

Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches

Todo el mundo está a favor de una buena calidad asistencial. A pesar de que generalmente se asume la existencia de la calidad en el contexto asistencial, realmente este concepto no se suele definir y tampoco es habitual que se aplique siempre de la misma manera. En general, pacientes y profesionales asumen que todos ellos comparten una idea común respecto a lo que constituye una buena asistencia, así como que los profesionales sanitarios poseen la voluntad y la formación adecuadas para llevar a cabo una asistencia de calidad. Por desgracia, esto no es siempre así.

Los políticos declaran solemnemente su compromiso con la calidad de la asistencia sanitaria y basan este compromiso en cuestiones de equidad y eficiencia. A través de la Resolución 1626 (2003), el Parliamentary Assembly Council of Europe ha apelado a los Estados miembro para que desarrollen criterios que permitan juzgar los resultados de las reformas de los sistemas sanitarios, incluida la mejora de la calidad. El Comité de Ministros europeo ha adoptado la Recomendación R (97) 17 para el desarrollo y la implementación de sistemas de mejora de la calidad (QIS, *quality improvement systems*) en el ámbito asistencial sanitario. En este artículo se revisan algunos de los antecedentes históricos y los conceptos de la calidad asistencial, se exponen las distintas definiciones de calidad, se describen las dificultades para la cuantificación y la motivación de la calidad, y se ofrecen estrategias para la evaluación y la mejora de la calidad en el contexto de la asistencia primaria.

Conceptos de calidad

La mejora de la calidad asistencial ha constituido en todo momento una tarea difícil. Florence Nightingale utilizó los «esquemas de polos opuestos» para comparar el efecto de los tratamientos sobre las tasas de mortalidad en pacientes civiles y en combatientes de la Guerra de Crimea. Sus resultados fueron rechazados en un principio pero finalmente dieron lugar a la introducción de modificaciones espectaculares en la asistencia sanitaria con mejoras muy importantes en los resultados de ésta. A principios del siglo XX, el Dr. Ernest Codman utilizaba pequeñas tarjetas en las que registraba el número de caso de cada paciente quirúrgico, el diagnóstico, el personal que le había intervenido, el procedimiento quirúrgico realizado y los resultados del tratamiento a corto y largo plazo. Esta iniciativa no

fue bien recibida y el Dr. Codman renunció finalmente a su puesto de trabajo en la plantilla médica del Massachusetts General Hospital de Boston. Medio siglo después, Donabedian¹ describió los atributos de la calidad utilizando para ello la estructura, el proceso y los resultados de la asistencia prestada. Señaló que es posible cuantificar la calidad (además de demostrar que es posible conseguir una buena calidad asistencial) a través del grado con el que el contexto asistencial posee los elementos estructurales necesarios para la prestación de la propia asistencia (instalaciones adecuadas, personal cualificado, supervisión y responsabilidad apropiadas, etc.); del grado con el que los clínicos siguen el abordaje asistencial adecuado (directrices de práctica clínica), y del grado con el que los pacientes experimentan los resultados pretendidos (morbilidad, satisfacción con la asistencia recibida, coste económico de la asistencia, etc.).

La labor desarrollada en el siglo XX por varios ingenieros y especialistas en estadística, como Shewhart, Deming y Juran, condujo la iniciativa a favor de la calidad hacia la situación ideal de una mejora continuada. Mediante el análisis de los datos de rendimiento y la aplicación de técnicas de diseño de sistemas, la industria mejoró la calidad a través de la reducción de los errores y los costes. Uno de estos modelos, denominado a menudo el Toyota Production Model, persigue en el ámbito de la fabricación de automóviles la reducción de los pasos innecesarios en los distintos procesos, la racionalización de los flujos, la disminución de los tiempos muertos y de los errores de los encargados, y la mejora de la calidad. En su aplicación a la asistencia sanitaria, el concepto básico es el de que, con independencia de cuál sea su funcionamiento adecuado, todo centro médico u organización asistencial puede mejorar a través de la aplicación sistemática de los principios de la mejora continuada de la calidad.

A medida que el siglo XX se aproximaba a su final, el discurso social relativo a la calidad empezó a estar dominado por la seguridad de los pacientes. Tiene su ironía el hecho de que las iniciativas aplicadas en los grandes sistemas para la mejora de la calidad asistencial no despertaran realmente interés hasta que la sociedad comenzó a considerar que la asistencia sanitaria podía ser peligrosa. En los comienzos del siglo XXI, la asistencia sanitaria continúa si-

guiendo la estela del liderazgo de la industria a través de los distintos programas experimentales de pago por servicio asistencial que pueden mejorar la calidad. Estos programas han alcanzado su mayor popularidad en Reino Unido y en Estados Unidos.

Definición de la calidad

Se han propuesto numerosas definiciones de la calidad asistencial. La comparación de dos definiciones puede ser útil para destacar algunos de los aspectos clave de la calidad. El US Institute of Medicine ha definido la calidad como «el grado con el que los servicios sanitarios ofrecidos a los individuos y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar el resultado sanitario deseado y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales». Esta definición requiere la determinación de la probabilidad de los resultados deseados («¿cómo influyó la intervención asistencial en la evolución de la enfermedad?»), así como la determinación del estado actual de los conocimientos profesionales («¿qué se puede esperar razonablemente de los profesionales que ofrecen el servicio asistencial?»). Esta definición depende en gran medida del juicio de los expertos y no tiene en cuenta quién decide cuáles son los resultados «deseados», a pesar de que podríamos asumir que el paciente tiene algo que decir respecto a los resultados deseados.

A diferencia de lo anterior, vamos a considerar la definición de calidad propuesta por el Wonca (World Organization of Family Doctors) Working Party on Quality in Family Medicine: «La obtención de los mejores resultados asistenciales posibles teniendo en cuenta los recursos existentes y siempre en congruencia con los valores y las preferencias del paciente». Esta definición reconoce la existencia de un rango de resultados «posibles», subraya la noción práctica de la limitación de los recursos y destaca de manera explícita la importancia de los valores y preferencias del paciente.

A pesar de que ambas definiciones están centradas en los resultados médicos, los pacientes asumen en términos generales el buen resultado y, así, se centran en los aspectos asistenciales relacionados con los servicios. Las percepciones de la calidad que posee el paciente están configuradas a través de la comunicación con el médico, la información que se le ofrece, los consejos relativos a las medidas de prevención, la coordinación asistencial y los tiempos de espera. Otras dos definiciones de la calidad más sucintas y centradas en el paciente son: «Lo que necesito y lo que quiero, cuándo lo necesito y cuándo lo quiero», y «El servicio asistencial correcto aplicado sobre la persona adecuada, en el momento y el lugar apropiados, y con el precio justo».

Controles de la calidad

Wennberg et al² y otros autores han demostrado la presencia de variaciones significativas e inexplicadas en los servicios ofrecidos a los pacientes que residen en áreas geo-

gráficas diferentes, y en los resultados experimentados por éstos. Las iniciativas a favor de la calidad que se han llevado a cabo en el contexto de la industria persiguen la identificación de las variaciones innecesarias y su reducción a través de la estandarización. Los movimientos favorables a la aplicación de directrices y a la medicina basada en la evidencia que han tenido lugar en el ámbito asistencial son intentos de introducir una mayor estandarización a través de un conocimiento más detallado de cuáles son los procesos asistenciales que pueden dar lugar con mayor probabilidad a los resultados esperados. A pesar de una inversión considerable en investigación biomédica, sigue habiendo en la actualidad grandes lagunas en el conocimiento de los métodos que pueden facilitar una asistencia mejor. La razón es la escasez relativa de la financiación de la investigación sobre los servicios sanitarios (el estudio de las prácticas que llevan a cabo realmente los clínicos), y también el hecho de que los estudios clínicos se llevan a cabo generalmente en centros sanitarios universitarios sobre grupos de población, contextos asistenciales y hallazgos cuya relevancia para la práctica clínica real puede ser escasa. En un análisis de los estudios más citados en la bibliografía («estudios clave») se demostró que sus resultados sólo son validados por estudios de investigación subsiguientes en el 44% de los casos³. Así, cuando hablamos de práctica clínica basada en pruebas científicas, nos encontramos con que, a menudo, las pruebas científicas tienen una aplicación cuestionable o una caducidad limitada, hasta que se publica el siguiente estudio «definitivo».

El reto al que se enfrenta la asistencia sanitaria es el de la identificación y aceptación genérica del mejor proceso que ofrece las posibilidades mayores para conseguir los resultados deseados, así como el de la definición de dichos resultados deseados. Hay varias razones que explican que el establecimiento de estándares no proporcione resultados tan buenos en la asistencia sanitaria como en la fabricación de automóviles y otras industrias. La primera es que los pacientes, los profesionales, las compañías financieras y la sociedad mantienen a menudo perspectivas distintas sobre lo que constituye la calidad.

Los pacientes suelen estar más preocupados por los aspectos de servicio relacionados con la asistencia que reciben: ¿se mantuvo el médico accesible y fue afable?, ¿cuánto tiempo tuve que esperar?, ¿se tuvieron en cuenta mis preocupaciones de una manera respetuosa?, ¿fue efectiva la comunicación? Por otra parte, los pacientes deciden por su cuenta si mantienen o no comportamientos saludables y si siguen o no las recomendaciones terapéuticas. Los automóviles no deciden si quieren llevar bolsas hinchables de protección instaladas o si desean que su motor tenga un rendimiento mayor.

Al igual que la mayor parte de las personas, los profesionales sanitarios se resisten a los cambios en su quehacer cotidiano. Dadas las posibles consecuencias desastrosas del abandono de los viejos hábitos seguros y su sustitución por

nuevas prácticas aún por demostrar, los profesionales sanitarios son reacios a modificar su práctica habitual antes de que haya pruebas convincentes de que dichas modificaciones van a significar una asistencia mejor. Además, los clínicos no pueden seleccionar a los pacientes a los que deben tratar («yo sólo quiero tratar a las personas sanas y que colaboren»), a diferencia de lo que ocurre con el fabricante de automóviles, que puede rechazar la compra de acero de baja calidad.

Las entidades financieras y las compañías de seguro sanitario están preocupadas principalmente por los aspectos de eficiencia, es decir, por la obtención del mayor «beneficio» asistencial al menor precio. Así, la definición de beneficio para el director de un sistema sanitario («vamos a determinar el beneficio a través de las campañas para que dejen de fumar todas las personas») puede ser distinta de la del paciente que experimenta un cáncer pulmonar metastásico y que busca el alivio de sus síntomas («el tratamiento de mi dolor y el abandono del tabaco es lo único que me queda»).

Estas definiciones distintas y a menudo contradictorias de la calidad introducen confusión en la sociedad y en los políticos que la representan. En una época en la que los medios de comunicación están continuamente proclamando a bombo y platillo el descubrimiento de métodos de curación milagrosos, muchas personas mantienen unas expectativas excesivas e irreales de lo que puede llevar a cabo realmente el sistema asistencial. Las encuestas demuestran que la sociedad está a favor de que todo el mundo adopte un estilo de vida saludable, siempre y cuando «todo el mundo» no implique que la persona que ofrece esta opinión tenga que cambiar sus propios comportamientos en relación con la salud.

El camino a la calidad

A pesar de que la calidad sea buena, queremos que sea mejor. ¿Cómo podemos mejorar la asistencia sanitaria en una situación en la que las prioridades pueden no estar claras o ser contradictorias, y en la que las herramientas que poseemos (protocolos, medicina basada en pruebas científicas) pueden ser inadecuadas, irrelevantes o incorrectas? Al igual que ocurre cuando iniciamos un viaje, es importante haber acordado previamente el destino y el trayecto más adecuado⁴. La «hoja de ruta» que se expone a continuación pretende ser una ayuda para que los profesionales y el resto de las partes implicadas inicien el viaje hacia la calidad⁵.

Participación de todas las partes implicadas

Las partes implicadas más importantes en la asistencia sanitaria son los pacientes, los profesionales y las plantillas. Otras partes implicadas pueden ser las entidades financieras y los gestores. Todas estas partes implicadas representativas deben ser consultadas respecto a sus prioridades en la mejora de la asistencia sanitaria. En lo que se refiere a los pacientes, la prioridad podría ser la «reducción de los

tiempos de espera». Los profesionales podrían considerar que su prioridad es «tener más tiempo para dedicar a cada paciente». Por su parte, las plantillas de trabajadores podrían tener como prioridad «una definición mejor y unas expectativas más razonables de las tareas que debo llevar a cabo».

Establecimiento de prioridades

Es muy frecuente que las iniciativas de calidad bien intencionadas pierdan toda su efectividad cuando intentan abarcar demasiado. El establecimiento de la prioridad máxima desde el primer momento, una prioridad que fuera posible alcanzar de manera rápida y sencilla, permitiría la definición de las prioridades posteriores en función del resultado obtenido inicialmente. Hay numerosas técnicas para el establecimiento de prioridades: la «tormenta de ideas», los procesos nominales de grupo, las cajas de sugerencias, etc. Un buen comienzo es el establecimiento de una prioridad en la que participen todas o la mayor parte de las partes implicadas. Un problema importante es el hecho de que las iniciativas actuales para la mejora de la calidad y para el sistema de pago por acto asistencial pueden estar centradas en prioridades que no son compartidas por los pacientes⁶ o los profesionales, o bien en el hecho de que dichas iniciativas contemplen objetivos que se puedan cuantificar fácilmente pero que no sean útiles o válidos⁷. Las pruebas obtenidas en el Reino Unido⁸ y Estados Unidos⁹ indican que los médicos alcanzan rápidamente los objetivos por los que reciben incentivos económicos, pero no está claro si sus pacientes están de acuerdo en ello¹⁰. Al final, si se fuerza a que los objetivos de los pacientes se ajusten a los objetivos del sistema, el sistema sanitario perderá la credibilidad y la confianza por parte de las personas a las que sirve.

Planificar el trabajo y trabajar en el plan

Los expertos en calidad apoyan el ciclo de calidad PDSA (Plan-Do-Study-Act). El proceso consiste en la planificación del cambio, su implementación a pequeña escala (un ensayo piloto o de pequeña envergadura), el estudio de los efectos del cambio y la aplicación de medidas para implementar el cambio a gran escala si los resultados obtenidos a pequeña escala son adecuados. Los representantes de las partes implicadas no solamente deben participar en el establecimiento de prioridades, sino también en el diseño de los procesos necesarios para alcanzar dichas prioridades. La participación de los pacientes en la identificación de los problemas y el desarrollo de las soluciones incrementa las posibilidades de que dichas soluciones sean contempladas como «amistosas» para los pacientes y de que, por tanto, tengan más éxito¹¹.

Cuantificación de los progresos

Las autopistas bien diseñadas nos indican, a través de las señales de tráfico, los progresos que realizamos («Madrid,

10 km»). Los proyectos de calidad bien diseñados utilizan cuantificadores precisos y frecuentes de características similares para determinar sus propios progresos. Es imprescindible que los proyectos de calidad aborden las prioridades que son importantes para las partes implicadas y que utilicen sistemas de cuantificación que sean significativos y faciliten el cumplimiento de las prioridades establecidas. Deberíamos tener capacidad para valorar lo que cuantificamos debido a que realmente sólo valoramos lo que podemos cuantificar. A medida que se realizan progresos hacia la consecución de un objetivo, los resultados deben ser divulgados en forma de gráficos, paneles o cualquier otro sistema similar, de manera que tengan conocimiento de ellos todas las partes implicadas.

Celebración de los éxitos y de la colaboración en equipo

La calidad es un «deporte de equipo». Los médicos sienten a menudo una ansiedad inicial y un alivio posterior cuando se convencen de que no necesitan ni pueden llevar a cabo todas las tareas, ni tampoco asumir todas las responsabilidades de un proyecto de calidad. En la práctica, todas las personas implicadas tienen algo importante que decir y hacer en cualquier proyecto de calidad¹².

Compromiso con la calidad

Cuando abordamos de manera sistemática y progresiva la mejora de la calidad, perfeccionamos la asistencia prestada y también aprendemos a mejorar. Los miembros del equipo asistencial son capaces de desarrollar habilidades y métodos nuevos para interaccionar entre sí. Las actividades relativas a la calidad inducen un efecto iterativo. A medida que los grupos de personas cambian sus comportamientos para fomentar la calidad, descubren que sus iniciativas adicionales de calidad son cada vez más rápidas y eficientes.

El reto al que se enfrentan los líderes de los proyectos de calidad es similar al que debe afrontar la persona que conduce

un coche: conseguir que los pasajeros se pongan de acuerdo respecto al destino, comunicar los progresos que se están efectuando hacia el punto de llegada, responder a las necesidades y conflictos individuales que se puedan plantear durante el trayecto, y ayudar a que todos disfruten del viaje.

Richard G. Roberts

Catedrático del Departamento de Medicina de Familia. Universidad de Wisconsin-Madison. Estados Unidos.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83:691-729.
2. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182:1102-8.
3. Ioannidis JPA. Contradicted and initially stronger effects in highly cited clinical research. *JAMA*. 2005;294:218-28.
4. Makela M, Booth B, Roberts R, editors. Family doctors' journey to quality. Helsinki: STAKES; 2001.
5. Coleman MT, Endsley S. Quality improvement: first steps. *Fam Pract Manag*. 1999;6:23-7 [accedido 11 Feb 2007]. Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/990300fm/23.html>
6. Chin MH, Muramatsu N. What is the quality of quality of medical care measures? *Perspect Biol Med*. 2003;46:5-20.
7. Pogach L, Engelgau M, Aron D. Measuring progress toward achieving hemoglobin A1c goals in diabetes care. *JAMA*. 2007;297:520-6.
8. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006;355:375-84.
9. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA*. 2005;294:1788-93.
10. Petersen LA, Woodard L, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145:265-72.
11. Palacio Lapuente F, Silvestre Busto C. Patient participation as a strategy to improve quality. *Aten Primaria*. 2006;38:461-4.
12. Davins Miralles J, Calvet Junoy S, Pareja Rossell C. Experience of the quality improvement plan for La Mina health centre (1989-2004). *Aten Primaria*. 2006;38:501-5.