante su aceptación. Sin embargo, el carácter público de estos datos supone acciones de mejora, sobre todo cuando los datos muestran escasos resultados. Identifica poca integración entre los sistemas de datos internos y externos. Los datos comparativos pueden ayudar a asegurar una mayor atención a la calidad, pero son necesarios mayores esfuerzos para desarrollar sistemas internos que mejoren la calidad, e integrarlos de forma eficaz con los sistemas externos
2002	Davies HTO et al[49]	Valorar los defectos potenciales en la medida de los resultados sanitarios puede tener un efecto diferenciado y desproporcionado en subgrupos de población vulnerables (pobres, de bajo nivel educativo, enfermos crónicos y pertenecientes a minorías étnicas y lingüísticas)	Análisis informes	Relevancia de los RC en subgrupos de pacientes vulnerables. Valoración de las medidas existentes para los grupos de pacientes vulnerables. Los efectos diferenciales potenciales en pacientes vulnerables y los proveedores cuya atención a ellos surge de la difusión y uso de los RC	Defectos potenciales: los RC ofrecen poco, no consideran sus intereses y aumentan su desatención clínica. Por temor a obtener malos resultados se puede esperar que las organizaciones sanitarias eviten casos difíciles (selección adversa). Recomendaciones para aminorar estos efectos: investigar más para documentar y diferenciar estos efectos. Proporcionar a estos pacientes la información que necesiten y estratificar los datos para que puedan tener un trato distintivo. Son necesarias mejoras en métodos de ajuste de riesgo (con claras comparaciones) y estrategias de reembolso para pagar la mayor atención de dificultades y los costes asociados a la atención de estos grupos
2002	Ireson CI et al[23]	Reflexionar sobre el estado actual de los RC	Revisión y evaluación de las evidencias sobre RC	Calidad de los servicios sanitarios. Historia de los RC. Uso de los RC. Información que deberían contener los RC. Cómo obtener buenos resultados	La nueva generación de RC deberá responder a las necesidades informativas de los pacientes. Los pacientes desean conocer: satisfacción de pacientes, estatus funcional, asesoramiento de sistemas específicos, indicadores biológicos del proceso de la enfermedad y costes

de elaboración de estos documentos informativos, las dificultades prácticas a la hora de medir, analizar y registrar los indicadores de calidad y los efectos de su difusión y su utilización, destacando que la difusión de resultados no ha tenido el efecto esperado y que puede llegar a ser perjudicial. Se resalta que suelen ofrecer información inoportuna que puede ser susceptible de prejuicios, en lugar de proporcionar datos útiles y fiables. Entre los inconvenientes también se destaca, como un problema importante, que en su elaboración no se ha tenido en cuenta qué es lo que interesa conocer a los pacientes. En cuanto a su utilidad, se subraya que ha sido menor de la esperada, ya que los pacientes no siempre tienen la necesidad de elegir y, además, esta elección no siempre supone ventajas para ellos. Concretamente, en uno de los trabajos[27] se valoran los potenciales efectos negativos de la medida de los resultados sanitarios sobre ciertos grupos de personas más vulnerables (personas con escasos ingresos mensuales, con bajo nivel educativo, enfermos crónicos o pertenecientes a minorías étnicas o lingüísticas), ya que no atender a sus intereses puede aumentar su desatención; a la vista de estos resultados, los autores ofrecen recomendaciones para aminorar estos efectos.

Cuando se aplican a procesos concretos, los resultados son también contradictorios. Al comparar los datos de varios *report cards* sobre resultados en el tratamiento de pacientes con neumonía, Josephson et al[28] llegaron a la conclusión de que los *reports cards* ofrecían una inadecuada información que no permitía realizar comparaciones con cierta seguridad y que, en cambio, ayudaba más a mejorar la calidad asistencial y a comparar las variaciones en la utilización de recursos que realizaban los médicos. En otro estudio no se comprobó que los *report cards* colaboraran en el objetivo de reducir la variabilidad de la práctica[29] o que no eran capaces de identificar diferencias en la práctica de distintos profesionales[26]. Por el contrario, otros han demostrado que resultan útiles y cumplen con sus objetivos, permitiendo realizar comparaciones que benefician a la calidad asistencial[30,31].

4. Pero no todos los estudios hablan de los inconvenientes. Un total de 5 artículos (12,5%) recogen que la publicación de resultados asistenciales representa importantes beneficios[10,12,17,20,22], como la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y el mayor control de costes. Se ha señalado también que permiten la identificación de áreas susceptibles de mejora y aumentan la satisfacción de los pacientes, ya que ofrecen la posibilidad de comparar para poder elegir el mejor servicio sanitario.

5. Otro de los temas abordado es cómo seleccionar los indicadores de resultados que deben difundirse. Un total de 10 trabajos (25%) plantean la necesidad de utilizar alguna herramienta para identificar, medir o registrar los indicadores de calidad de los procesos o servicios hospitalarios[3,5,7,8,26,32-36]. Muchas veces, en la práctica se mide no lo que resulta más importante, sino aquello que es más fácil de medir, y parece que esto sucede en este caso. Los datos de alguno de los estudios sobre la fiabilidad de los indicadores no resultan prometedores ya que, al revisar 5 *report cards* se encuentran fallos metodológicos en el registro de los datos, con resultados de pacientes atendidos fuera del período de estudio, un considerable número de falsos positivos, muestras reducidas, y se critica el hecho de no ofrecer información sobre intervalos de confianza[37]. Además, muchas veces los resultados que se alcanzan dependen de factores externos al propio hospital. Es el caso del estudio de Chassin et al[38], quienes encontraron un descenso en la mortalidad durante la implantación de un sistema de *report cards* en Nueva York que otros autores han atribuido a las campañas informativas sobre factores de riesgo que, parece, colaboraron activamente a disminuir la mortalidad[39].

6. El estudio de Fielding, Sutherland y Halfon[8] es especialmente interesante para hacerse una idea del estado de desarrollo de los *report cards* en los EE.UU. Estos autores revisaron 85 *report cards* y, al valorar la calidad de su información, llegaron a la conclusión de que era buena en un 25% de los casos, mejorable en un 47% y escasa en otro 26%. Un 75% de los *reports cards* informaban de sus objetivos y un 32% reconocía problemas en su construcción debido a la inexistencia de datos. El coste medio de realización de estas herramientas informativas fue de 19.000 dólares, y el tiempo medio para su confección de 12 meses, contando con la participación de unas 8 personas a tiempo completo. La audiencia de estos *report cards* se concentró entre los propios profesionales sanitarios (un 78% los conocía), los ciudadanos de la comunidad (un 67% los reconocía) y los departamentos sanitarios (un 60% utilizaba esta información).

7. Desde otra perspectiva, han aparecido publicados 2 trabajos (el 5% de los revisados) cuyo objetivo era ayudar a los clínicos y a los directivos hospitalarios a obtener resultados positivos de cara a estos *reports cards*[40,41].

8. Por último, otros 4 artículos (10%) ofrecen la opinión de los médicos respecto a los *report cards*, dejando patente una cierta controversia en cuanto a su aceptación, aunque se consideren como un hecho inevitable[7-9,11].

Otros autores han estudiado las repercusiones económicas de la difusión de resultados asistenciales para las compañías o los centros asistenciales. Los datos obtenidos sugieren que, por un lado, los hospitales con mejores resultados tenían cuotas mayores de mercado y, por otro, que los médicos con mejores resultados tenían honorarios más elevados[42].

Ahora bien, un estudio que comparaba los resultados asistenciales en pacientes con infarto de los "100 mejores hospitales" con hospitales no incluidos en esta clasificación concluye que la calidad asistencial de ambos conjuntos de hospitales es semejante en cuanto a índice de mortalidad o de utilización de fármacos bloqueadores beta, es decir, aunque los resultados finales eran similares, los primeros eran más eficientes[30].

Algunos trabajos sugieren que para los pacientes es difícil comprender el significado de los indicadores de calidad que se difunden, ya que la combinación de datos directos y de datos ajustados por riesgo o comorbilidad hace más compleja la interpretación de los resultados, lo que muy probablemente es útil para unos y complica la decisión para otros[43]. En la práctica sabemos que los datos sobre los efectos indeseables de las intervenciones médicas, por ejemplo, resultan especialmente complejos de interpretar para los pacientes o, sencillamente, descartan que ése pueda ser su caso, con lo que el resultado final puede no corresponderse con su expec-

tativa[15]. Además, la forma en que se presenta toda esta información afecta a su grado de comprensión. El número de indicadores que se presentan, su significado para el paciente, el tipo de soporte informativo, la forma particular en que se difunde la información (tablas de datos, gráficos, presentación de estadístico que informa sobre diferencias significativas entre resultados, etc.) afectan a las decisiones de los pacientes[14,44,45].

En el estudio de Fowles et al[11], al comparar dos muestras de lectores de *report cards*, observaron que aquellos que habían recibido la información con un formato distinto no hallaron grandes diferencias en cuanto a la facilidad para tomar decisiones, aunque más sujetos del grupo con mayor información recordaba haber visto el documento informativo. El 82% de los sujetos encontró útil los *report cards* para entender qué era calidad asistencial y un 66% afirmó que le resultó útil para tomar su decisión sobre su renovación con el mismo plan de salud o para cambiar. Ahora bien, sólo un 40% declaró haberlos leído íntegramente. Ambos grupos identificaron como importantes la posibilidad de elección de especialista y la rapidez con que eran atendidos cuando precisaban ser visitados por el médico. A aquellos pacientes que habían acudido más veces al médico en el último año la información suministrada les había resultado de menor utilidad.

En cuanto a los autores más prolíficos, destaca como la autora que más trabajos ha publicado en el período de estudio a Judith H. Hibbart, de la Universidad de Oregon, con 7 artículos (lo que supone el 17,5% de los trabajos analizados). Otros autores que han publicado más de un trabajo en el período de estudio son HTO Davies, de la universidad escocesa de St. Andrews y Dana B. Mukamel y Alvin I. Mushlin, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Rochester (Nueva York) y de la Universidad de Cornell, respectivamente.

Las 3 referencias (7,5% del total) que encontramos en castellano[3,34,35] revisan puntos de vista sobre las políticas de difusión de resultados, y en dos[34,35] recogen las conclusiones extraídas de la reunión celebrada conjuntamente por el INSALUD y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) en el año 2000, organizadas con el propósito de reflexionar y debatir la oportunidad, conveniencia y la forma de tratar las políticas de difusión de resultados de la asistencia sanitaria en nuestro país.

Discusión

En la actualidad confluye una serie de circunstancias en nuestro sistema sanitario. Primero, porque las administraciones públicas estimulan la difusión de resultados sobre la gestión que realizan desde hace unos años. Segundo, porque se buscan activamente herramientas y procedimientos para estimular la mejora de calidad e incrementar la satisfacción de los pacientes. Tercero, porque se está buscando la implicación de los ciudadanos en la toma de decisiones relativas a su salud, por ejemplo, sobre opciones terapéuticas, aunque no todos los pacientes pueden querer participar de forma activa o puede darse el caso de pacientes mejor informados, más satisfechos, menos ansiosos y con mayor autonomía, pero asumiendo un mayor riesgo de padecer alguna enfermedad[50]. Por todo ello, parece necesario ofrecer mayores facilidades a los ciudadanos para que puedan elegir dónde recibir asistencia sanitaria, lo que a corto plazo supone que los ciudadanos, para poder elegir, requerirán información sobre qué cabe esperar de cada centro.

Una de las alternativas para brindar esta información sobre resultados sanitarios son los denominados *report cards* o las *league tables*. En esencia se trata de brindar información que permita la comparación y que capacite para tomar decisiones. Ahora bien, no parece que la mera difusión de información sea suficiente. Más bien, los resultados sugieren que la información no tratada puede resultar confusa y que una mayor cantidad de datos no siempre se corresponde con una mayor información.

De la revisión se deduce que no todos los *report cards* tienen el mismo origen ni la misma finalidad, ni tratan la información de forma similar. La sistemática con que hayan sido elaborados es vital para determinar su utilidad y, sobre todo, su fiabilidad. El número de pacientes que abarcan, la cobertura sanitaria a la que se refieren o el área geográfica que comprendan pueden sesgar las estimaciones de los indicadores, y estas variables no siempre son tenidas en cuenta[26,33] cuando se realizan comparaciones.

La utilización de *report cards* sigue requiriendo estudios para analizar con detalle su utilidad[1]. Sabemos que existe un problema de interpretación de resultados, por el posible sesgo de publicación para los trabajos que reflejen iniciativas con mejores resultados. Cómo presentar la información, de qué forma se obtiene mayor credibilidad, qué dificultades se encuentran para hacer confeccionar y hacer llegar esta información son cuestiones que precisan una mayor reflexión.

Hasta el momento, y a la vista de las publicaciones identificadas, las investigaciones sobre estos sistemas de difusión de información de la calidad asistencial son de origen mayoritariamente norteamericano y, por tanto, realizadas en un marco completamente distinto al de nuestro país. Sin embargo, los temas analizados en esta revisión de la bibliografía podrían ser generalizables a nuestro contexto, ya que se refieren a las dificultades identificadas en la comprensión de resultados debido a los indicadores de calidad que se utilizan, las dudas que se plantean sobre si esa difusión de información de resultados se asocia verdaderamente a un incremento de la calidad o a las posibles barreras que los profesionales sanitarios encuentren a estos sistemas y que puedan hacer difícil su implantación.

Es evidente que, para que la difusión de resultados sea realmente útil, es necesario que el ciudadano entienda la importancia de sus decisiones, tenga la información suficiente para adoptar decisiones de forma responsable y no sea sometido a informaciones que le plantee riesgos innecesarios por cuestiones de índole no asistencial, por ejemplo, de carácter meramente publicitario, con el fin de atraer su atención con independencia de la calidad de los resultados.

Hasta el momento, la efectividad de las intervenciones mediante la utilización de *report cards* no es concluyente. Entre las principales ventajas de su utilización encontramos que sirven como estímulo para introducir cambios en los centros

sanitarios; favorecen la mejora de la calidad asistencial o, al menos, identifican las áreas sobre las que debe incidirse para introducir mejoras, y permiten reducir costes. Está claro que posibilitan la realización de comparaciones y que, desde su origen, cuando comparaban sólo las tasas de mortalidad, se han ido sofisticando paulatinamente hasta la actualidad, donde se comparan diferentes indicadores de resultados[52-54]. Poco a poco se van descubriendo otras ventajas, conforme se incrementa la experiencia con ellos y se combinan con otras herramientas para la mejora de la calidad[55].

Sin embargo, su utilización no está exenta de problemas. Sus principales desventajas residen en que su diseño, construcción y, sobre todo, el cálculo de los indicadores de resultados resultan complejos y laboriosos[56,57]: los datos que contienen algunos de ellos no siempre son fiables, ya que muchas veces cuentan con la información disponible y no con la información más adecuada. Parece que los pacientes no terminan de comprender toda la información que se les facilita y que pueden guiarse por ideas estereotipadas para interpretar los resultados, o atender sólo a una parte de la información desechando la que les cuesta más entender. Además, no hay que olvidar que los costes de elaboración y mantenimiento de esta información son considerables.

Estos sistemas de difusión de información muchas veces interesan más a los profesionales que a los pacientes, ya que la información que facilitan suele llamar más la atención de los propios implicados que de los beneficiarios de esa atención sanitaria. Sin embargo, parece que, sobre todo, ayudan en el caso de los pacientes con menos experiencia en el sistema sanitario. Hasta el momento, la mayor parte de los consumidores americanos no valora o utiliza datos comparativos, pero despiertan cierto interés en los miembros más jóvenes y educados de la sociedad[58-60]. La mayoría se ha centrado en experiencias en la atención especializada, sobre todo hospitalaria, y parece que el futuro inminente se dirige a su aplicación en atención primaria.

Por último, con el fin de incrementar la utilidad de los *report cards* para los pacientes se han formulado diferentes sugerencias. Algunas de las ideas sobre las que existe mayor coincidencia son que deben cambiarse ciertos contenidos y su forma de presentación. Por ejemplo, podrían ofrecer menor cantidad de información y asegurarse de que ésta sea relevante para los pacientes –o para quienes sean sus destinatarios–, como resultados clínicos, experiencias contrastadas en términos de beneficio terapéutico y satisfacción de otros pacientes o de sus familiares; facilitar su comprensión incluyendo instrucciones de ayuda, elementos gráficos que simplifiquen la lectura, o resumir la información y organizarla para que el documento no sea muy extenso.

Agradecimientos

Los autores queremos agradecer a Carmen Silvestre y Virtudes Pérez Jover sus comentarios y el tiempo que hemos compartido discutiendo los contenidos y estructura de este trabajo.

Bibliografía

1. Mira JJ, Buil JA, Lorenzo S, Sitges E, Aranaz J. Márketing de servicios en la organización sanitaria: Una herramienta para la mejora de la calidad de la asistencia. Cir Esp 2000;67:180-3.
2. Kassier JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. N Engl J Med 1994;330:1895-6.
3. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. Med Clin (Barc) 2001;116:104-10.
4. Marshall MN, Hisock J, Sibbaud B. Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. BMJ 2002;325:1278-83.
5. Nutley S, Smith P. League tables for performance improvement in health care. J Health Serv Res Policy 1998;3:50-7.
6. Medicare Hospital Mortality Information, 1986. Washington, DC: US Dept of Health an Human Servicies, 1987. Publication 01-002.
7. Wicks EK, Meyer JA. Making report cards work. Health Affairs 1999;18:152-5.
8. Fielding JE, Sutherland CE, Halfon N. Comunity health report cards. Am J Preventive Med 1999;17:7986.
9. Davies HTO. Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. Quality Health Care 2001;10:104-10.
10. Thompson JW, Bost J, Ahmed F, Ingalls CE, Sennet C. The NCQA quality compass: evaluating managed care in the United Estates. Health Affairs 1998;17:152-8.
11. Fowles JB, Kind EA, Braun BL, Knutson DJ. Consumers responses to health plan report cards in two markets. Med Care 2000;38:469-81.
12. Marshall MN, Shekekke P, Leatherman S, Brook RH. What do we expect to gain from the public release of performance data? A review of the evidence. JAMA 2000;283:1866-74.
13. O'Malley S. Report cards: how relevant are they for patients? The Quality Letter 1997;12-5.
14. Hibbard JH, Jewett JJ. What type or quality information do consumers want in a health care report cards? Med Care 1996; 53:28-47.
15. Hibbard JH, Jewet JJ. Will quality report cards help consumers? Health Affairs 1997;16:218-28.
16. Hibbard JH. Use outcomes data by purchases and consumers: new strategies and new dilemmas. Internacional J Quality Health Care 1998;10:503-8.
17. Hochhauser M. Why patients have little patience for report cards. Managed Care 1998:34-31.
18. Edhman-Levitan S, Cleary PD. What information do consumers want and need? Health Affairs 1996;15:41-56.
19. Hibbard JH. Choosing health plan: do large employers use the data? Health Affairs 1997;16:172-80.
20. Davies HTO. Performance management using health outcomes: in search of instrumentality. J Evaluation Clin Pract 4:359-62.
21. Hibbard JH, Harris-Jojetin L, Mullin JL, Garfinkel. Increasing the impact on health plan report cards by addressing consumers´concerns. Health Affairs 2000;19:138-43.
22. Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evi-

dence from controlled studies. Health Services Res 2002;37: 291-313.

23. Ireson CI, Ford MA, Hower J, Schwatz RW. Outcome report cards. Arch Surg 2002;137:46-51.
24. Davies HTO, Crombie K. Interpreting health outcomes. J Evaluation Clin Pract 1997;3:187-99.
25. Rainwater JA, Romano PS, Antonius DM. The California Hospital Outcomes Proyect: How Useful Is California's Report Card for Quality Improvement. J Quality Improv 1998;24:31-9.
26. Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. JAMA 1999;281:2098-105.
27. Davies HTO, Washington AE, Bindman AB. Health care report cards: implications for vulnerable patient groups and the organizations Providing them care. J Health Polit Policy Law 2002; 27:379-99.
28. Josephson MD, Agger AW, Bennett CL, Ullman M, Arnow PM. Performance measurement in neumonia care: beyond report cards. Mayo Clin Proc 1998;73:5-9.
29. Poses RM, Berlin JA, Noveck H, Lawrence VA, Spence RK, Duff A, et al. How you look determines what you find: seven of illness and variation in blood transfusion for hip fracture. Am J Med 1998;105:198-206.
30. Chen J, Radford MJ, Wang Y, Marciniak TA, Krumholz HM. Performance of the "100 top hospitals": what does the report card report? Health Affairs 1999;18:53-68.
31. Saaddine JB, Engelgau MM, Beckles G, Gregg E, Thompson TJ, Venkat KM. A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s. An Intern Med 2002;136:565-74.
32. Epstein AM. Roling down the runway. The challenges ahead for quality reports cards. JAMA 1998;279:1691-6.
33. Dans PE. Caveat doctor: how to analyze claims-based report cards. J Qual Improv 1998;24:21-30.
34. Peiró S, Lorenzo S. La difusión a los ciudadanos de los resultados de la asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial 2000; 15:391-3.
35. Sainz A, Humet C. Jornada INSALUD-Sociedad Española de Calidad Asistencial 2000. Rev Calidad Asistencial 2000;15: 448-51.
36. Kaplan JG, Bauers JC, Beloff S, Tidall WN. Managed care report cards: evaluating tose who evaluate physician. Managed Care Interface 2000:88-94.
37. Sokorin R. Alternative explanations for poor report card performance. Eff Clin Pract 2000;3:25-30.
38. Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. N Engl J Med 1996; 334:394-8.
39. Greene J, Wintfield N. Report cards on cardiac surgeons: assessing New York State's approach. N Engl J Med 1996;332: 1229-32.
40. McGlynn EA. The outcomes utility index: will outcomes data tell us what we want to know? Int J Qual Health Care 1998;10: 485-90.
41. Tu JV, Schull MJ, Ferris LE, Hux JE, Redelmeter DA. Problems for clinical judgement: 4. Surviving in the report cards era. CMAJ 2001;164:1709-12.
42. Mukamel DB, Mushlin AI. Quality of care information makes a difference An analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Sugery Mortality Reports. Med Care 1997;36:945-54.
43. Isaac SL. Consumers' information needs: results of a National Survey. Health Affairs 1996;15:31-41.
44. Edgman S, Cleary PD. What information do consumers want and need? Health Affairs 1996;15:42-56.
45. Solodky C, Chen H, Jones P, Katcher W, Neuhauser D. Patients as partners in clinical research. Med Care 1998;36: AS13-20.
46. Nerena DR. Using outcomes data to compare plans, networks, and providers: what is he state or the art? Int J Qual Health Care 1998;10:463-5.
47. Lansky D. Measuring what matters to the public. Health Aff (Millwood) 1998;17:40-1.
48. Kim CS, Kristopaitis RJ, Stone E, Pelter M, Sandu M, Weingarten SR. Physician education and report cards: do the make the grade? Results from a randomised controlled trial. Am J Med 1999;107:556-60.
49. Davies HTO, Washington AE, Bindman AB. Health care report cards: implications for vulnerable patient groups and the organizations providing them care. J Health Polit Policy Law 2002; 27:379- 99.
50. Thompson R, Bowling A, Moss F. Engagiong patients in decisions: a challenge to health care delivery abnd public health. Qual Health Care 2001;10(Suppl 1):i1.
51. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. BMJ 2002;325:1263-8.
52. Meneu R. Top be or not top be. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:83-5.
53. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial 2001;16:107-18.
54. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial 2001;16:119-30.
55. Levknecht L, Schriefer J, Schriefer J, Maconis B. Combining case management, pathways, and report cards for secondary cardiac prevention. J Qual Improv 1997;23:162-74.
56. Peterson E, DeLong E, Muhlbaier L, Rosen A, Buell H, Kiefe C, et al. Challenges in comparing risk-adjusted bypass surgery mortality results. J Am Coll Cardiol 2000;36:2174-84.
57. Lezzoni L. The risks of risk adjustment. JAMA 1997;19:1600-7.
58. Schneider EC, Leiberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. Qual Health Care 2001;10:96-103.
59. Schneider EC, Epstein AM. Use of the public performance reports. JAMA 1998;279:1238-42.
60. Mukamel DB, Mushin AL. Quality care information makes a difference. An analysis of market share and price changes after publication of the New York State cardiac surgery mortality reports. Med Care 1998; 36:945-54.