

Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria: Introducción *

Lázaro P^{**}, Marín León I.

Directores del curso “Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria”

Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander, 1997.

I. Los orígenes del curso

En una reunión sobre uso apropiado de los procedimientos médicos en Europa celebrada en Delft, Holanda, en el otoño de 1996, hablamos de muchas cosas. Una de las conversaciones giró en torno a la conveniencia de desarrollar un curso sobre calidad asistencial en España. En aquella conversación surgieron algunas ideas preliminares cuyo desarrollo ha culminado con la celebración del curso. En esta presentación del curso intentamos desarrollar aquellas ideas iniciales, algo más articuladas.

Los servicios de salud son sistemas cuya misión es mejorar la salud de los individuos y de la sociedad a un coste máximo que será el que la sociedad, de una u otra forma, decida. Los sistemas de salud se enfrentan a retos tales como la complejidad de sus servicios, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de la tecnología, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios y al desconocimiento de los efectos que ello tiene en los costes y en el nivel de salud de la población. A estos hechos se añade que en los últimos años el gasto sanitario ha crecido el doble que el producto interior bruto en los países industrializados. Estos problemas han hecho que la contención del gasto haya emergido como asunto clave en la política sanitaria de los últimos años en los países desarrollados. Por lo tanto, a los interrogantes clásicos sobre la calidad asistencial se añaden otros nuevos. Surgen interrogantes sobre si mantener la asistencia sanitaria dentro de unos costes aceptables tendrá o no efectos en el nivel de calidad asistencial, sobre si es posible o no aumentar la calidad y disminuir los costes, sobre si todos o sólo algunos ciudadanos van a tener acceso a procedimientos de calidad, o si los ciudadanos accederán a prestaciones de calidad variable.

Responder a estos interrogantes requiere definir un modelo de calidad asistencial que permita medir la calidad obtenida y los factores de los que puede depender la variabilidad en la calidad asistencial observada. En este contexto de reflexiones, se diseñó este curso de evaluación de calidad asistencial. En su elaboración nos hicimos ciertas preguntas con cuyas respuestas fuimos confeccionando la orientación del curso, los temas, el nivel, los conferenciantes, el formato, y demás aspectos hasta cuadrar las piezas del curso que íbamos diseñando. Las ideas clave que nos orientaron a diseñar este curso se describen a continuación.

II. Razones para realizar un curso de calidad asistencial

Pueden ser muchas. Entre ellas, nos parecieron fundamentales las siguientes razones: 1) La calidad asistencial es un tema muy relevante en los sistemas de salud; 2) existen muchos conceptos, definiciones, teorías, enfoques, o abordajes de la calidad asistencial, que cuando se exploran superficialmente pueden dar lugar a confusión; 3) la calidad asistencial se puede medir, pero hay muchos instrumentos de medida; 4) la evidencia científica que soporta algunos conceptos e

* Para ser citado: Lázaro P, Marín León I. Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Introducción.. En: Lázaro P, Marín I, Berra A, editores. Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Santander: Universidad Internacional Menéndez Pelayo, SmithKline Beecham; 1997:17-23.

** Dirección actual: Pablo Lázaro y de Mercado. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). C/Cambrils 41-2, 28034 Madrid. E-mail: plazaro@taiss.com

instrumentos de calidad asistencial es cuestionable; y 5) el curso se concibe como una propuesta intelectual y ética.

1) Relevancia de la calidad asistencial

Con cualquier indicador de calidad que utilicemos es bastante automático inferir la relevancia de la calidad asistencial. Por ejemplo, es relevante la proporción de infecciones hospitalarias, o la proporción de falsos positivos o falsos negativos en los procedimientos diagnósticos, o la proporción de procedimientos que se aplican a los pacientes sin estar clínicamente indicados. Pero uno de los indicadores de calidad asistencial más utilizado y más llamativo es la tasa de mortalidad. El siguiente ejemplo ilustra sobre la relevancia de la relación entre la calidad del proceso y los resultados obtenidos. Kahn y cols. demostraron diferencias significativas en la mortalidad dependiendo de que la aplicación de los procedimientos se realizase mediante un proceso de buena o pobre calidad. Por ejemplo, la mortalidad por insuficiencia cardiaca congestiva era del 11% en los pacientes que recibían un proceso de buena calidad, pero era del 19% en los pacientes que recibían atención sanitaria mediante proceso de baja calidad, después de ajustar los pacientes por edad, sexo, y gravedad [1]. Diferencias igualmente notables ocurren para otras condiciones clínicas, tales como el infarto de miocardio, neumonía, o accidente cerebrovascular.

2) Múltiples conceptos de calidad asistencial

La calidad asistencial puede ser vista, definida, y medida de muchas maneras. Por ejemplo, como “la medida en que la efectividad (efecto conseguido) se aproxime a la eficacia (máximo efecto conseguible)” [2]. También puede ser vista como una actividad que tiene los componente de “estructura, proceso, y resultado” [3]. Una reciente definición elaborada por el IOM define la calidad asistencial como “la medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los deseados resultados de salud para el individuo y para la población en consistencia con el conocimiento profesional de ese momento” [4]. A estos y otros conceptos de origen sanitario, se están añadiendo otros procedentes de la industria, como los círculos de calidad, o la gestión de calidad total, entre otros. Esta cantidad de enfoques, o conceptos puede confundir al interesado en sus primeras aproximaciones a la calidad asistencial. Sin embargo, esta variedad de conceptos no necesariamente es conflictiva. Por el contrario, bien comprendida puede hacer que pasemos del riesgo de la confusión al enriquecimiento conceptual y práctico de distintas perspectivas.

3) Múltiples instrumentos de medida

Existen múltiples instrumentos de medida de la calidad asistencial. Por ejemplo, mortalidad esperada comparada con mortalidad observada, proporción de procedimientos realizados por razones apropiadas, proporción de infecciones hospitalarias, proporción de seguimiento de protocolos, índice de satisfacción de los usuarios, y muchísimos más indicadores utilizados. El curso pretende mostrar que aunque puede haber indicadores mejores que otros, unos serán más adecuados que otros dependiendo del modelo conceptual de calidad que utilicemos y de los objetivos del estudio o intervención sobre la calidad asistencial que proyectemos realizar.

4) La calidad de la evidencia científica

La evidencia científica que soporta las decisiones clínicas es cuestionable en una alta proporción de casos. En consecuencia, no es extraño que algunos conceptos e instrumentos de calidad asistencial se basen en evidencia científica de calidad cuestionable. Por ejemplo, muy pocas guías de práctica clínica explicitan el grado de calidad de la evidencia en que se basan sus recomendaciones. Una de las mejores guías de práctica clínica realizadas hasta ahora, se refiere al manejo de la insuficiencia cardiaca por fracaso ventricular izquierdo [5]. Contiene 42 recomendaciones, cada una de ellas con

el grado de evidencia en que se basa la recomendación. Para ello, los autores de la guía hicieron una revisión sistemática de la literatura. Clasificaron la mejor calidad de la evidencia disponible en siete niveles, según procediese de: I) ensayos clínicos controlados y aleatorizados grandes y bien realizados; II) ensayos clínicos controlados y aleatorizados pequeños y bien realizados; III) estudios de cohortes bien realizados; IV) estudios de casos y controles bien realizados; V) estudios no controlados o pobremente controlados; VI) evidencia conflictiva pero con tendencia a favor de la recomendación; y VII) opinión de expertos. Después agruparon estos niveles en tres: A, buena evidencia (niveles I-III); B, evidencia moderada (niveles IV-VI); y C, opinión de expertos (nivel VII). De las 42 recomendaciones, sólo 3 corresponden al nivel A, 10 al nivel B, y 29 al nivel C. Este ejemplo ilustra sobre cómo incluso después de utilizar la mejor evidencia disponible, ésta puede ser insuficiente, y por lo tanto debemos saber la evidencia que soporta los estándares de calidad establecidos. En consecuencia, la escasez de evidencia, la evaluación de la calidad de la evidencia disponible, y su aplicación a los instrumentos para medir la calidad asistencial, son aspectos relevantes, y por lo tanto deben ser tenidos en cuenta en el contenido de un curso sobre calidad asistencial.

5) Una propuesta intelectual y ética

Explorar diversos puntos de vista, conceptos, y aproximaciones de diversas escuelas de calidad asistencial, que a su vez operan en distintos contextos, es una propuesta intelectualmente enriquecedora. Este enfoque es el que hemos pretendido en el diseño del curso. En esencia, consiste en haber elegido varias perspectivas en lugar de una sola y haber profundizado metodológicamente en ella, lo cual implica que este curso es mucho más conceptual que metodológico.

Además, es una propuesta ética. Propiciar el interés por la calidad asistencial, desarrollar programas de calidad asistencial, o aplicar instrumentos de medida, son, no sólo actividades profesionales o intelectuales, sino también asuntos de enorme relevancia ética. Si la probabilidad de que un paciente obtenga resultados adversos, e incluso fallezca, es mayor cuando el proceso asistencial es de pobre calidad que cuando es de alta calidad, entonces es ético mejorar la calidad asistencial y es no ético no mejorarla.

En resumen, la evaluación de la calidad asistencial es vital en el éxito de los sistemas de salud. La evidencia demuestra que la calidad asistencial puede ser evaluada, y que este tipo de evaluación puede mejorar dramáticamente la práctica médica. Sin embargo, a pesar de disponer de suficientes herramientas metodológicas para la evaluación, escasamente se evalúa la calidad asistencial. Mantener la calidad en una era de conciencia de recursos limitados requiere poner en marcha un proceso activo que distinga lo que es efectivo de lo que no lo es para promover el desarrollo de lo efectivo y disminuir el uso de procedimientos inefectivos. La cooperación entre los profesionales de la salud, administración, gobierno, y ciudadanos, es esencial si queremos dotar de calidad a nuestros limitados recursos. A estos actores, y con un enfoque abierto, está dirigido el curso.

III. El diseño de este curso

Una vez concluido que era conveniente realizar un curso, debíamos diseñar un curso con objetivos, contenido, metodología, y nivel, consistentes con las razones que nos llevaron a tal conclusión. Nos pareció que el curso debía ser de gran riqueza conceptual, amplio en las perspectivas, con un nivel asequible a un profesional promedio del sector de la salud, y con una profundidad metodológica suficiente al servicio de los conceptos tratados. De esta manera se diseñó un curso de una semana de duración, con distintas unidades temáticas en cada jornada enlazadas con el hilo conductor común de la calidad asistencial. Los objetivos genéricos del curso fueron explorar diversos conceptos de calidad asistencial, los fundamentos de la evaluación de la calidad asistencial, los aspectos metodológicos básicos, y las aplicaciones instrumentales y prácticas.

IV. El cuadro de profesores

Afortunadamente, hoy día, contamos con numerosos profesionales que podrían comunicar sus conocimientos y experiencias en calidad asistencial procedentes tanto de España como de otros países. Desafortunadamente, el formato del curso tiene un tiempo limitado y una estructura concreta. En consecuencia, fue preciso decidir cuántos profesores, y quiénes. Se intentó dar cabida al mayor número de profesores posible para disponer de más perspectivas y para exponer aspectos metodológicos básicos. Algunos de los expertos relevantes con quien se contactó no pudieron venir. A nuestro juicio, todos los que aceptaron participar contaban con currículum suficiente, tanto desde el punto de vista académico como de la práctica del día a día, para realizar aportaciones muy ricas. Pero también es posible que no se contactase con expertos cuyas aportaciones hubiesen podido ser también muy valiosas. Este fue el compromiso entre numerosos profesores potenciales y un número limitado de horas reales. La medida en que hayamos conseguido o no un buen cuadro de profesores será juzgada por los alumnos que asistieron al curso o por los lectores de este libro.

V. La audiencia

Un aspecto fundamental que tuvimos en cuenta en el diseño del curso fue la audiencia a quien iba dirigido el curso. El curso podría haber sido dirigido a profesionales que están desarrollando programas de calidad, o a profesionales con suficiente formación metodológica para que integrasen su investigación en proyectos de calidad asistencial. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, se debían beneficiar profesionales comunes, es decir el médico promedio, la enfermera, los gerentes, los decisores políticos, o cualquier profesional de la salud, incluidos, por supuesto, todos los interesados por la calidad en el sector de la salud, con cualquier nivel de conocimientos previos. Por estas razones el curso fue muy abierto a cualquier interesado por la calidad de la asistencia sanitaria. Pudieron asistir tanto profesionales con formación de diversas disciplinas, con distintos tipos de responsabilidad en el sector de la salud, y con distintos niveles de conocimientos, como usuarios o sus líderes o representantes.

VI. El patrocinador

Debido a la relevancia del curso, nos pareció probable que algún patrocinador podría colaborar con la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en la organización y financiación del curso. Por estas razones nos dirigimos a SmithKline Beecham S.A., empresa que no sólo decidió patrocinar el curso y apoyar en la organización, sino que además estimularon nuestro entusiasmo. Pusieron a disposición de la secretaría del curso a Aurora Berra de Unamuno, además de otros recursos organizativos y humanos de la empresa. Sin su apoyo, ayuda organizativa, y colaboración en todas las fases del curso, éste no habría sido posible. De manera, que queremos agradecer los esfuerzos de SmithKline Beecham S.A., que han sido determinantes en la realización del curso, y en su culminación.

También agradecemos a la Universidad Internacional Menéndez Pelayo su apoyo organizativo, su eficiencia en la gestión de numerosos elementos de tipo logístico, y sobre todo su sensibilidad para introducir este curso en su programación de 1997.

Los directores del curso:

Pablo Lázaro y de Mercado
Unidad de Investigación en Servicios de Salud
Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Ignacio Marín León
Servicio de Medicina Interna
Hospital de Valme, Sevilla.

BIBLIOGRAFIA

1. Kahn KL, Rogers WH, Rubenstein LV, et al. Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA* 1990;264:1969-73.
2. Brook RH. Quality assessment and technology assessment: critical linkages. En: Lohr KN, Rettig RA, editores: *Quality of care and technology assessment*. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C. 1990:21-8.
3. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
4. Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. *Medicare. A strategy for quality assurance*. Lohr KN editor. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
5. Konstam M, Dracup K, Baker D, et al. *Heart Failure: Evaluation and Care of Patients With Left-Ventricular Systolic Dysfunction*. Clinical practice Guideline No. 11. AHCPR Publication No. 94-0612. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. June 1994.