

La epidemiología también contribuye a la calidad de la gestión

Martín Caicoya y Susana Lorenzo^a

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Monte Naranco. Oviedo.

^aFundación Hospital Alcorcón y Editora de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

"I am called eccentric for saying in public that hospitals, if they wish to be sure of improvement, must find out what their results are. Must analyze their results to find their strong and weak points. Must compare their results with those of other hospitals... Such opinions will not be eccentric a few years hence."

E.A. CODMAN, MD, 1917.

La calidad total es una estrategia *de gestión* que tiene por objetivos la orientación de la organización hacia el cliente y la concentración en la obtención de buenos resultados clave. En el ámbito sanitario han contribuido a la implantación de modelos de calidad total la gestión *por* procesos y la gestión *de* procesos (guías, vías clínicas, etc.). Sin embargo, los verdaderos problemas que afectan al ejercicio médico continúan sin resolverse¹, especialmente la dificultad para medir los resultados de los procesos y sus efectos sobre la salud de los individuos/la población. Es ahí donde tiene cabida la epidemiología.

La epidemiología es una disciplina cuyo ámbito de actuación es la medición de la frecuencia y distribución de las características en estudio en o entre las poblaciones, y los factores que la determinan^{2,3}. Medir, contar, clasificar y comparar son las herramientas que emplea la epidemiología. Es precisamente eso lo que un clínico hace delante de un enfermo: mide, mediante instrumentos que van desde la historia clínica a las pruebas más sofisticadas, ciertas características que le permiten clasificar a su paciente en un grupo que comparte esas características, y en función de la pertenencia a ese grupo y las experiencias acumuladas con él, es decir, de la efectividad en el grupo de las intervenciones, prescribe un tratamiento que pretende modificar el curso de la historia natural de la enfermedad. Y con los mismos u otros instrumentos vuelve a medir y clasificar el estado de salud de su paciente para evaluar el efecto de las intervenciones⁴. La clínica es, por tanto, una actividad probabilística franqueada por la incertidumbre. La epidemiología clínica (EC) trata de refundir en una perspectiva clínica el conjunto de estrategias epidemiológicas y bioestadísticas desarrolladas para estudiar la distribución de los determinantes de las enfermedades en la población⁴; en resumen trata de definir y controlar la incertidumbre hasta donde sabe la ciencia, de ahí la medicina basada en la evidencia⁵. La aplicación correcta y oportuna de los instrumentos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos constituye el ámbito de interés de la EC.

¿Cómo puede la epidemiología contribuir metodológicamente a la gestión de la calidad? En las organizaciones sanitarias la calidad total sólo puede aplicarse cuando se gestionan correctamente los procesos operativos, relacionados con los pacientes, empleando las intervenciones diagnósticas y terapéuticas adecuadas y oportunas. A tal efecto es necesario orientar los procesos para conseguir la satisfacción de los pacientes, evaluando sus preferencias, el grado de satisfacción frente a una intervención sanitaria, los factores que determinan la toma de decisiones, etc. No debemos olvidar que para lograr la satisfacción del cliente es un prerequisite que el resultado de la intervención realizada sea positivo, y que es sólo entonces cuando buscamos el valor añadido de la satisfacción. Mientras que en otros sectores centrarse en el cliente es atender a sus necesidades, en el sanitario atenderlas significa que mejore su salud o al menos que no empeore. En este entorno debemos cuantificar los beneficios de las intervenciones sanitarias, mediante unidades estandarizadas de medición; en este sentido, la EC se constituye en un apoyo imprescindible para identificar áreas de mejora. Mediante el escrutinio de los sistemas de información o la realización de estudios específicos, la EC ayuda a decidir qué datos y en qué momento se deben recoger a la hora de diseñar, planificar y evaluar las actividades de mejora. Permite, además, conocer la capacidad de información que estos datos tienen en función de su capacidad intrínseca, definida por su validez y reproducibilidad, cómo han sido recogidos y el entorno del que han sido obtenidos. Estos mismos argumentos son válidos para evaluar el impacto de las actuaciones.

Un ejemplo claro de la indudable contribución de la EC a la gestión de la calidad es la capacidad de definir indicadores, criterios y estándares para la monitorización y mejora de procesos. El desafío es encontrar un instrumento, o conjunto de ellos, que permita medir aspectos críticos y reales del proceso que queremos controlar y mejorar; nada mejor que la EC para definir cuáles funcionan y cuáles no, cuáles son pertinentes y cuáles no lo son. Las preguntas que surgen indefectiblemente son: ¿qué capacidad de información tiene este indicador –en cuanto a su validez y reproducibilidad– sobre el fenómeno que medimos?, ¿cuál es su valor añadido en relación con otros que ya estamos utilizando? La tendencia a recolectar un número largo de indicadores con la esperanza de que, mediante la contribución parcial de cada uno al conjunto, se pueda conocer la realidad probablemente no conduzca más que al gasto innecesario y a la confusión. ¿Quién va a utilizar dichos indicadores?, ¿real-

mente van a servir para algo? Es por ello que se debe seleccionar cuidadosamente los indicadores, definiendo su capacidad de información, y se debe poner especial atención a la calidad de su recolección. Esto es especialmente importante cuando se quiere medir dimensiones de la calidad como la accesibilidad, satisfacción de los pacientes, adherencia al tratamiento, calidad de vida relacionada con la salud, continuidad de cuidados, resultados en salud (signos y síntomas, determinaciones de laboratorio, mortalidad, etc.) o resultados económicos relativos a la utilización de los recursos y a su coste y efectividad. Por ello debemos intentar asegurar, en la medida de lo posible, que los indicadores utilizados están midiendo realmente estas características y son por su coste, sencillez en la obtención, aceptabilidad y potencia informativa, los preferibles. Es ahí donde las herramientas de la EC pueden ayudar, contribuyendo a plantear el sistema de información y la imprescindible retroalimentación de los resultados a los profesionales implicados.

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. Moliner J. El uso del método epidemiológico para la evaluación de la calidad de la asistencia (I). *Rev Calidad Asistencial* 2002;17: 292-304.
3. Moliner J. El uso del método epidemiológico para la evaluación de la calidad de la asistencia (y II) [en prensa].
4. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1989.
5. Sackett DL, Rosnberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.