

Los editoriales contenidos en este número reflejan la perspectiva de sus autores, que no necesariamente debe ser coincidente con la opinión de la Sociedad Española de Calidad Asistencial ni de los editores de la *Revista de Calidad Asistencial*.

Top be or not Top be

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

En este número de la *Revista de Calidad Asistencial* (RCA) se publica un artículo sobre las aportaciones del "TOP 20 2000" y el método empleado para su elaboración¹ junto a otro sobre las limitaciones de las evaluaciones de resultados². Este "diálogo" permitirá a los lectores juzgar adecuadamente su significación, potencial e insuficiencias, completando el vivo -y a menudo errado- debate que acompañó su difusión inicial. Para quienes no gustan de las discusiones "a la vikinga", ésta es una magnífica ocasión para lamentar la inversión sufrida por el cabal orden del discurso. El trabajo y las publicaciones científico-técnicas hace tiempo que se incorporaron a la sociedad del espectáculo³, afanándose en facilitar a los medios de formación de masas adelantos de lo que publicarán en sus próximos números. Tan generalizada práctica permite que los expertos de guardia sean consultados sobre las últimas novedades en su campo antes de haber tenido acceso a la adecuada información sobre éstas. La confusión que favorece tal dinámica sugiere que el debate público sobre los TOP 20 se habría enriquecido si antes de presentar sus "resultados" a los medios de comunicación se hubieran difundido entre los profesionales sus contenidos, métodos y limitaciones, evitándoles prejuzgarlos y permitiendo apuntar vías de avance y mejora desde el conocimiento informado.

Entre las estrategias de evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria la comparación de resultados parece especialmente pertinente, ya que en definitiva busca medir el logro de los fines pretendidos. Dadas las diferencias intrínsecas entre las unidades comparadas -objetivo y dotación de los centros, tipo de actividad a que se dedican, características de su clientela, etc.- es necesario "corregir" o "cocinar" los datos crudos para dotarlos de sentido. Estas técnicas, conocidas como "sistemas de ajuste de riesgos", se plantean si existen diferencias entre las unidades consideradas, y juzgan en qué medida las diferencias apreciadas son atribuibles a características de los pacientes y los centros o a la diferente calidad y eficiencia de estos. Para dilucidarlo se procede a normalizar las unidades consideradas (por ejemplo, las estancias, complicaciones o defunciones) y se comprueba si existe solapamiento entre sus intervalos de confianza una vez ajustadas, a partir de lo cual se realizan inferencias sobre la calidad o la eficiencia de la presta-

ción. Se trata pues de aproximaciones razonables, aunque imperfectas, por lo que conviene tener presente tanto sus limitaciones como sus fundamentos. Entre sus aplicaciones cabe destacar el ajuste de los pagos por casuística, además del cotejo de la actuación de diversos proveedores y su eventual clasificación para obtener tablas tipo "TOP 100" o para distribuir incentivos. También permiten aportar a los usuarios, especialmente cuando estos disponen de alguna capacidad de elección, información comparativa sobre los centros en competencia.

Las clasificaciones de centros y unidades similares a la comentada, basadas en la comparación de sus resultados, se han desarrollado durante la última década en países con mayor tradición de transparencia y responsabilidad ante los usuarios⁴⁻⁷. Aunque sin duda se trata de un sistema sencillo y útil para transmitir información sintética sobre el desempeño de los proveedores, adolece de algunas limitaciones que aconsejan ciertas cautelas en su manejo. Además del obvio "memento" sobre que estas clasificaciones sólo pueden considerar las variables con las que se elabora el indicador -lo que puede llevar a omitir algunas de relevancia crucial-, su extrema susceptibilidad a las manipulaciones permite ascender en el escalafón a aquellos centros con incentivos para aplicar las conocidas recetas de embellecimiento de los resultados publicados. Entre estos remedios cosméticos se cuentan algunos legítimos, como el uso de diagnósticos específicos en las codificaciones o la escrupulosa anotación de las comorbilidades, complicaciones y procedimientos quirúrgicos. Pero también se puede recurrir a mecanismos más dudosos o incluso fraudulentos, como el empleo del diagnóstico de mayor peso -GDR como diagnóstico principal, el etiquetado diagnóstico bajo criterios operativos dudosos y la anotación de diagnósticos de sospecha descartados, el registro de la comorbilidad que no influye en el proceso actual, los ingresos fugaces de casos "ambulatorizables" o el fraccionamiento de un episodio en varios mediante altas entre servicios, altas al finalizar fases del proceso diagnóstico, etc.

Esta publicación sobre los "TOP 20" permite valorar cómo se han tratado en su elaboración algunas cuestiones decisivas, como la definición de grupos de hospitales, la selección de indicadores, la recogida de información, el ajuste de la morta-

lidad, las complicaciones y la duración de la estancia, o la ambulatorización de procesos; así como conocer el nivel de significación estadística de los resultados difundidos, una convención que, en tanto sustente la validez de éstos, debería trazar una *wittgensteiniana* frontera entre lo inefable y lo afirmable⁸. Todas estas decisiones implican opciones discutibles, y sería deseable que se generara un debate informado, centrado más en el refinamiento del instrumental disponible que en la demolición de los avances realizados. Seguramente disponemos de mejores instrumentos para tratar la información manejada que la mera suma sin ponderación de la jerarquía de cada centro en los indicadores utilizados. También la incorporación de medidas no incluidas en otros trabajos, como la consideración irrestricta de un mayor índice de ocupación como un logro positivo, o la definición por constructo como “hospital top 20” de cualquiera situado entre los cuatro primeros de cada uno de los grupos definidos son asuntos sobre los que puede debatirse largamente. Pero a partir de ahora las objeciones metodológicas deberían acompañarse de críticas constructivas, sugiriendo alternativas que mejoren el rendimiento y la validez del modelo empleado. Quizá el principal mérito de la clasificación presentada estriba en haber propiciado esta discusión poniendo el listón de salida suficientemente alto. No es poco.

Pese a sus evidentes limitaciones e imperfecciones, el establecimiento de una dinámica que favorezca la comparación entre los centros basada en criterios objetivos y relevantes, ajustados a sus distintas características resulta una prometedora vía de avance que previsiblemente llevará a las organizaciones sanitarias a incrementar sus esfuerzos para garantizar la recogida y manejo de los datos necesarios para la producción y difusión de información accesible sobre la efectividad, adecuación y calidad de su desempeño. La mínima experiencia en nuestro país con este tipo de clasificaciones pone de manifiesto la escasez de la información disponible y, sobre todo, lo desigual de su difusión. Pese a ello, y pese a los cruces de descalificaciones airadas y las insuficiencias metodológicas detectables, se trata de una senda por la que merece la pena transitar. Mejorar el instrumental y su aplicación es necesario, pero posiblemente sólo insistiendo se consiga una mayor transparencia y responsabilidad sobre los resultados de la asistencia prestada. La irreflexiva indignación de algunos responsables sanitarios buscando culpables de la “filtración” de datos de algunos centros -al parecer escrupulosamente obtenidos por los investigadores- debería dar paso a la más razonable estupefacción de los ciudadanos, financiadores últimos de aquellos, por la implícita voluntad de negarles información sobre los resultados obtenidos con sus recursos. Aunque ciertas posiciones paternalistas insisten en la dificultad de los pacientes para digerir y procesar de manera suficientemente esta información, conviene recordar que su omisión lo único que consigue es que las decisiones se tomen a partir de “señales” de otro tipo, generalmente de peor calidad. Como profesionales preocupados por la salud de la población deberíamos favorecer que las elecciones sobre el centro preferido se basaran en datos contrastables y de validez debatible en foros técnicos, antes que en el seguimiento de las pautas de los modelos sociales generalmente aceptados, en absoluto inmunes a la manipulación, la venalidad o la ignorancia.

Como certeramente señalan los responsables del “Top 20”, *“la medición de la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios es siempre una tarea compleja. Por ello, las dificultades o limitaciones técnicas que pueda comportar el análisis de los datos objetivos han de conducir a su tratamiento escrupuloso, a la selección y validación de las metodologías y a la cuidadosa interpretación de los resultados, pero en ningún caso deberían ser una objeción que perpetúe el desconocimiento o la defensa del juicio sobre bases anecdóticas, porque de ello depende la capacidad de mejorar la eficiencia y calidad de la atención a los pacientes”*. Dada la existencia, o al menos la disponibilidad, de los datos necesarios para estas mediciones, resulta exigible una mayor transparencia que facilite el develamiento y la responsabilidad de la prestación de los centros. Ciertamente la evidencia disponible sobre la utilidad de estas publicaciones muestra una escasa influencia sobre las decisiones de los pacientes y los profesionales, pero no refuta sus beneficios potenciales para la mejora de la calidad⁹.

Sin embargo, algunas precauciones son convenientes. En nuestro país aun estamos lejos, en términos de calidad de la información manejada, de la realidad estadounidense. Trabajos como los de Poses¹⁰ que invitan a la cautela en la interpretación de los análisis de ésta, refuerzan la siguiente conclusión: debemos conocer las diferencias entre centros, pero estas herramientas serán más adecuadas para aprender que para juzgar. La elaboración de “liguillas” de hospitales a partir de la evaluación de resultados ajustados por sus riesgos, ordenándolos por su presunta calidad o eficiencia, es una actividad meramente instrumental. La principal utilidad de estos aportes de información residirá en su capacidad de contribuir a la mejora de la calidad hospitalaria, monitorizándola, detectando cambios en el tiempo y apuntando las áreas de investigación más adecuadas sobre oportunidades de mejora. Aprendemos comparando e intentando comprender las causas de las diferencias detectadas. La variación en las tasas con las que los profesionales emplean las intervenciones sanitarias disponibles ante poblaciones análogas contribuye al aprendizaje sobre la toma de decisiones médicas y a la mejora de su calidad. La variabilidad de los resultados obtenidos por hospitales similares que prestan los mismos servicios nos brinda la oportunidad de mejorar la calidad de la asistencia en todos ellos¹¹. Dejemos pues de ver como amenazas lo que no son más que oportunidades de avance.

Bibliografía

1. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16(2):107-16.
2. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16(2):119-30.
3. Debord, G. *La Société du Spectacle*. Paris: Editions Buchet-Chastel, 1967. Disponible en: http://www.multimania.com/laplage/d_spec/. Traducción al castellano: *La sociedad del espectáculo*. Valencia: Pre-Textos, 1999.
4. *100 Top Hospitals™: National Benchmarks for Success-2000* (página web). Accesible en: <http://www.100tophospitals.com/studies/national00/methodology.htm> (acceso 2/2/2001).

5. Green J, Wintfeld N, Krasner M, Wells C. In search of America's best hospitals. The promise and reality of quality assessment. *JAMA* 1997;277:1152-5.
6. U.S. News. *America's Best Hospitals: One-of-A-Kind Rankings of the Top Hospitals*. Wiley, John & Sons, Incorporated, 1995. Edición 2000 accesible en: <http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hosptl/tophosp.htm> (acceso 2/2/2001).
7. Houdart P, Mayle F, Vincent J. Le palmarès des hôpitaux. *Sciences et Avenir* 1998;619:32-71.
8. De lo que no se puede hablar, mejor es callarse (Wovon man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen) Wittgenstein L. *Trctatus Logico-Philosophicus*. Madrid: Alianza Universidad, 1973.
9. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;283:1866-74.
10. Poses RM, McClish DK, Smith WR, Huber EC, Clemon LW, Schmitt BP, et al. Results of report cards for patients with congestive heart failure depend on the method used to adjust for severity. *Ann Intern Med* 2000;133:10-20.
11. Mulley AG. Learning from differences within the NHS. Clinical indicators should be used to learn, not to judge. *BMJ* 1999;319:528-30.