

OBJETIVO 31

GARANTIZAR CALIDAD ASISTENCIAL Y ADECUACIÓN TECNOLÓGICA

En el año 2000 todos los Estados Miembros deberían disponer de estructuras y procesos que garanticen la mejora continua de la calidad asistencial y un uso y desarrollo apropiados de las tecnologías sanitarias.

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, València

1. ESTRATEGIAS DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD

Una visión panorámica de las publicaciones y las reuniones científicas, o de los planes estratégicos y los organigramas de las diferentes instituciones sanitarias muestra una apreciable preocupación por la calidad. Más difícil resulta objetivar en qué medida esta preocupación es más real que aparente, dadas las dificultades intrínsecas de cuantificación de estos esfuerzos, la idiosincrásica descoordinación entre proyectos y las diferencias apreciadas entre organizaciones similares. Tampoco puede establecerse de manera concluyente lo que las estrategias de calidad asistencial incorporan de específicamente sanitario frente a la mera traslación de aproximaciones procedentes de ámbitos distintos.

La fragmentación —en otros aspectos positiva— del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo sus desarrollos autonómicos, no ha facilitado la apuesta por un control sistemático y normalizado de la calidad. Una revisión de la producción al respecto muestra una cierta profusión de encuestas de satisfacción, la mayoría de ellas “no homologables”, y a menudo con discrepancias preocupantes respecto a otras fuentes de información. Para el conjunto del Sistema cabe diagnosticar una ausencia de control del producto en cuanto a resultados de la asistencia sanitaria (*outcomes*) y aportación del dispositivo asistencial a la calidad de vida de sus clientes, así como, en general, la falta de sistemas de información sanitaria (SIS) apropiados para valorar la evolución de estas dimensiones.

A falta, pues, de una batería suficiente de indicadores objetivos, puede intentarse una aproximación descriptiva para analizar el sentido de la evolución recurriendo a fuentes de información parciales: 1) los indicadores relativos a las infecciones nosocomiales; 2) las declaraciones de los planes estratégicos o los programas de calidad; 3) los trabajos presentados en diferentes foros sobre calidad asistencial.

1. El control de la incidencia de infecciones nosocomiales constituye un indicador clásico de garantía de calidad. En la formulación original de las estrategias de SPT figuraba como indicador 31.4 para monitorizar los avances del objetivo de “Adecuación y calidad asistencial”. La evolución de las infecciones nosocomiales en España entre los años 1990 y 1997 muestra una reducción de la prevalencia (del 9,9% al 8,1%) y de infectados (del 8,5% al 6,8%). Un indicador más específico como la prevalencia en enfermos con infección nosocomial en cirugía limpia muestra un descenso del 20% (de 3,5% a 2,8%) (1). Aunque durante el periodo considerado el número de hospitales y pacientes encuestados en el proyecto EPINE se incrementaron respectivamente en un 70% y un 34%, los resultados evolutivos de los 74 hospitales que participaron de forma constante en los estudios no difieren apenas de los indicados.
2. Un modo posible de valorar la estructura, la orientación y el alcance del enfoque de la calidad asistencial en el conjunto de un dispositivo asistencial, consiste en la revisión de las declaraciones de su plan estratégico o los contenidos de sus programas de calidad. La elección de INSALUD-Gestión Directa se justifica por tratarse del prestador sanitario con mayor cobertura poblacional.

En el diagnóstico inicial de dicho Plan Estratégico se señala que los objetivos de calidad que establecía el Contrato-Programa de 1995 con los hospitales se limitaban a las áreas de derechos del usuario, información al paciente, protocolización de procesos clínicos e infección nosocomial, mientras que en Atención Primaria se recogían en las Normas Técnicas Mínimas. Aunque los “contratos” recogían objetivos mínimos de calidad, sus patrones de evaluación y formas de medición resultaban a menudo poco claros. Pocos centros contaban con Programas de Garantía de Calidad y,

donde existía alguno, tenía escasa repercusión práctica y raramente se refería a la calidad total. Se constataba la falta de definición y explicitación total de una “Política de Calidad Total” (2).

Por su parte, la última memoria disponible del Plan de Calidad en Atención Especializada (3) diferencia sus objetivos entre las áreas de “Derechos de los pacientes”, “Infección Nosocomial” y “Protocolización de la Práctica Asistencial”. Para el área de “infección nosocomial” se dice que “es difícil llegar a conclusiones sobre las tasas de infección” y se anuncia la definición de un conjunto mínimo básico de datos homogéneos que permita establecer comparaciones. En el “Área de Protocolización de la Práctica” se consideran cumplidos los criterios/objetivos cuando la inclusión en lista de espera, la profilaxis antibiótica o el sondaje concuerdan con un protocolo establecido, sin ninguna evaluación sobre éste. Pese al indudable avance que estas iniciativas representan en la estructuración de procedimientos orientados a la mejora de la calidad, su valor queda limitado por la ausencia de validación de los protocolos sobre los que se sustentan.

3. Para escrutar la orientación y el interés de las preocupaciones manifestadas en los trabajos publicados por los profesionales implicados en estrategias de garantía de calidad —diferente por tanto del conjunto de la actividad realizada, al ignorarse la no difundida— se ha llevado a cabo una búsqueda en Medline de referencias españolas. Además se ha recurrido a un análisis bibliométrico de contenido realizado sobre la producción científica de los últimos congresos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

El resultado de estas pesquisas insinúa posibles divergencias en los modos de enfrentar la cuestión. Así, entre los trabajos sobre “calidad” aparecidos en las revistas clínicas, además de los artículos sobre satisfacción, calidad percibida, expectativas, consentimiento informado, etc., es relativamente fácil encontrar estudios sobre tasas de reingreso hospitalario, análisis de series temporales de las infecciones nosocomiales, mortalidad asociada a sucesos adversos, ajuste de riesgos, variabilidad de la asistencia a diabéticos, hipertensos, pacientes con cataratas, papel de la autopsia en el control de la calidad, etc. Tampoco resultan infrecuentes las referencias sobre calidad de la prescripción farmacéutica, de la derivación entre niveles, control de calidad de las dietas hospitalarias o de la solicitud de pruebas de laboratorio. Y ello sin que falten trabajos sobre programas de acreditación o sobre programas externos de garantía de calidad.

Por su parte, en las reuniones de la Sociedad de Calidad la mayor parte de los trabajos presentados corresponden a las dimensiones de “Continuidad” y “Usuarios”, seguidas por “Efectividad”. En mucha menor medida aparecen los referidos a las de “Adecuación” y “Riesgos” (4). En este sentido resalta la escasa atención que reciben —al menos en las reuniones estudiadas— las cuestiones relativas a variabilidad y adecuación. En la última reunión (Santander 1998) sólo un trabajo se ocupaba de variabilidad —referida a utilización de recursos humanos— y menos de seis (sobre 130) evaluaban la adecuación de la utilización, pese a la difusión dada a la disponibilidad del instrumental explícito disponible y los amplios márgenes de mejora potencial que muestran los resultados de su administración.

A pesar de las limitaciones intrínsecas del enfoque adoptado y su inherente subjetividad, el horizonte que sugiere permite establecer algunas conclusiones tentativas:

- La preocupación por la calidad de la asistencia viene experimentado en nuestro país un creciente desarrollo. Éste no se limita a los “profesionales” de la calidad ni a los investigadores ajenos a la práctica clínica, sino que permeabiliza a grupos relevantes de profesionales. La magnitud de la penetración, los enfoques prevalentes o las repercusiones de estas tareas en la dinámica institucional no pueden ser aún estimados. Los clínicos parecen mostrar una mayor preocupación por estas cuestiones que los meso y macrogestores sanitarios.
- Esta preocupación por la calidad de la asistencia en el SNS se encuentra aún en estado rizoide, el de aquellas plantas que, como los musgos, disponen de pelos o filamentos que hacen las veces de las raíces de las que carecen. Quizá un decidido impulso institucional permitiría su capilarización a través del sistema. Pese a experiencias como las reseñadas, la tónica general está presidida por una ausencia de incentivos relevantes relacionados con los resultados del proceso asistencial, y por una escasa preocupación en los niveles de decisión por su traducción en términos de calidad de vida de los pacientes o por dar respuesta a sus preferencias, expresadas o latentes.
- A pesar del interés manifestado por los profesionales, que perciben la necesidad de incorporar la preocupación por la calidad en el marco general de sus cometidos (5), existe una carencia casi total de “rediseño” de los planes formativos, de modo que se entienda que en sanidad el “núcleo duro” de la calidad reside en “hacer buena medicina” y no en seguir un curso *Assimil gay-yines* (extranjeros en japonés).

2. ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN

En los últimos años han proliferado en España los trabajos que valoran la adecuación de la utilización de los servicios sanitarios. Aunque son muchos los ámbitos analizados —adecuación de la prescripción farmacéutica (6), de las pruebas complementarias (7), de la utilización de los servicios de urgencias (8), etc.—, una parte sustancial de ellos se refiere a la utilización inapropiada hospitalaria. Estas evaluaciones frecuentemente utilizan instrumentos basados en criterios explícitos, generalmente independientes del diagnóstico. Desde los primeros estudios registrados en los años ochenta, la extensión de esta aproximación ha sido notable, si bien en su mayoría se trata de trabajos descriptivos, y sólo excepcionalmente se llevan a cabo intervenciones para modificar la realidad analizada (9).

Pese a la gran heterogeneidad que muestran respecto a periodo, alcance, tipos de centro o metodología, los trabajos analizados (10) coinciden en señalar la existencia de una muy variable pero, en general, abultada proporción de utilización innecesaria en los servicios hospitalarios (entre el 30%-40% de las estancias y el 15%-30% de los ingresos). Como segundo rasgo común, de interés crucial para lo aquí tratado, emerge la abultada atribución de utilización inapropiada a causas internas a la organización de los centros, que aconsejan orientar los esfuerzos de análisis e intervención sobre los problemas relacionados con la institución y sus profesionales, antes que hacia las características de los pacientes.

Los trabajos sobre adecuación, aunque son cada vez más numerosos y variados, tienen todavía un carácter aislado, fruto más bien de la “curiosidad” de algunos profesionales que de una orientación deliberada del sistema en tal sentido. La relativamente abundante experiencia disponible procede de revisiones de historias clínicas, análisis de bases de datos, aplicaciones y explotaciones del CMBD. Cabe señalar revisiones concurrentes de procesos efectuadas con excesiva frecuencia por investigadores ajenos a la institución o, más raramente, por clínicos deseosos de evaluar su práctica, y sólo excepcionalmente promovidos por directivos que buscan una “vía clínica” de gestión.

La disponibilidad del instrumental necesario —existen versiones validadas de distintos instrumentos de evaluación de la adecuación, como el AEP, AEP-pediátrico, Delay Tool etc.— unida a la existencia de grupos experimentados en su utilización en la mayor parte de las CCAA, aconsejarían extender su utilización. Su aplicación debería abandonar el repicado sistemático de trabajos descriptivos previos y adoptar una clara orientación hacia la gestión interna de la utilización. De este modo, la labor realizada resultaría menos visible en términos de publicaciones pero más efectiva en cuanto a resultados de mejora de la adecuación.

Las actuaciones descritas, aunque distan mucho de ser “estructuras y procesos que garanticen la adecuación de la utilización”, representan un importante avance en el análisis del uso apropiado de los recursos sanitarios. El reto pendiente es su reconversión en herramientas útiles para la gestión de la adecuación. El problema no es instrumental, sino de voluntad y orientación de los niveles gestores hacia una mayor preocupación por la prestación de una asistencia apropiada y de calidad.

3. LÍNEAS DE DESARROLLO Y PROPUESTAS

El panorama trazado, pese a las insuficiencias constatadas, permite una visión optimista. A ras de suelo el terreno se muestra más fértil de lo que parecería a primera vista. Con escaso apoyo y menor coordinación, el sistema sanitario, fundamentalmente a partir de los esfuerzos de sus profesionales, viene avanzando lenta pero inexorablemente hacia una dinámica de mejora continua de la calidad asistencial y la adecuación. Las mimbres necesarias están en su mayor parte disponibles: sensibilización de los profesionales, extensión de registros sistemáticos de datos homologados, instrumental para el análisis, instituciones y departamentos dedicados a evaluar las tecnologías en uso, diseños contractuales que permiten señalar las vías de avance pretendidas.

Seguramente se requiere un impulso explícito para aunar tantas iniciativas dispersas. La decisión sobre la estrategia más adecuada no es inequívoca. Entre el “dejar que crezcan mil flores” zedongista y el escorsetado normalizador, hay mucho espacio para avanzar coordinadamente, respetando al tiempo las especificidades significativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaqué J, GT EPINE. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE 1990-1997. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 1998.

2. Plan Estratégico Insalud (IV.8.D) <http://www.msc.es/insalud/plan/plan.htm>
3. Alonso P et al. Plan de Calidad en Atención Especializada. Memoria 1997. <http://www.msc.es/insalud/memorias/calidad97/memoria97.pdf>.
4. Campos A, Enguidanos M. Análisis de la producción científica de 2 congresos de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:431-6.
5. Saturno P. ¿Quiere seguir un curso a distancia sobre calidad asistencial? Respuesta de los médicos de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:31-5.
6. Arnau de Bolós et al. Variabilidad de las prescripciones en Atención Primaria: un estudio multicéntrico (GEPAP) *Aten Primaria* 1998;22:7,417-23.
7. Meneu R. Variabilidad en la solicitud de pruebas de laboratorio. Uso innecesario y estrategias de gestión de la utilización. *VPM* 1997;(12).
8. Sempere MT et al. Hospitalización inadecuada de las urgencias hospitalarias. Identificación, causas y determinantes. En: Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud. Zaragoza: AES, 1999.
9. Moya C, Peiró S. Efectividad de la retroinformación a los clínicos para reducir la utilización inadecuada de la hospitalización. En: Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud. Zaragoza: AES, 1999.
10. Meneu R Peiró S. La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica? *Todo Hospital* 1997;134:53-60.