

# Gestión clínica y calidad en reumatología

M.P. Aguado Acín y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

## Introducción

Aunque toda la actividad profesional desarrollada por el médico reumatólogo tiene gran importancia y conlleva un elevado grado de responsabilidad, es importante tener en cuenta algunas peculiaridades de la asistencia sanitaria que hacen que la trascendencia de las decisiones clínicas rebase el ámbito puramente científico.

En su práctica diaria, los reumatólogos toman decisiones sobre intervenciones de salud pública, de administración sanitaria o de procesos asistenciales, que tienen repercusiones en los recursos humanos y tecnológicos de la organización sanitaria. La revolución tecnológica y los cambios organizativos de los hospitales suponen un formidable reto al reumatólogo, que asume de forma progresiva responsabilidades de gestión. Aparecen nuevos objetivos, como los de calidad y eficiencia en la atención prestada, que adquirirán creciente importancia en su trabajo cotidiano.

Mediante la función de gestión clínica el reumatólogo se responsabiliza de los medios y resultados del servicio o actividad personal que desarrolla, y mediante la gestión de la calidad evalúa su propia práctica clínica con el objetivo de asegurar el mejor nivel alcanzable de atención a sus pacientes.

Este artículo pretende revisar los aspectos más importantes de ambas funciones.

## Magnitud e importancia de la asistencia prestada

El enorme impacto de la asistencia reumatólogica en el sistema sanitario viene dado por varios factores:

1. La reumatología es una especialidad relativamente joven, pero con un rápido desarrollo debido no sólo a los avances científico-técnicos, sino también al aumento de la esperanza de vida y al des-

plazamiento del centro de interés de la sociedad hacia las enfermedades crónicas, una vez superados muchos procesos agudos, como las infecciones, causantes de una elevada morbilidad y mortalidad hasta hace sólo algunos años.

2. Las enfermedades musculosqueléticas (ME), también denominadas enfermedades reumáticas o del aparato locomotor, presentan una alta incidencia y prevalencia en la población general, generando una gran demanda asistencial: el 20% de las visitas de atención primaria tiene un origen musculosquelético, y entre el 9 y el 12% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias presentan patología reumatólogica<sup>1,2</sup>.

Algunas cifras hablan por sí solas de la importancia que desarrolla la reumatología como especialidad (se muestran los datos más relevantes del estudio epidemiológico EPISER llevado a cabo por la Sociedad Española de Reumatología durante los años 1999-2000)<sup>3</sup>: el 22% de los españoles mayores de 20 años refiere padecer alguna enfermedad reumática crónica; el 14,8% de los españoles mayores de 20 años tienen dolor lumbar puntual, y, de estas personas, más de la mitad lleva más de un año con dolor; un 2,8% de la población refiere estar en incapacidad laboral, temporal o permanente, la cual está causada en el 49% de los casos por un problema reumático; hasta el 40% de mujeres mayores de 50 años sufrirá una fractura en sus años restantes debido a osteoporosis.

3. Las enfermedades reumáticas poseen un gran potencial incapacitante, y son la segunda causa más frecuente de discapacidad para el trabajo de corta duración (incapacidad temporal) tras las infecciones de vías respiratorias altas (con el 20% de los procesos), y la primera causa de discapacidad para el trabajo a largo plazo (invalididad permanente) (más del 35% del total). El impacto socioeconómico de las enfermedades ME a nivel laboral es enorme, con estimaciones superiores al 1% del PIB de los países desarrollados, a lo que hay que añadir los gastos en atención sanitaria<sup>4</sup>. En nuestro país producen una pérdida de productividad con un coste estimado entre 1.803 y 2.404 millones de euros al año<sup>1</sup>.

4. La revolución biotecnológica en la que estamos inmersos va a transformar radicalmente la terapéu-

Correspondencia: Dra. M.P. Aguado Acín.  
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz.  
Paseo de la Castellana 261. 28046-Madrid. España.  
Correo electrónico: maguadoa@wanadoo.es

Manuscrito recibido el 29-4-2003 y aceptado el 7-8-2003.

tica reumatólogica, pero con un coste económico elevado. La introducción de nuevos fármacos, las llamadas terapias biológicas, va a cambiar radicalmente la calidad de vida de algunos pacientes con enfermedades reumáticas, pero su costo económico obliga a elaborar guías de actuación consensuadas sobre el uso racional de estos fármacos.

### **Trascendencia de las decisiones clínicas del reumatólogo en la organización sanitaria: gestión clínica**

El reumatólogo se implica en la organización sanitaria orientando su competencia profesional (conocimientos y habilidades adecuados y reevaluados) de manera que ésta sea *efectiva* (la prestación lleva a un aumento en supervivencia o en calidad de vida) y *eficiente* (conseguir los objetivos o resultados con el menor coste posible). Para ello dispone de una serie de herramientas o habilidades que desarrolla en la práctica clínica diaria<sup>5,6</sup>.

#### *Medicina basada en la evidencia (MBE)*

La MBE consiste en la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de ésta. Es decir, se trata de fundamentar las decisiones clínicas en estudios previos que hubieran demostrado su eficacia valorando las opciones existentes, los beneficios obtenibles en términos de salud y los riesgos posibles que suponen los efectos secundarios de la intervención, lo mismo sea preventiva, diagnóstica o terapéutica. Lo que se consigue con ello es sistematizar el proceso asistencial y disminuir la *variabilidad clínica*, definiéndose ésta como la «diferencia de criterios ante situaciones idénticas, aun en el caso de una información actualizada de los profesionales».

Una herramienta habitual en la MBE es el *metaanálisis*, que es el método que revisa críticamente y combina matemáticamente los resultados de estudios que son productos de investigación previa sobre el mismo tema. Proporciona una mayor potencia estadística sin perder la validez y obtiene un estimador de eficacia más preciso al combinar los resultados de diferentes estudios. Estos estudios son ya habituales como ayuda para la toma de decisiones en intervenciones terapéuticas, como la osteoporosis o la gastroprotección en pacientes con ingesta habitual de AINE.

Las *agencias de evaluación tecnológica* son grupos de trabajo multidisciplinario con profesionales que, dependiendo de la magnitud del problema, del grado de incertidumbre, de los costes y de la disponibilidad de datos, desarrollan guías de actuación por proceso que garantizan el mayor nivel posible de evidencia. En nuestro país, se están creando varias

agencias, casi una por comunidad autónoma. Es fundamental favorecer la participación de los clínicos reumatólogos en los distintos grupos de trabajo como los verdaderos expertos en el manejo de los procesos asistenciales objeto de análisis.

Debido al crecimiento exponencial de la producción científica y por tanto de la bibliografía biomédica se hace necesaria la *gestión del conocimiento*, que consiste en la utilización de herramientas que hacen posible buscar, seleccionar y sintetizar la mejor evidencia científica. Entre los instrumentos que se deben manejar para tener los conocimientos médicos actualizados se incluyen el acceso a base de datos mediante procedimientos de búsqueda bibliográfica y el acceso a Internet<sup>7</sup> y las posibilidades ofrecidas por estas redes informáticas, como son el empleo de buscadores de información, el acceso a listas temáticas (Rediris-lista REUMA), y los sitios web, como los de las sociedades científicas, organismos internacionales y revistas científicas<sup>8,9</sup>.

#### *Desarrollo de protocolos, guías y vías clínicas*

Son herramientas orientadas a disminuir la variabilidad clínica y a mejorar la práctica clínica, fundamentando las decisiones clínicas en un soporte más estructurado, teniendo en cuenta los criterios de eficacia, riesgos y coste. Se promoverán en los procesos de mayor impacto o prevalencia, utilizando como herramienta de elaboración la MBE.

La vía clínica es un plan de asistencia para un curso clínico predecible, en la que se detallan secuencialmente las actividades clínicas y otras relacionadas, así como la responsabilidad de los profesionales en cada una de ellas, verificando las diferentes actuaciones prefijadas y las posibles variaciones surgidas en el desarrollo de un proceso asistencial. El futuro inmediato de la reumatología pasa por la elaboración de vías clínicas en determinados procesos.

En lo que se refiere a protocolos de actuación, avalados por la SER, existen protocolos de actuación en osteoporosis posmenopáusica y para el uso de diferentes terapias (terapias anti-TNF, COXIB), disponibles mediante Internet en la página oficial de la Sociedad Española de Reumatología<sup>10</sup>.

Recientemente se ha publicado la *Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España* (GUICPAR) para mejorar la calidad de la asistencia, reducir la variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide, avanzar en el tratamiento integrador y acercar la práctica clínica a la mejor evidencia científica disponible<sup>11</sup>.

Las ventajas de la aplicación de vías clínicas son, entre otras, la disminución de la variabilidad clínica, la mejora de la coordinación entre profesionales, la definición de responsabilidades, la mejora de la información al paciente y sus familiares (con la utilización de gráficos o dibujos), el incremento de

la seguridad legal para los profesionales, el fomento de la formación continuada actualizada en el manejo del proceso y la investigación, la mejora de los registros de información contenidos en la historia clínica (mediante la utilización de hojas de verificación específicas), la optimización de la utilización de recursos, y la producción de una mejora global de la calidad asistencial.

### *Sistemas de información*

Disponer de unos sistemas de información ágiles constituye el pilar básico de toda organización sanitaria que busca conseguir una mayor eficiencia, eficacia y calidad en su práctica asistencial.

**1. Historia clínica.** Es una herramienta fundamental de gestión, además de ser una fuente de datos imprescindible para la asistencia. La información que contiene es una pieza clave de los sistemas de información de los centros y, como tal, susceptible de ser tratada de forma informatizada.

**2. Conjunto mínimo básico de datos (CMBD).** Es el resultado de un consenso respecto al menor número de variables a recoger en los episodios de hospitalización. Contiene un conjunto de datos clínicos y administrativos de cada hospitalización. Las variables más importantes son: diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos quirúrgicos, y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El origen de los datos del CMBD está en la información que consta en el informe de alta y en la historia clínica. Además, la calidad de los datos es básica para poder obtener las estadísticas de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)<sup>12</sup>.

**3. Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).** Constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística) con el coste que representa su asistencia. Esta información, a su vez, se incorpora en los pactos de gestión de la dirección del centro con los servicios asistenciales como descripción de la actividad realizada por cada servicio. Se definen grupos diagnósticos homogéneos en cuanto a patología y coste de diagnóstico y tratamiento. El CMBD agrupado en GRD de cada hospital en un año se utiliza cada vez más como elemento de facturación de actividad sanitaria.

**4. Concepto case-mix o casuística.** Hace referencia a la combinación de tipos distintos de pacientes tratados por un médico, servicio, hospital o cualquier otra unidad funcional. Expresa la producción de dicha unidad en términos de clases de pacientes similares desde un punto de vista clínico y en el proceso de cuidados recibidos. Esto requiere un sistema de clasificación de procesos asistenciales o de pacientes, que valoran distintas cuestiones que influyen en el coste del proceso total que se realiza

al usuario del servicio. Existen diversos criterios utilizados en los sistemas de medidas, bien basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en la evaluación de la gravedad o en el consumo de recursos. Los más empleados, basados en la CIE-10, son los GRD, un sistema de clasificación de los episodios de hospitalización que los agrupa en función de sus características de atención, que producen un consumo parecido. Parte del principio de que similares problemas originan necesidades de atención también homogéneas, y, en consecuencia, costes semejantes.

**5. Indicadores sanitarios.** Los indicadores son métodos de medida y análisis que permiten obtener datos cuantificables de la actividad diaria para el control y mejora de la gestión sanitaria. Su función primordial es la de aportar información estadística, financiera, administrativa u operativa, que, puesta al servicio de los gerentes sanitarios, les permite tomar decisiones, adoptar medidas correctivas y controlar la evolución en el tiempo de las principales variables y procesos.

Nuestra especialidad se desarrolla fundamentalmente en el ámbito ambulatorio. Sin embargo, una parte importante de nuestro trabajo se lleva a cabo en pacientes graves (10-20%), que reciben tratamientos agresivos (inmunosupresores, esteroides, terapias biológicas) y que requieren una monitorización muy cuidadosa. Se trata además de enfermos con una esperanza de vida reducida, una morbilidad elevada y un grado de discapacidad serio. Es importante señalar esto, ya que, a pesar de estas circunstancias, y al contrario de lo que ocurre con los pacientes ingresados, la asistencia ambulatoria carece de parámetros de medida que valoren la gravedad, la complejidad, el gasto y la eficacia de resolución de problemas, por lo que la comparación sobre la eficiencia entre servicios de reumatología se reduce a términos tan simplistas como el volumen de enfermos vistos.

Asimismo, las unidades de reumatología no pueden conformarse con el índice numérico que resume los pacientes en lista de espera, sino que deben buscar los recursos necesarios para establecer prioridades en la atención médica, que aseguren la pronta asistencia a pacientes que por las características de su enfermedad así lo requieran.

A continuación enumeramos los indicadores más utilizados en la mayoría de centros para medir nuestra actividad asistencial.

#### a) *Indicadores hospitalarios de tipo cuantitativo.* Son los siguientes:

**Estancia media:** es el criterio asistencial de hospitalización básico. Se define como el tiempo medio que permanece cada paciente o promedio de estancias por paciente. Su cálculo se realiza dividiendo el total de estancias entre el número de ingresos

y altas. El mejor promedio es el más reducido, y como estrategias para conseguirlo se considera la asistencia sin demora, la derivación de enfermos sociales a unidades de menor coste y la valoración de los reingresos, potenciando las unidades de día. En este sentido, la incorporación del hospital de día reumatólogico permitirá la optimización de este índice, en aquellos pacientes que requieren la hospitalización sólo durante unas horas para la administración de terapias parenterales o la ejecución de algunas técnicas diagnósticas.

*Índice de ocupación:* indica el grado de utilización del recurso-cama del hospital. Es el cociente entre las estancias consumidas y la máxima ocupación posible (porcentaje medio de camas ocupadas).

*Índice de rotación enfermo-cama:* indica la media de pacientes que ingresan por cada cama útil del hospital en un período de tiempo, normalmente un mes.

b) *Indicadores en consultas externas.* Los criterios asistenciales fundamentales son<sup>13</sup>:

*Índice de consultas sucesivas-primeras:* indica la relación entre las consultas sucesivas de pacientes en un período de tiempo y el número de primeras consultas en el mismo período.

*Número de pacientes nuevos pendientes de atención:* número total de pacientes en espera en el momento de análisis de la información considerada.

*Tiempo medio de espera:* tiempo promedio transcurrido desde la fecha en que se produjo la entrada en el registro del paciente nuevo pendiente de atención hasta el momento del análisis de la información.

*Distribución de los pacientes pendientes de atención por tramos de espera:* número de pacientes nuevos pendientes de atención en cada uno de los tramos de espera establecidos que son: menos de 15 días, de 16 días a 30 días, de 31 días a 60, de 60 días a 90 y más de 90 días.

*Demora media prospectiva o capacidad de absorción (total de pacientes pendientes × 30/promedio mensual primeras consultas en los 12 últimos meses):* promedio estimado de tiempo de espera (en días) para los pacientes pendientes de una primera consulta suponiendo una actividad de primeras consultas similar a la actividad media realizada en los últimos doce meses.

#### Economía de la salud: análisis de costes en un proceso reumático

Los costos de los procesos reumáticos pueden dividirse en directos, indirectos e intangibles<sup>14,15</sup>.

*Costos directos.* Son los producidos por utilizaciones y consumos procedentes de la enfermedad en sí. Han sido estimados en el 48% del costo total. Comprenden:

a) Visitas al médico: suponen 1/10 de los costos. Entre los pacientes reumáticos consultan menos los que tienen un mejor perfil de salud. Existen estudios que encuentran que más visitas al reumatólogo conllevan más mejoría<sup>16</sup>.

b) Pruebas de laboratorio y de imagen. El uso de guías prácticas en los procesos reumáticos, orientadoras de la actuación clínica, ofrecidas por entidades de prestigio o grupos de expertos, que hayan revisado la evidencia científica disponible, podrían permitir acortar y abaratar el estudio diagnóstico e iniciar antes el tratamiento y la reincorporación a las actividades productivas del paciente.

c) Medicación y demás medidas de tratamiento. Recientemente han aparecido nuevos fármacos antiinflamatorios, fármacos modificadores de la enfermedad y fármacos anti-TNF que comportan un incremento del gasto sanitario en medicación.

d) Hospitalización. Las estancias y el tratamiento suman el 80% de los costos directos. Es presumible que medidas para reducir la discapacidad mediante intervenciones más tempranas y agresivas puedan reducir los costos a medio y largo plazo.

e) Costos de transporte, dietas, alojamientos, cuidados de la casa y de los hijos en los que incurren los pacientes y que son sumandos difíciles de valorar.

f) Costos de investigación y de formación para la mejor atención de las enfermedades reumáticas, que son esenciales y que serán rentables en el futuro, pero que inicialmente conllevan un costo de inversión de resultados poco precisables.

g) Gastos necesarios para tratar efectos yatrogénicos y afecciones asociadas o producidas por la enfermedad.

*Costos indirectos.* Son los gastos como consecuencia de los efectos de la enfermedad sobre la sociedad, principalmente por pérdidas de trabajo y producción remuneradas. Suman algo más de la mitad del volumen total (52%). Sin embargo, no recogen la influencia de la enfermedad sobre los que no tienen trabajo remunerado, tales como amas de casa, estudiantes, trabajadores voluntarios, ancianos y desempleados. Es sabido que la prevalencia de algunas enfermedades reumáticas es especialmente alta en alguno de estos colectivos. Los costos indirectos son el 93% de los producidos por el dolor de espalda, señalando su tremendo impacto sobre la sociedad.

*Costos intangibles.* Muchos estudios señalan el mayor desconfort o malestar de los pacientes reumáticos más graves. El dolor, el sufrimiento moral y la repercusión familiar son realidades incuantificables que repercuten en su calidad de vida.

### *Importancia económica de las nuevas terapias en reumatología*

Un hecho trascendente en reumatología es la introducción de las terapias biológicas, indicadas en el momento actual para enfermos con artritis reumatoide, pero que es previsible que a medio plazo sus indicaciones se extiendan a determinados enfermos con otras patologías reumatólogicas de origen inflamatorio, como la artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante. De hecho, la SER y la Subdirección General de Farmacia ya han elaborado un documento conjunto, que define lo que se debe entender como fracaso terapéutico, para el uso de estos fármacos en las patologías mencionadas<sup>17</sup>.

Se trata de agentes potentes, que han mostrado un grado de eficacia bastante superior al de las terapias convencionales. Aunque su costo es alto, el carácter incapacitante de las enfermedades reumáticas –que menoscaban la calidad de vida de nuestros pacientes y les privan en las fases evolucionadas de la enfermedad de su autonomía y libertad, derechos irrenunciables en nuestra sociedad actual– obliga a la administración sanitaria a encontrar los fondos adicionales que garanticen su suministro, igualando el esfuerzo que se realiza con otras terapias (sida, trasplante) de un costo aún mayor. Es muy probable que este gasto inicial sea ampliamente amortizado, por una mayor efectividad y, por lo tanto, por una disminución considerable de los gastos médicos indirectos.

En este marco de uso eficiente de las nuevas terapéuticas reumatólogicas se enmarcan los documentos consenso elaborados por la SER sobre terapia con inhibidores de TNF en la artritis reumatoide y el documento sobre el uso racional de los COXIB<sup>18-20</sup>. Asimismo se están aunando esfuerzos con la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) para la redacción de un nuevo documento consenso para el uso adecuado de los inhibidores de la COX-2, que actualicen los ya existentes en ambas sociedades científicas<sup>19-21</sup>.

### *Protocolización y evaluación continuada de procesos clave (por su volumen, coste o resultados críticos). Intervenciones asistenciales en discapacidad para el trabajo de origen musculosquelético*

Implica el desarrollo de programas terapéuticos y de seguimiento longitudinal de los procesos crónicos de mayor prevalencia.

La patología musculosquelética es una causa muy importante de incapacidad temporal por su elevada incidencia y prolongada duración, representando el 20% de los días de incapacidad temporal<sup>22</sup>. Se ha puesto en marcha en los últimos años un programa asistencial específico, llevado a cabo por reumató-

logos, para la atención a pacientes con incapacidad temporal de origen musculosquelético (programa IT-ME) pertenecientes a áreas sanitarias de Madrid.

*Programa IT-ME.* En este proyecto de investigación se analizaron los costes y las consecuencias de una intervención asistencial de carácter específico y especializado a pacientes con IT-ME, en comparación con el sistema actual de asistencia. Los resultados obtenidos demuestran un efecto muy positivo de la intervención: la eficacia media del programa en todas las áreas, tras incluir más de 30.000 procesos de IT-ME, es superior al 30% de reducción de los días de baja, sin aumentar el número de incapacidades temporales sucesivas. En términos económicos ha supuesto un ahorro cercano a 18 millones de euros, con un cociente beneficio/coste de alrededor de 20 euros ahorrados por euro invertido en el programa<sup>4</sup>.

Los resultados obtenidos demuestran que las actuaciones asistenciales dirigidas a pacientes con IT-ME disminuyen de forma importante el impacto de dichas enfermedades en la sociedad. Considerando la discapacidad para el trabajo como un indicador de salud, los pacientes con incapacidad temporal musculosquelética constituyen un objetivo estratégico de estudio e intervención, para disminuir el impacto de las enfermedades musculosqueléticas en la sociedad, y los programas asistenciales dirigidos a pacientes con incapacidad temporal resultan además eficientes en el control de costes.

## **Gestión de la calidad asistencial**

### *Teoría de la calidad*

*Definición.* La calidad de la atención sanitaria fue definida por la oficina regional de la OMS en Europa (1996) como «aquella que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos sanitarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite»<sup>22</sup>.

La calidad de un producto tiene dos componentes: *a) calidad intrínseca*, que es la que posee el producto en sí mismo y que permite su evaluación objetiva cuando es comparado con otros, y *b) calidad percibida*, o la impresión que los receptores del producto tienen de él.

Parece obvio que una buena calidad intrínseca se tiene que traducir de forma obligatoria en una buena calidad percibida. Pero no siempre sucede así. Un producto puede tener en sí mismo una buena calidad, pero la forma en que ese producto se lleva a la práctica, se comunica o se distribuye puede no ser la idónea, con lo que la calidad produce un bajo grado de satisfacción en el cliente.

*Dimensiones de la calidad.* A las distintas características de la calidad de la atención sanitaria se les ha llamado «dimensiones». Son cuatro: la calidad de la actuación de los médicos y del personal sanitario o calidad científico-técnica, la eficiencia, la accesibilidad y la satisfacción del paciente o calidad percibida<sup>23,24</sup>.

a) *Calidad científico-técnica (competencia profesional):* capacidad de utilización del más avanzado nivel de conocimientos existente para producir salud y satisfacción en la población atendida.

b) *Eficiencia:* grado en el que se consigue obtener el más alto nivel de calidad (entendida como aumento de la salud) con los recursos disponibles. La eficiencia no debe confundirse nunca con el economicismo. Eficiencia no es escatimar.

c) *Accesibilidad:* facilidad con que la población puede recibir la atención sanitaria que precisa y en el momento oportuno.

d) *Satisfacción del paciente (calidad percibida):* representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del paciente. Hay que tener en cuenta que no siempre guarda una relación directa con el nivel de calidad científico-técnica, puesto que depende en gran medida del éxito obtenido en el proceso de relación interpersonal.

No obstante, la calidad no sólo es percibida por el cliente externo (paciente y familiares), sino también por lo que se denomina *cliente interno*, en este caso, los facultativos del servicio, el personal de enfermería y el resto del personal que colabora con la actividad diaria de un servicio hospitalario. Una buena gestión de la calidad para este último redundará en una mayor motivación, una mejor formación y una participación más activa en las labores diarias del Servicio.

*Gestión total de la calidad o calidad total.* La calidad asistencial, según Donabedian, es un «proceso de gestión donde se comparan los cuidados médicos con respecto a estándares para generar cambios y asegurar que se está produciendo la mejora deseada». La capacidad de liderazgo, el trabajo en equipo y la gestión por procesos son principios en los que se apoya la calidad total para conseguir sus objetivos. En el desarrollo de estos principios han surgido distintos modelos específicos, entre los que se encuentra el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

El modelo EFQM se basa en que el liderazgo en planificación y estrategia, la acertada gestión del personal y los recursos, así como la capacidad de establecer alianzas, permiten el desarrollo de procesos que conducen a la excelencia de los resultados en las personas, los clientes y la sociedad.

El modelo EFQM aplica el principio de autoevaluación, lo que permite la innovación y el aprendizaje para la mejora continua en todos los implicados<sup>24</sup>.

### *Gestión de la calidad en reumatología.*

#### *Herramientas de gestión de la calidad por parte del reumatólogo*

El objetivo del reumatólogo en su función de gestión de la calidad es obtener una mejora continua en las diferentes actividades que realiza tanto en el área asistencial como docente e investigadora, así como instaurar y mantener un proceso de calidad total que permita incrementar la satisfacción de los pacientes<sup>25</sup>. Con el fin de alcanzar dicho propósito debe elaborarse un plan de calidad reumatólogico, cuyos objetivos sean cuantificables y medibles para su posterior monitorización y análisis, lo que constituirá la base para realizar una autoevaluación y toma de acciones posteriores en los diferentes procesos.

#### *1. Herramientas para la gestión de la calidad técnica-científica*

a) *Desarrollo del acto médico asistencial con la metodología adecuada, evitando la no calidad.* El acto médico se basa en la anamnesis, la exploración, el diagnóstico diferencial, la elección de las técnicas complementarias adecuadas, la integración de los datos, el diagnóstico, la elaboración del tratamiento, la comunicación efectiva del tratamiento al paciente y el seguimiento satisfactorio de éste. Las alteraciones de esta metodología conducen a un acto médico inadecuado, con los costes que supone la *no calidad*: elaboración de diagnósticos diferenciales incorrectos; elección errónea de las pruebas complementarias y excesiva petición de las mismas; prácticas de medicina defensiva; diagnósticos finales inadecuados; aumento innecesario de los costes diagnósticos y farmacéuticos; pérdida de confianza e insatisfacción por parte del paciente; recirculación de pacientes en los sistemas proveedores de salud, y aumento innecesario de las consultas de revisión.

b) *Protocolos clínicos y monitorización de variables clínicas en los principales procesos asistenciales.* Desarrollo de protocolos de artritis de inicio reciente, metrología de parámetros de actividad y discapacidad en los pacientes con artritis reumatoide (utilización del DAS, HAQ), monitorización de la respuesta a las terapias biológicas, protocolizar la actividad clínica en pacientes con espondiloartropatía (BASDAD) y elaboración de un protocolo asistencial de la consulta de enfermería (normas para la educación de los pacientes reumáticos y normas para la realización de ejercicios y economía articular en los pacientes con enfermedades reumáticas).

c) *Cumplimentación adecuada de los sistemas de información* (historia clínica, informes de alta en hospitalización, consulta ambulatoria y hospital de día; CMBD).

d) *Integración de la gestión de la calidad con otros servicios hospitalarios afines.* Agrupaciones de ser-

vicios o unidades clinicofuncionales, buscando un marco de colaboración entre las diferentes especialidades próximas en su marco de acción a la reumatología (traumatología, rehabilitación).

e) *Unidades de dolor y unidades de espalda.* Elaboración de programas que desarrollen la prevención primaria y secundaria, los aspectos educativos, la intervención precoz tanto farmacológica como física y también el tratamiento de los cuadros más complejos con necesidad de intervención instrumental hoy en manos de las unidades del dolor. Su desarrollo tendría incidencia en la disminución de bajas laborales.

f) *Herramientas de calidad en la actividad docente.* Cumplimentación de los deberes asistenciales de los profesionales residentes, fomentar las actividades docentes (sesiones clínicas), asesoramiento y mejora en las presentaciones científicas a realizar por el residente, elaborar encuestas de satisfacción de residentes.

g) *Herramientas de calidad en la actividad investigadora.* Valorar posibilidades de estudios de investigación, tanto básicos como clínicos; evaluar posibilidades de financiación tanto del sector público como del privado; estimular y aumentar la presentación de comunicaciones para los principales congresos nacionales e internacionales; estimular y aumentar la remisión de trabajos para su publicación en las revistas que se consideren idóneas.

## 2. *Herramientas para la gestión de la calidad en cuanto a eficiencia*

Incluyen el seguimiento del gasto de farmacia, la optimización de pruebas diagnósticas, un seguimiento de los indicadores asistenciales y especialmente de las hospitalizaciones secundarias a GRD con una estancia media superior a la estándar y la vigilancia de los tiempos de demora en la atención a los pacientes sucesivos, con la consecuente detección en los problemas de citación.

Para una mejor adecuación de los recursos asignados se debería proceder a la inclusión de las técnicas propias de la especialidad en las herramientas de cuantificación de la actividad asistencial y al desarrollo de un sistema de evaluación de actividad asistencial ambulatoria que contemple la generación de unos códigos para procesos reumatólogicos, la elaboración de unos patrones óptimos de visitas anuales por diagnóstico y por complicaciones, la complejidad del proceso tratado, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados, el uso de fármacos y el impacto sobre variables de desenlace relevantes desde el punto de vista médico y social, como discapacidad, incapacidad laboral, índices funcionales y calidad de vida percibida. Asimismo, una herramienta incuestionable es la realización de estudios de coste-utilidad y estudios de variabilidad en la práctica clínica. Como ejemplos de los mismos contamos con el estudio «Coste

CV-AR», proyecto de investigación de la SER, diseñado como un estudio económico y de calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, y del estudio EMAR, sobre el manejo de la artritis reumatoide en la práctica clínica<sup>26</sup>.

## 3. *Herramientas para la gestión de la calidad en cuanto a accesibilidad a la asistencia reumatólogica. Gestión de la lista de espera*

a) *Fomentar la asistencia especializada extrahospitalaria,* facilitando así la asistencia reumatólogica a la población del área, de una forma racional y coordinada con el servicio hospitalario<sup>27</sup>.

b) *Consultas de referencia de urgencias.* Establecimiento de actuaciones protocolizadas por las que el paciente urgente pueda acceder a una consulta de día siguiente o de referencia de urgencias de reumatología<sup>28</sup>.

c) *Integración de la gestión reumatólogica con la atención primaria.*

– Protocolos de derivación con atención primaria. Hace unos años la SER elaboró unos protocolos de derivación, que incluían la artrosis de rodilla, la osteoporosis posmenopáusica, la cervicalgia y la lumbalgia, que fueron aprobados por la comisión paritaria. Sería deseable la creación de una comisión de seguimiento que detecte y trate de corregir los posibles fallos que surjan y soslaye las carencias que el trabajo diario ponga en evidencia al poner en práctica dichos protocolos<sup>29</sup>.

– Reuniones periódicas con atención primaria, evaluando así los resultados globales extraídos de la remisión de enfermos y especialmente de los pacientes que son enviados de nuevo tras haber sido dados de alta, para llegar a acuerdos y evitar la sobrecarga asistencial.

– En algunos servicios de reumatología se ha creado la figura del reumatólogo de enlace, cuya función principal es la de interrelacionar los dos niveles asistenciales, con el objetivo de establecer programas de formación continuada a los médicos de atención primaria y elaborar protocolos diagnósticos terapéuticos<sup>30</sup>.

## 4. *Herramientas para la gestión de la calidad percibida*

Conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes, mediante la realización de encuestas de satisfacción, es fundamental para evaluar los fallos más comunes. Otras herramientas para la calidad percibida serían: la información a los pacientes y familiares, con la disponibilidad del tiempo adecuado para informar; la atención rápida a las reclamaciones; la elaboración de consentimientos informados y su adaptación al formato instituido en la organización; la elaboración de folletos informativos dirigidos al paciente y la potenciación de las asociaciones de enfermos.

### *5. Iniciativas institucionales de calidad en reumatología*

Desde diferentes sociedades científicas reumatólogicas se trabaja para la total incorporación de la gestión de la calidad en nuestra práctica asistencial. Entre otras iniciativas reseñamos el Plan estratégico de la SER (Comisión de Calidad Asistencial) que pone a disposición de sus asociados las recomendaciones objetivas que considera ajustadas en el desarrollo práctico de las actuaciones de los reumatólogos en los distintos ámbitos asistenciales<sup>25</sup>, y los Criterios de calidad para la asistencia reumatólogica y recomendaciones oficiales de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad Madrid (SORCOM)<sup>31</sup>, que establece los tiempos mínimos requeridos para la actividad médica de calidad. La SORCOM recuerda que las listas de espera son debidas a deficiencias de asistencia estructurales y no coyunturales. Se desaconseja utilizar contratos temporales para reducir las listas de espera y se recomienda la adecuación de plantillas a los requerimientos estructurales de asistencia. Asimismo, la SORCOM recomienda la adecuación de los recursos humanos a las necesidades derivadas de las recomendaciones de la OMS: en países desarrollados es necesaria la dotación mínima de un reumatólogo por cada 45.000 habitantes.

### **Resumen final**

La adecuada utilización de herramientas de gestión clínica y de calidad deberían permitir aumentar el rendimiento de la actividad reumatólogica a expensas de la mejora de la eficiencia en la redistribución de los recursos, manteniendo en todo caso la calidad en la prestación del servicio y la satisfacción del paciente.

Aunque los recursos financieros asignados constituyen el marco y el límite en el que ha de desarrollarse el conjunto de las actividades que el reumatólogo realiza, deberán tenerse presentes aquellos aspectos que por su carácter de necesidad social deben ser asumidos, independientemente de su coste y nivel de eficiencia, ya que constituiría lo que podríamos denominar la eficacia social, pues no debemos olvidar las características de universalidad, equidad y solidaridad que deben presidir un servicio sanitario.

### **Bibliografía**

1. Jover Jover JA. Asistencia a pacientes con discapacidad para el trabajo de origen musculoesquelético. Rev Esp Reumatol 2002;1(Supl):46-9.
2. Muñoz Fernández S. El reumatólogo en la guardia. Rev Esp Reumatol 1995;22:344-5.
3. Grupo de Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. EPISER 2000. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2001.
4. Jover Jover JA, Blanco Hontiyuelo M. Las enfermedades musculoesqueléticas como causa de discapacidad. Boletín SER, Julio 2002.
5. Martín Martín J. Sistemas Sanitarios. Nuevos modelos de Gestión. Rev Esp Reumatol 2002;1(Supl):39-41.
6. Burgos Rodríguez B. El clínico ante la gestión clínica. Variabilidad en la práctica clínica. Rev Esp Reumatol 2002;1:41-3.
7. Gómez T. La reumatología on line. Rev Esp Reumatol 2001; 28:251-4.
8. <http://www.bjrq.org>
9. Belmonte MA, Rodríguez L. La lista de e-mail REUMA. Rev Esp Reumatol 1999;26:387-90.
10. <http://www.ser.es>
11. Grupo GUIPCAR. Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2001.
12. Vicente F, Lavín C. El producto sanitario. En: Curso de Gestión Clínica. Madrid: SANED ed., 2001; p. 28-36.
13. Sistema de Información sobre listas de espera disponible en: <http://www.msc.es/notas/2002-06-29-1.htm>
14. Peña A. Los costos de las enfermedades reumáticas. Rheuma 1998;1:11-3.
15. Navarro Sarabia F. Análisis económico en un servicio de reumatología: análisis de costes en artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol 2002;1(Supl):45-6.
16. Ward M. Rheumatology visit frequency and changes in functional disability and pain in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1997;24:35-42.
17. Pedro Zarco Montejano y Grupo Español con interés en el Estudio de las Espondiloartropatías. Valoración de la actividad, respuesta al tratamiento y criterios de refractariedad en espondiloartropatías. Rev Esp Reumatol 2001;28:387-94.
18. Miembros del Panel (Comité de expertos de la SER). Actualización del consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la terapia con agentes inhibidores del TNF en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol 2002;29:43-50.
19. Sociedad Española de Reumatología. Uso de coxibs. Rev Esp Reumatol 2001;28:341-2.
20. Uso racional de COXIBS (documento elaborado con la colaboración de la Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Instituto de Salud Carlos III y Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios). Rev Esp Reumatol 2000;27:398-400.
21. Lanas A, Piqué JM, Ponce J. Estrategia clínica para el paciente que precisa antiinflamatorios no esteroides: posición de los inhibidores de la COX-2. Gastroenterol Hepatol 2001; 24:22-36.
22. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. Rev Esp Reumatol 2000;27:48-53.
23. Fundación Avedis Donabedian. Manual para equipos de mejora de calidad. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1996.
24. Ureña Vilardell V. La calidad de la atención sanitaria: definición, historia y conceptos básicos. Calidad y riesgo 2001; 1:46-66.
25. Sociedad Española de Reumatología. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. Rev Esp Reumatol 1999;26:347-54.
26. Hernández-García C, González-Alvaro I, Villaverde V, Vargas E, Jover JA, Lázaro P, y el Grupo de Estudio emAR. Estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide en España. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2001.
27. Roig Escofet D. La consulta reumatólogica extrahospitalaria. Rev Esp Reumatol 2001;28:1-3.
28. Tovar JV, Navarro FJ. Consulta Externa de Reumatología: utilidad de las consultas de urgencias. Rev Esp Reumatol 1999;26:375-7.
29. Laffón Roca A. En busca de un modelo de colaboración entre atención primaria y reumatología. Rev Esp Reumatol 2002;1:48-9.
30. Benito Ruiz P. Integración de la gestión de la reumatología en el entorno hospitalario y en los Sistemas de Salud. Rev Esp Reumatol 2002;1:43-5.
31. Panel de expertos seleccionados por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). Criterios de calidad para la asistencia reumatólogica. Rev Esp Reumatol 2002;29:155-7.