

La difusión de resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria

Eduardo Maiz

Hospital de Basurto. Director Gerente

El sistema sanitario actual, plantea una serie de principios, que diseñan los contenidos filosóficos del mismo, entre ellos destacarían los de equidad y universalización. El primero incluye la capacidad de elección, selección y acceso a los servicios sanitarios por el ciudadano; el segundo de universalización, nos incluye a todos los usuarios, clientes o consumidores de los servicios de salud. Parece claro que el de equidad también incluye al derecho de los ciudadanos a conocer los resultados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Sistema de información de resultados

Una primera pregunta que podríamos plantearnos es si debemos establecer un sistema de información de los resultados de las actividades de nuestros servicios sanitarios, y si el conocer estos resultados va a permitir mejorar el funcionamiento de los servicios de salud. Una primera respuesta sencilla es que no podemos escapar de esta necesidad, que constituye en sí misma una responsabilidad ante los ciudadanos en general. Algunos países llevan muchos años publicando resultados. La necesidad de una política de difusión de los resultados está en el debate actual de la sanidad en España¹, y comienza a existir un cierto consenso, de que la información de las Administraciones públicas o instituciones financiadas con fondos públicos es propiedad pública y debería ser publicada, para conocimiento de todos los agentes del sistema².

Inicialmente se deberían publicar los datos existentes sobre la efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios y de los centros que los prestan. Así algunos autores se refieren a información de la gestión económica-financiera, la satisfacción del accionariado-patrono-propietario, o la rentabilidad económica³. A ellos se añadirían los resultados de los procesos asistenciales, la gestión integrada del proceso con indicadores de todo tipo tanto de eficiencia como de eficacia⁴, la información epidemiológica, la calidad del proceso, las complicaciones, los resultados a largo plazo y un largo etcétera.

Esta información debe contener una serie de elementos en función de quién sea el receptor de la misma, es decir, los diferentes agentes que participan en el sector sanitario; así los médicos, enfermeras y otros trabajadores como profesionales

de la salud; los gestores como medio de comparación con otros servicios de salud; el financiador o comprador como medio de selección de proveedores; el usuario -ciudadano-cliente-paciente-consumidor, como sistema de selección de un proveedor definido; las autoridades sanitarias como sistema de vigilancia y responsabilidad.

Es cierto que las autoridades sanitarias disponen de información más desarrollada de los diferentes servicios de salud, pero los datos no están accesibles de forma sencilla y cómoda para los diferentes interesados en esa información.

Utilidad de los datos: mejora continua de los servicios sanitarios

Una parte del debate se ha derivado en valorar la utilidad de estas informaciones para los ciudadanos y de si esa información pudiese servir para tomar decisiones sobre qué servicios sanitarios consumir o utilizar.

La experiencia en Estados Unidos muestra que cuando *The Health Care Financing Administration* publicó en 1988 datos voluminosos de 2 años consecutivos sobre los perfiles de mortalidad de hospitales de *Medicare* en todos los Estados Unidos fue contestada por miles de páginas de los hospitales para defenderse y buscar explicaciones a los datos publicados². Por ello se ha de ser cuidadoso con el tipo de publicación que se realice, ya que nos podría suceder algo similar, y este tipo de situaciones lo que generan es una confusión de todos los agentes, incluido el más importante: el consumidor, que comienza a dudar sin mucho sentido de la calidad de los servicios recibidos.

Desde los conceptos que hace unos años comenzamos a manejar sobre el análisis de la estructura, proceso y resultados⁵, y las diferentes herramientas que de ello se han derivado: análisis de la estructura en sistemas de acreditación que buscan disponer de una buena estructura que permita tener un buen proceso y obtener buenos resultados, aunque no lo asegure. O un actual desarrollo del análisis y control de los procesos⁶, debería completarse con un impulso de la medida y publicación de resultados.

El concepto actual de calidad ha evolucionado hasta convertirse en una forma de gestión que introduce el concepto de

mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma⁴. Se conoce como gestión de calidad total el conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de la calidad en una empresa. Se aplica a todas las actividades de la organización e incluye los productos finales, los procesos de prestación de servicios y la compra y manipulación de los productos intermedios. Los elementos esenciales para la implantación de la gestión de la calidad total son el personal, la mejora continua, los procesos y la satisfacción del cliente.

La calidad de los servicios depende de la ejecución, control y mejora continua de los procesos asistenciales y se hace necesario encontrar sistemas de medida de resultados que nos permita compararnos con los mejores y aprender de sus procedimientos y nos permita identificar nuestros puntos fuertes y nuestras áreas de mejora.

Por todo ello, sería conveniente que la información que publiquemos sirva para mejorar nuestras organizaciones. Algunos servicios de salud (hospitales, centros de salud, administración sanitaria llevan unos años intentando implantar un modelo de calidad total⁷ basado en los principios de la E.F.Q.M. (*European Foundation for Quality Management*). En este modelo, una de sus principales características es la importancia que se da a los resultados de la organización sanitaria, resultados que deben referirse tanto a los económicos, como a los asistenciales. Estos resultados deben basarse en indicadores numerosos, que deben contemplar comparaciones de varios años y comparaciones con otras organizaciones semejantes.

Igualmente el modelo analiza los resultados desde el punto de vista de los clientes, del personal y de la sociedad. Como observaremos, necesitamos como organizaciones, compararnos con otras organizaciones sanitarias semejantes.

Este nivel de comparación se hace preciso a todos los niveles de nuestro sistema de salud. Este sistema de comparación se debe dar entre centros sanitarios; entre servicios médicos; sobre procesos asistenciales; sobre costes económicos; sobre comparación científica de resultados del proceso: complicación, infección nosocomial, resultados a largo, etc.; sobre satisfacción de las expectativas y necesidades de los clientes-pacientes.

Al mismo tiempo, estos resultados deben servirnos para la mejora continua de nuestras organizaciones, incrementando la capacidad para decidir a todos los niveles de los agentes del sistema sanitario.

Una pregunta, que nos planteamos es si la información de la que disponemos en la actualidad es suficiente, exhaustiva, fiable, no manipulable. La respuesta estaría más cercana a considerar, que la información actual presenta limitaciones importantes para la medida de resultados. Y sobre todo para su comparabilidad, y que ello nos permita juzgar la calidad de los servicios prestados por los centros sanitarios.

La responsabilidad pública

Parece necesario realizar una política progresiva de búsqueda de consenso en la definición de estándares que nos permitan medir los resultados de nuestras organizaciones, en el sentido que esta información sea sencilla de entender, útiles para mejorar y aplicables en muchas organizaciones, que nos permitan comparar¹.

Parece indudable la necesidad de difundir los resultados de las organizaciones, unida a una definición de indicadores de calidad no malinterpretables, que expliquen rangos aceptables de calidad, y por supuesto que los datos sean utilizados con prudencia y precaución, evitando declaraciones descalificadoras que confundan a los usuarios.

Los tipos de información a elaborar van a variar en función de las diferentes necesidades de los agentes sanitarios. La administración buscará indicadores de rendimiento, costes y calidad global. Los centros y los profesionales indicadores de proceso, que les permitan mejorar sus procedimientos y que les permitan compararse con otros centros, servicios o unidades. El cliente-paciente buscará indicadores que le den información de un proceso determinado y le permita seleccionar un centro, servicio o médico de referencia.

Una barrera en todo este proceso estaba en la accesibilidad de todos los implicados a la información. Sin embargo, parece indudable que la globalización de las vías de información, representado por el uso creciente y masivo de Internet permitirá una mayor accesibilidad a la información.

¿Cómo podríamos avanzar en el desarrollo en nuestro país de una sistemática en la publicación de resultados? Se podrían definir varias estrategias de desarrollo: 1. El análisis, y síntesis de la información actualmente existente, difundiendo esta información a los elementos agentes sanitarios. 2. Conseguir mediante técnicas de consenso de profesionales, gestores, técnicos y autoridades sanitarias qué indicadores serían interesantes de ser diseñados, recogidos y analizados. 3. Publicación de esos indicadores, como mecanismo de información a todos los agentes interesados y su aplicación en la instauración de procesos de mejora continua.

Otra pregunta es: ¿quién tiene que regular esta monitorización de los servicios sanitarios: las administraciones públicas, las sociedades científicas, empresas privadas, asociaciones de usuarios, organismos mixtos? Teniendo en cuenta las características del sistema sanitario español, mayoritariamente público o financiado por dinero público, parece que corresponde al Ministerio de Sanidad y a las diversas Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas dinamizar un proceso de análisis y definición de los indicadores, así como los sistemas de acceso y divulgación de la información que se publique. Analizar con detenimiento las experiencias en otros países ayudará a no cometer errores en la selección de indicadores.

Algunas reflexiones adicionales sobre algunos conceptos de mejora continua y publicación de resultados, que podrían contribuir al desarrollo de estas ideas y que son aplicadas en los en los procesos de mejora continua serían: que son los directivos quienes deberían liderar el proceso de implantación de las medidas que permitan la búsqueda, selección, recogida, análisis y publicación de los indicadores. Todos deberíamos comenzar por plantearnos que los servicios de salud que ofrecemos son buenos, pero que hemos de intentar que sean mejores.

Todo ello implica que se debe producir un incremento de los recursos destinados a la investigación de sistemas de medida de la calidad, buscando, como decíamos antes, el consenso de todos los elementos del sistema⁸, clientes, proveedores, financiadores, profesionales, autoridades, políticos, etc.

La participación de los profesionales

Una parte importante de nuestra capacidad de desarrollo futuro pasa por implicar a nuestros profesionales. Cuando antes mencionábamos las teorías de mejora de la calidad queríamos hacer referencia a que las mismas se aplican tanto a las pequeñas como a las grandes organizaciones. Se aplica tanto a la actividad de un médico concreto, como a un servicio o a un conjunto de servicios⁶.

El médico individual, que presta servicios a su paciente, sabe que muchos de los fallos que se producen en el cuidado de los enfermos no dependen de la no atención ni de decisiones inadecuadas, sino que corresponden o se originan en pequeños fallos en las secuencias complejas de cualquier proceso de atención, un resultado de análisis perdido, un especialista no localizado a tiempo, una petición de exploración retrasada o perdida, un tiempo de espera largo para el TAC, y un largo etc. Algunos de ellos claros ejemplos de despilfarro, repetición del trabajo, complejidad y errores en la vida diaria de un profesional. La conclusión suele ser que la calidad falla cuando el sistema falla. Si la comprensión y técnicas de la mejora continua impregnan la práctica médica o del resto de trabajadores de salud se conseguiría que todos obtuviésemos un trabajo complejo bien hecho.

Los médicos que duden de la metodología de mejora de la calidad deberían considerar qué les puede ayudar en la práctica clínica diaria. Cuando la calidad en su trabajo falla, es importante preguntarse por qué falla, e intentar conseguir que en los procedimientos que utilizamos no hagamos pasos que signifiquen despilfarro, o duplicación de esfuerzos o la frustración por la no predictibilidad de lo que sucede. La pregunta es, ¿debería el médico o el profesional sanitario mostrarse sólo como un observador de problemas o debería colaborar en su solución? Aquellos que trabajen en la mejora continua lograrán resultados con mayor eficiencia, mayor efectividad, costes más bajos, y la gratitud y lealtad de pacientes más satisfechos.

Debemos analizar e investigar los complejos procesos de producción en los que estamos inmersos, y los médicos se han de sentir participantes en ese proceso de análisis más que sólo como agentes o responsables del éxito o del fracaso. Es necesario irse dotando de técnicas de análisis de proceso, control de objetivos, diagramas de causa-efecto, diseño de experimentos, desarrollo de la función de calidad. Muchos de ellos son muy útiles en el análisis de los servicios de salud, como lo han sido en otros sectores industriales o de servicios.

Por otro lado, las organizaciones sanitarias deben organizarse para la calidad. Muchas empresas que han trabajado y profundizado en una sistemática de calidad, se han visto obligadas a buscar nuevas estructuras de organización

Algunas barreras

Medir los resultados y que estos sean comparables es una dificultad añadida, primero por que cada proceso sobre un paciente, tiene muchos factores que dificulta la estandarización de la medida de resultados, unido a la variabilidad intrínseca del caso individual y la complejidad de identificar los estándares adecuados. También es difícil y complejo que la información

sea adecuada a los intereses de cada uno de los participantes, clientes, proveedores, financiadores, políticos, etc.

Se ha observado que existen dificultades de comprensión de los indicadores de evaluación de calidad por parte del usuario/cliente. Los resultados, tipo indicadores de calidad, resultan más comprensibles para el público en general que los indicadores de proceso, y más aún los relacionados con la satisfacción de los cuidados recibidos.

También se observa una dificultad en el análisis de algunos indicadores de resultados, dado que en ocasiones los datos han sido mal interpretados, porque muchos de ellos son consecuencia de factores multicausales y la obtención de conclusiones de los mismos exigen una gran prudencia.

Los profesionales médicos o de enfermería o de otros trabajadores de salud entienden con mucha mayor facilidad los estándares de proceso, ya que son parte de su práctica habitual. Sin embargo los médicos muestran una mayor resistencia a la información sobre la calidad. Son escépticos a la validez de la publicación de datos. Existe una cierta precaución sobre la posibilidad de que los informes sobre la calidad de los cuidados den una imagen incompleta de la calidad de los servicios prestados por los médicos.

Los consumidores tienen dificultades para manejar la información, que en el momento actual pueden obtener fundamentalmente y de forma fácil en Internet, y utilizan de forma satisfactoria información comparada sobre calidad de los servicios. Existen algunas barreras que limitan el valor en la información que obtienen, así tienen dificultades en la comprensión de los indicadores técnicos de calidad y en la comprensión y valoración de si las tasas altas o bajas son preferibles, o en la heterogeneidad de las medidas que dificulta la comparación.

Los intentos de conseguir que los consumidores y proveedores utilicen los datos de calidad tampoco han tenido mucho éxito, sin embargo ambos colectivos están interesados en tener información sobre cuidados de salud. Los consumidores pueden identificar el contenido y la forma de la información más útil para ellos y los proveedores pueden identificar información relevante en las fuentes de información.

Merece la pena destacar que en ese proceso de información para la toma de decisiones en el ámbito de la salud personal, se va a producir un incremento de solicitud de información sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas y sus resultados a corto y largo plazo. Esto nos obligará a manejar datos de resultados y a reforzar el papel de asesor del profesional médico, con un cliente cada vez mejor informado y con mayor capacidad de decisión.

Conclusiones

El objetivo de la asistencia sanitaria es proveer a los pacientes, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud.

Varios son los elementos que están incidiendo en la necesidad progresiva de una información sobre los resultados de los servicios sanitarios entre ellos destacan la propia tecnología de la información, que facilita su elaboración; la elección racional

del modelo económico de gestión basada en los conceptos de costes y calidad; el incremento de la competitividad entre centros, siempre dentro de una situación como la española del cuasi monopolio de las entidades públicas; los propios consumidores con una cada vez mayor implicación en las decisiones sobre su salud; la proliferación y aceptación de las guías clínicas y de los análisis de los procesos que permitan el desarrollo de indicadores de calidad, la informatización de los datos médicos que permiten la medida de la calidad de los cuidados y la incipiente Internet, en cuanto a capacidad de una más fácil comunicación y mayor accesibilidad de los resultados.

Debemos evitar la publicación de rankings de hospitales, que lo único que provocan son la confusión de la mayor parte de los agentes sanitarios. Si tenemos en cuenta los datos utilizados en el Top20 en España (camas, altas, primeras consultas y sucesivas, urgencias, sesiones de hospital de día, altas de hospitalización a domicilio, intervenciones quirúrgicas y programadas por cirugía mayor ambulatoria, índice de ocupación, residentes, médicos y total personal y el total del coste de explotación) son realmente escasos para definir un ranking de hospitales españoles.

Así como la necesidad de publicar resultados es absolutamente obvia, parece que no resolvemos nada con hacer ranking, sino sirven para la mejora interna de los procesos, en definitiva de la organización de los centros. Sin embargo si debemos ir concretando un sistema de información de resultados elaborado de forma consensuada con la participación de los agentes

participantes en el sistema sanitario y en mi opinión corresponde a la administración sanitaria su impulso y desarrollo.

Bibliografía

1. Peiró S, Lorenzo S. La difusión a los ciudadanos de los resultados de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15:391-3.
2. Marshall M, 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.
3. Epstein A. Public release of performance data: A progress report from the front. *JAMA* 2000;283:1884-6.
4. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. *Med Clin(Barc)* 2000;114:460-3.
5. Donabedian A. Los pacientes y la definición de calidad. En: Donabedian A. *La calidad de la Atención Médica*. México D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
6. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in Health Care. *N Engl J Med* 1989;320:53-6.
7. *The EFQM in action*. Brussels, 1998 European foundation for Quality Management, 1998.
8. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumer's role. *Quality in Health Care* 1992;1:247-51.