

La medición de la calidad asistencial

P. Ruiz López

Coordinador de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Actualmente, dentro del ámbito sanitario, nadie pude dudar de que la medición de la calidad en sus diferentes dimensiones es un pilar importante que fundamenta y renueva el conocimiento, sirviendo igualmente como la base para la mejora y actualización del aprendizaje de los profesionales.

Desde las primeras referencias reconocidas en la medición de los resultados clínicos (John Graunt¹ publicó en 1662 *Natural and Political Observations upon tha Bills and Mortality*, destacando la alta mortalidad infantil más acusada en las ciudades que en el área rural; Willian Farr y Florence Nightingale² a finales del siglo XIX realizaron un análisis estadístico de enfermedades y muertes en el ejército, logrando muchos resultados positivos en salud pública, tanto entre combatientes como entre los pobres de las ciudades; Ernest Codman³ comenzó a registrar resultados de los tratamientos desde 1900, formulando en 1910 la propuesta de que cada hospital debería realizar el seguimiento de sus pacientes para valorar los resultados y analizar las causas para prevenir los problemas) hasta los sistemas de acreditación de instituciones sanitarias basadas inicialmente en la adecuación de la estructura de los centros⁴, las auditorías clínicas⁵ (médicas y de enfermería), en las que se mide principalmente la calidad del plan asistencial, hemos llegado a evaluaciones obtenidas tras aplicación de sistemas de agrupación de pacientes (GRD, PMC, APACHE, ASA, etc.)⁶ o las referidas a registros regionales o nacionales, como es el caso del registro nacional de trasplantes.

Asimismo, se están estableciendo progresivamente sistemas de comparación entre centros mediante los resultados de diversos indicadores basados en aspectos clínicos, de eficiencia o consumo de recursos y de calidad percibida por el paciente. Un ejemplo conocido es el Plan de Calidad del INSALUD⁷, que anualmente remite a los hospitales de su red los resultados de sus indicadores y la clasificación que ocupan, o el reciente «Top 20»⁸, que después de establecer el ranking de los «mejores» 20 centros hospitalarios del país ha levantado cierta polémica en nuestro ámbito sanitario⁹.

Sin embargo, a pesar de que los sistemas de información han avanzado, siguen sin resolverse algunos aspectos clave para poder analizar y evaluar la calidad de la asistencia. Algunos de estos aspectos se formulan a continuación.

¿Disponemos de evidencias suficientes como para saber lo que puede suponer buena o mala calidad, tanto del proceso como del resultado?

En relación al proceso, es decir, al desarrollo del plan asistencial (indicación de pruebas diagnósticas y de tratamientos, cuidados, etc.), es conocido que sólo

una proporción baja (se estima que aproximadamente un 15%) de las actuaciones clínicas tiene un fundamento científico consistente. Por tanto, quedan aún muchos aspectos por revisar. Para resolver este hecho existen algunas dificultades, tales como el elevado consumo de recursos (tiempo y esfuerzo) necesario para la realización de estudios apropiados, así como la aplicación de la metodología correcta. El tipo de estudio de más rigor científico, como es sabido, es el ensayo clínico controlado, y éste habitualmente es muy costoso, por lo que suele estar promovido por la industria farmacéutica. Es por ello que a la hora de evaluar la calidad del proceso hemos de basarnos frecuentemente en el análisis del cumplimiento de criterios de calidad científicamente no muy sólidos. Habitualmente estos criterios han de ser obtenidos mediante consenso entre los profesionales. Esto tiene la ventaja de una mayor aceptación de los resultados de la evaluación o audit por parte de las personas implicadas en el proceso, pero hace que el estudio pierda rigor científico.

En relación a los indicadores de resultado nos encontramos con otra dificultad importante: no suelen existir estándares o niveles de calidad universalmente reconocidos en los distintos procesos y procedimientos clínicos. Los estándares de indicadores globales (mortalidad, infección nosocomial, reingresos, reintervenciones, etc. del conjunto del hospital) no son de mucha utilidad, dado que la casuística de los centros no es homogénea. Además, los sistemas de ajuste al riesgo no resuelven este problema. Por ello se intenta obtener dichos estándares en procesos concretos. Las sociedades científicas deberían ser un instrumento para revisar estos procesos y facilitar a los clínicos los estándares. En este sentido ya existen en nuestro país algunas iniciativas, como la monografía elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia¹⁰ o la Asociación Española de Cirujanos¹¹.

La metodología para la obtención de estándares se puede basar en: revisión de la literatura, análisis de procesos, opinión de expertos y otros métodos de consenso (Delphi, Grupo Nominal, etc.)¹².

Otra cuestión de interés es: *¿qué fuentes de información se pueden utilizar para evaluar la calidad asistencial?*

La fuente más utilizada por los profesionales sanitarios sigue siendo la historia clínica. Ésta plantea una serie de inconvenientes como son la falta de registros, la ilegibilidad, la imprecisión de los términos, el extravío de parte de la documentación, a lo que hay que añadir el tiempo que requiera la revisión de su contenido. Otra fuente habitual es el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), utilizado para la codificación y agrupación de la casuística (habitualmente

en forma de Grupos Relacionados con el Diagnóstico o GRD). De los datos de codificación (diagnósticos y procedimientos principales y secundarios y comorbilidad, principalmente) se pueden obtener indicadores por proceso y resultados o niveles de calidad. Otra fuente útil es la recogida de datos prospectiva en hojas al efecto (soporte papel o informático) de los datos relevantes del proceso.

Hoy día cuando se habla de calidad se considera con frecuencia la llamada «calidad dura», que habla únicamente de efectividad o resultados clínicos. Sin embargo, *¿hay que considerar también la «calidad blanda»?*

Dentro de esta calidad se incluyen dimensiones tales como calidad de vida, satisfacción del paciente y consumo de recursos, principalmente. Las dos primeras suelen medirse a través de cuestionarios, y el consumo de recursos, mediante el registro de tiempos, utilización de pruebas diagnósticas, procedimientos terapéuticos y utilización de fármacos, básicamente. No cabe duda de que si queremos hablar de calidad integral se han de considerar estos aspectos que interesan a los clínicos, a los pacientes y a los gestores. Existen múltiples motivos para que las organizaciones sanitarias y, dentro de ellas, los clínicos se interesen por buscar información y analizar sus procesos. Actualmente se habla de una serie de cuestiones como el incremento progresivo del gasto sanitario, la competitividad entre centros y servicios, ofrecer una cartera de servicios, etc. Los equipos y los centros

sanitarios han de prepararse para disponer de una verdadera cartera de servicios, donde se incluyan las técnicas que realizan, la calidad de sus resultados y su consumo de recursos. Es posible que en un corto plazo de tiempo la elección de un centro/ servicio por parte del paciente y del gestor sea una realidad. Lógicamente en esta elección influirá la información disponible acerca de la efectividad, eficiencia y otros aspectos relacionados con la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anonymous Medical Statistics. Lancet 1921; i: 985-988.
2. Humphreys NA, ed. Vital Statistics: a Memorial Volume of Selections from the Reports and Writings of Willian Farr MD, DCL, CB, FRS. London: Edward Stanford, 1885; 250-330.
3. Codman EA. The product of a hospital. Surg Gynecol Obstet 1914; 18: 491-496.
4. Joint Commission on Accreditation of Hospitals: 1970 Accreditation Manual for Hospitals. Chicago, Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1971.
5. Joint Commission on Accreditation of Hospitals. The PEP Primer. JCAH, Chicago, 1974.
6. Ahicart C. Técnicas de medición del Case-mix hospitalario. Los procesos productivos en el hospital y la medición del producto hospitalario. Hospital 2000 1998; (suppl 1):4-22.
7. Plan de Calidad. INSALUD, 1999. Subdirección General de Atención Especializada, 2000.
8. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20. 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:107-118.
9. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:119-130.
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. SEGO. FAD, 1999.
11. Ruiz P, Alcalde J, Rodríguez E, Landa I, Jaurrieta E. Sección de Gestión de Calidad. Asociación Española de Cirujanos. Proyecto para la gestión de procesos asistenciales: Carcinoma colo-rectal, 2000-2001.
12. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. Barcelona: Ed. Masson, 1987.