



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



## Introducción

La calidad de la atención sanitaria es algo que, desde siempre, preocupa a los profesionales asistenciales que, de una u otra forma, han trabajado con un horizonte de búsqueda de la excelencia, aun sin utilizar una metodología específica y reconocida.

Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han desarrollado las herramientas que han permitido, en primer lugar, *medir el nivel de calidad*. Una vez que se ha aprendido a medir (evaluar), se ha evolucionado desde el concepto de control de calidad hacia el de garantía de calidad. Posteriormente, y a partir de los años noventa del pasado siglo, se ha progresado hacia los sistemas de calidad total.

No obstante, esta evolución no ha seguido siempre, de forma precisa, este orden cronológico, sino que, generalmente, las fases se han mezclado y, a veces, se han dado al mismo tiempo. Desde las aproximaciones más básicas, centradas en la relación médico-paciente, se ha pasado, a medida que se iba modificando el concepto de salud, a aproximaciones más generales en las que se incluye no sólo la globalidad de servicios directos prestados por los profesionales de la salud, sino que se han ido incorporando aspectos de atención a la comunidad y conceptos de efectividad y equidad en la distribución de los recursos para la atención de la salud y, cómo no, la ética en la toma de decisiones.

Los primeros antecedentes documentados en evaluación de calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando Florence Nightingale estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea.

También se considera como precursor de estudios sobre el tema a Ernest Codman, cofundador del Colegio Americano de Cirujanos, el cual, en el año 1912, desarrolló en Estados Unidos un método que permitía clasificar y medir los resultados de la atención quirúrgica.

Otra referencia habitual es la definición de "*the minimum standard*", realizada por el Colegio Americano de Cirujanos en el año 1918, en la cual se especificaban los estándares mínimos que debía cumplir un hospital y que fue la base de la acreditación en Estados Unidos.

Se debe señalar también, como un evento importante, la creación de la Joint Commission on The Accreditation of Hospitals (JCAH), formada por una agrupación de colegios profesionales americanos, el año 1951, que inició su labor acreditando centros hospitalarios que lo solicitaban de forma voluntaria, si cumplían unos estándares de calidad preestablecidos. Posteriormente ha impulsado el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y ha extendido su actuación a otros tipos de centros sanitarios, motivo por el cual cambió de nombre y, actualmente, se denomina Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

Una aportación metodológica significativa en la década de los cincuenta fue la de Paul Lembdke, cirujano de la John Hopkins University Medical School, que desarrolló un nuevo método para evaluar la calidad: *el audit médico*. Lembdke, profundamente preocupado por

la variabilidad de resultados que observaba en su práctica diaria, estableció el desarrollo de *criterios explícitos* que permitían la comparación entre centros y profesionales, y una sistemática de recogida de información que incluía la verificación de los datos y el diseño del estudio.

Más adelante, entre 1965 y 1966, se crean en Estados Unidos los programas federales de atención a ancianos y personas sin recursos (MEDICARE y MEDICAID) y se estipula que los hospitales que han pasado la acreditación de la JCAHO serán reconocidos para la atención de este tipo de pacientes.

Cabe citar también los trabajos de J. Williamson, que en los años setenta introdujo una nueva metodología, con la formulación del concepto de ABNA (*achievable benefit not achieved*, o beneficio posible no alcanzado), que mide la diferencia entre los estándares considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada, tanto mediante revisión de las historias clínicas como mediante la revisión del estado de los pacientes y el envío de cuestionarios en el que reportaban su estado de salud. Williamson realizó parte de sus trabajos en el ámbito de la atención primaria (hipertensión, etc.) estableciendo los “resultados deseables” de la atención y poniendo especial énfasis en la mejora de la calidad obtenida tras los estudios. Se inauguraba así la etapa de la garantía de calidad (*quality assurance*), tras la etapa anterior más centrada en la evaluación que en la mejora.

Sin embargo, uno de los autores que más impacto tuvo en el cambio del panorama de la calidad fue sin duda R. Brook, que estableció el seguimiento de pacientes a largo plazo después de la atención sanitaria y demostró la baja correlación entre el proceso y los resultados de la asistencia. Los trabajos de Brook se concretaron después en el desarrollo de métodos para establecer la adecuación de procedimientos y fueron una de las aportaciones más interesantes, ya que pusieron de manifiesto las hipótesis que permiten explicar la variabilidad (sistemas de pago, formación de los profesionales, etc.) y la forma de abordarla desde el punto de vista de los estudios de calidad.

En este breve repaso histórico no se puede olvidar la aportación de un gran estudioso en este campo, el Profesor Avedis Donabedian quien, desde la clasificación en 1966 de los métodos de evaluación de la calidad en estructura, proceso y resultado y la reflexión en 1992 acerca del impacto del modelo de calidad industrial sobre el modelo sanitario en el año 1992, ha ofrecido una gran cantidad de estudios y planteamientos, tanto teóricos como de aplicación práctica, de indudable ayuda para todos los profesionales que trabajan para la mejora de la calidad.

## **Experiencias con indicadores**

Durante los años ochenta, la JCAHO requirió la existencia, en todos los centros que iban a ser acreditados, de planes de calidad integrados de ámbito global que encontraron inicialmente una importante resistencia, y estableció a partir de 1986 el estándar que implementaba los *sistemas de monitorización* y su desarrollo metodológico.

Los sistemas de monitorización se conciben como una valoración global de todo un servicio y no sólo de las áreas de problemas que puedan detectarse. Para llevarlos a cabo es necesario definir el tipo de atención que se realiza en un determinado servicio o centro mediante un proceso de “dimensionado”, establecer las principales áreas de trabajo y crear los indicadores que permiten medirlo. Estos indicadores, que se evalúan de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio, así como actuar en los casos en que se presenten desviaciones, se aplicaron básicamente a la evaluación de diferentes especialidades, y con menos intensidad en el global de los centros.

La JCAHO inició el desarrollo de un sistema de indicadores de resultados integrado en el sistema de acreditación, que permitía la comparación de los diferentes proveedores de servicios. Con esta finalidad, se inició un ambicioso proyecto de desarrollo de indicadores que se prolongó hasta mediados de los noventa.

Esta estrategia de la JCAHO tuvo un éxito limitado por la aparición de otros sistemas de indicadores en Estados Unidos. En la actualidad, la JCAHO ha creado un sistema propio de indicadores llamado ORYX, que se revisa y actualiza periódicamente, contando en 2004 con 52 indicadores. Otros países, especialmente Australia, han avanzado también mucho en el desarrollo de sistemas de indicadores de resultados que permiten comparaciones entre centros, y que son elaborados por las propias sociedades científicas.

En 1990, el University Hospital Consortium, de Estados Unidos, que agrupa más de 50 hospitales universitarios de todo el país, realizó un "compendio de indicadores clínicos" que abarcan la mayoría de especialidades médicas y que incluye cerca de 100 indicadores de ginecología y obstetricia, elaborados por un comité de expertos y usado por todos los hospitales miembros del consorcio. También en 1991, y con sucesivas actualizaciones, se publicó el *Monitoring with indicators* de J.G. Carroll.

Como ya se ha citado anteriormente, el Australian Council of Healthcare Standards introdujo en 1995 en su programa de evaluación los indicadores clínicos de las unidades de cuidados intensivos, elaborados con la Australian and New Zealand Intensive Care Society.

Otras experiencias más cercanas a nuestra propuesta a partir de iniciativas de sociedades científicas de nuestro país son:

- A. 1993: Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria con la publicación: *Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut*, que contiene una relación de indicadores de calidad relativos a diferentes áreas de trabajo de atención primaria.
- B. 1999: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), con los indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia, que abarcan todos los ámbitos de la especialidad.
- C. 2001: Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU) con el proyecto: "Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria", financiado por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, y asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- D. 2003: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), con la adaptación del trabajo anterior al ámbito pediátrico.
- E. 2003: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), con los indicadores de calidad en cuidados paliativos.
- F. 2005: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades coronarias (SEMICYUC), con los indicadores de calidad del enfermo crítico.