

Los indicadores deben bajar a las trincheras

Salvador Peiró*Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.*

Correspondencia: Dr. Salvador Peiró.
Fundación Instituto de Investigación
en Servicios de Salud.
San Vicente 112, 3. 46007 Valencia. España.
Correo electrónico: speiro@comv.es

Aluvión de indicadores de funcionamiento

Controlar costes, mejorar la calidad y la accesibilidad, ampliar las prestaciones, contribuir a la equidad y al desarrollo social, liderar la innovación en investigación, “volverse” sensibles a las expectativas y preferencias de los pacientes y, probablemente, alguna otra cosa, son, según los discursos al uso, los “desafíos” actuales de los sistemas sanitarios en los países desarrollados. Demasiadas cosas para hacer y demasiado importantes; con muchos agentes implicados, con intereses muy diferentes y a veces contradictorios; en un entorno de decisiones fundamentalmente públicas y objeto recurrente del –no siempre sensato– debate político. En este contexto es lógico que los sistemas sanitarios necesiten mucha información y, por tanto, no es de extrañar que les haya caído encima un aluvión de indicadores de funcionamiento. La utilidad básica de estos indicadores sería proveer información útil a los diferentes agentes del sistema sanitario –reguladores, financiadores, compradores, gestores y profesionales sanitarios, usuarios y algunos otros– para facilitar sus elecciones e intentar que sus expectativas se vean satisfechas¹.

Pocos países han escapado del chaparrón de indicadores. En Estados Unidos, el desarrollo de sistemas de indicadores es liderado por organizaciones semiprivadas como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations con su Indicator Measurement System, o el National Committee for Quality Assurance, con el Health Plan Employer Data Information System. En Canadá, el Canadian Council on Health Services Accreditation y el Canadian Institute for Health Information han desarrollado sistemas que incluyen docenas de indicadores de efectividad, accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia, adecuación, competencia, continuidad y seguridad. Algo parecido sucede en Australia, con las extensas aproximaciones del Australian Council on Healthcare Standards Care Evaluation Program y del National Health Performance Committee. En el Reino Unido, el National Health Service mantiene desde mediados de los noventa el Performance Assessment Framework y, más recientemente, ha incorporado un sistema de pago a los médicos de atención primaria que se basa en el cumplimiento de más de

un centenar de indicadores clínicos, organizativos y relacionados con las experiencias de los pacientes.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español aún está lejos de estos desarrollos. La precariedad de las infraestructuras en tecnologías de la información (sobre todo en el nivel más cercano a la atención a los pacientes, que es donde el sistema sanitario genera la información más útil), una demostrada incapacidad para coordinar los sistemas de información de los servicios de salud autonómicos y una cultura organizativa renuente a rendir cuentas, lastran los avances en este terreno². Pese a ello, las comunidades autónomas, con la explotación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos en la atención hospitalaria y la facturación farmacéutica en atención primaria, han desarrollado centenares de indicadores que, en muchos casos, se utilizan para dar un aire de objetividad a los contratos-programa y a los sistemas de incentivos económicos.

Nuevos problemas y viejas soluciones

Los problemas de los indicadores de funcionamiento en la atención sanitaria son conocidos^{3,4}. Detectan errores y problemas, pero no necesariamente resultan en una atención de mayor calidad. Cuentan con importantes limitaciones metodológicas (en los sistemas de clasificación de enfermedades, en la incorporación de datos, en los ajustes de riesgos y en la propia presentación de resultados) que los hacen muy difíciles de interpretar, y demasiado fáciles de malinterpretar⁵. Y existen serias dudas sobre su capacidad para revertir comportamientos, generando una cultura defensiva en detrimento de la calidad asistencial³. Probablemente, los indicadores son adictivos para gestores y políticos, porque la respuesta a estos problemas, hasta la fecha, ha sido “más de lo mismo”: más indicadores, más variables contextuales, ajustes de riesgos más complejos y servicios de “control” más grandes y con más poder.

El resultado de la proliferación, más o menos incontrolada, de indicadores es la aparición de un nuevo problema: la dificultad para realizar juicios comparativos sobre el funcionamiento de las organizaciones sanitarias a partir de grandes cantidades

de parámetros enormemente dispares. No es el único problema y, probablemente, ni siquiera es un problema importante. En todo caso, se ha enfrentado con la misma estrategia: construir nuevos indicadores, compuestos o combinados de otros indicadores, que permitan sintetizar en un solo número (o en la posición relativa en una lista ordenada de centros u organizaciones sanitarias), la posición de las organizaciones o sistemas sanitarios que se quieren valorar. En el artículo de Pedro Saturno, que se publica en este número de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, se cartografián la construcción, arcanos, ventajas y limitaciones de este tipo de indicadores respecto a otros posibles⁶.

Paradójicamente, el interés y la actualidad del trabajo de Pedro Saturno lleva a pensar si no deberíamos empezar a preocuparnos por los indicadores; o mejor expresado, por las políticas que confunden los indicadores de funcionamiento con las mejoras en el funcionamiento. La *performance indicators based medicine* promete información para cambiar las organizaciones sanitarias y mejorar su calidad y productividad, pero de hecho es una estrategia política en su origen y en su desarrollo, ritual en su operativa, y que se autoperpetúa sin exigirse a sí misma la demostración de efectividad que exige a otras estrategias. En nombre de la transparencia, se demanda a los clínicos un esfuerzo de recogida de datos cada vez mayor –esfuerzo que, a falta de infraestructuras de información en este nivel, puede ir en detrimento del tiempo dedicado a los pacientes–, pero el sistema no ha reducido su opacidad y su falta de *accountability* (palabra para la que tan difícil es encontrar un equivalente semántico en español). Tampoco es obvio que los indicadores hayan sido útiles para mejorar la calidad asistencial y, aunque probablemente han contribuido a mejorar la productividad, no sabemos en qué medida o a costa de qué. En la práctica, los indicadores de funcionamiento parecen haberse convertido en una especie de sucedáneo de la política, la gestión sanitaria y las estrategias de mejora de calidad.

Bajar a las trincheras

Es obvio que no se trata de desmontar los indicadores de funcionamiento, y que estos *pueden ser* un instrumento importante. Pero necesitamos una apuesta más radical por la calidad de la atención sanitaria. Los indicadores deben bajar a las trincheras. Su sitio está donde se presta la atención sanitaria, donde se produce el contacto del paciente con el sistema de atención, donde se realizan los procesos y donde se producen los resultados de salud y se configuran las experiencias de los pacientes. Las políticas claves a este nivel son basar la asistencia en el conocimiento científico, centrar la atención en los pacientes y asumir la responsabilidad global por la coordinación de sus cuidados a través del sistema sanitario. Y los indicadores, análisis, sistemas de información para la gestión y actuaciones operativas deben tener como prioridad dar servicio a estas políticas.

Por poner un ejemplo, el indicador que necesitamos no es tanto el de cuánto nos gastamos en estatinas, sino cuántas estatinas se desperdician en grupos de población de mínimo ries-

go cardiovascular y cuántos pacientes de alto riesgo que podrían beneficiarse de ellas no las reciben (el ejemplo no es tan irreal: 2 estudios en España^{7,8} han mostrado cifras de prescripción innecesaria de hipolipemiantes del 84 y 68%). Y ser informado *on-line* de posibles interacciones con otros fármacos que tome el paciente, o de que un determinado paciente no ha acudido a por su tratamiento. Y esto no es sólo un problema de indicadores, sino de formación, información y retroinformación ofrecida en tiempo, lugar y forma para mejorar la calidad asistencial de un modo real. Se trataría de ayudar a los clínicos a hacerlo mejor antes que quedarnos en la constatación –más o menos indirecta, más o menos fiable– de que no lo hacen bien.

La disponibilidad de información (algo más que un ordenador personal con un programa para las bajas laborales y la emisión de recetas) en la cabecera del paciente, en las consultas externas y en las consultas de atención primaria es una asignatura pendiente que, probablemente, debe abordarse con un plan de inversiones en infraestructuras de información sanitaria (algo parecido a lo que se ha hecho para superar las insuficiencias históricas en autopistas o en ferrocarriles). Esto sería una medida de política sanitaria. En su ausencia, discutir sobre la posición del SNS respecto a otros sistemas sanitarios, o cuáles son los primeros 20 hospitales, o la evolución del gasto farmacéutico está empezando a no ser divertido.

Bibliografía

1. Peiró S, Casas M. Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Invertir en Salud. Prioridades para la salud pública en España (Informe SESPAS). Valencia: SESPAS y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002; p. 511-29.
2. Peiró S. ¿Son siempre odiosas las comparaciones? Gest Clin Sanit 2002;4:35-7.
3. Davies HTO, Lampel J. Trust in performance indicators? Qual Health Care 1998;7:159-62.
4. Powell AE, Davies HTO, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. Qual Saf Health Care 2003;12: 122-8.
5. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:119-30.
6. Saturno PJ. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. Rev Calidad Asistencial 2004;19:408-16.
7. Vilaseca Canals J, Buxeda Mestres C, Cámara Contreras C, Flor Serra F, Pérez Guinaldo R, Sánchez Viñas M. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con fármacos hipolipemiantes? Aten Primaria 1997;20:49-53.
8. Sanz Cuesta T, Escortell Mayor E, Fernández San Martín MI, López Bilbao C, Medina Bustillo B, Torres Bouza C. Grupo VICAFF. Calidad del tratamiento farmacológico en pacientes con hiperlipemia de 4 áreas de salud. Aten Primaria 2000;26:368-73.