



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

La cuadratura del círculo no es imposible: un índice sintético de calidad



Squaring the circle is not impossible: A synthetic quality index

G. Carrasco^a y S. Lorenzo^{b,*}

^a Editor de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL

^b Directora de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Recibido el 21 de abril de 2015; aceptado el 21 de abril de 2015
Disponible en Internet el 30 de mayo de 2015

El caso de la cuadratura del círculo casi lo fue. Su resolución fue abordada en innumerables ocasiones por las mentes más privilegiadas desde los griegos hasta el siglo XIX. Hubo que esperar hasta 1882, año en que un matemático alemán, Ferdinand von Lindemann, demostró que el número π es un número especial, dentro de los números trascendentales, que no puede ser jamás la solución de la ecuación algebraica¹. Quedó así demostrada la imposibilidad de obtener una solución directa y exacta para un problema que había mantenido ocupados a grandes matemáticos durante 3 milenios. Pero los matemáticos no se rindieron. Si no existía la solución perfecta debía encontrarse la solución más aproximada y exacta al problema. Diversos matemáticos desempolvaban el viejo método de Charles Émile Picard de las repeticiones sucesivas dividiendo el círculo en una cantidad de sectores, subdivididos a su vez en un triángulo y un pequeño segmento circular². A medida que este procedimiento se llevaba a cabo con un mayor número de triángulos, la figura tendía a un verdadero rectángulo con una superficie casi igual a la del círculo.

La homologación de los más de 200 sistemas de acreditación y certificación sanitaria disponibles en la actualidad parece un problema tan complejo y aparentemente irresoluble como la cuadratura del círculo³. Ni siquiera con los sistemas de cálculo informático actuales es posible

obtener una respuesta geométrica directa y perfecta más allá de la del cálculo de las aproximaciones sucesivas. Pero por el hecho de que no exista una solución geométrica directa, ¿debemos desechar otras maneras de abordar la solución? No parece una postura inteligente.

Hasta el momento, en Europa, en el campo de la acreditación y certificación no existía un sistema completo y universalmente reconocido, sino una atomización de iniciativas bien intencionadas, pero parciales tanto en contenido como en ámbito geográfico. Nos encontrábamos ante una serie compleja e incoherente de sistemas de acreditación y certificación, un círculo aparentemente imposible de cuadrar.

El Sistema de Reconocimiento de la Calidad del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) abordó el problema de ponderar la acreditación y la certificación tal como postuló Picard. Si resultaba imposible evaluar de forma global la maraña de sistemas existentes, la única forma era desagregarlo en dimensiones de la calidad, en vez de en triángulos, y ponderar cada componente en diferentes aproximaciones sucesivas, que en nuestro caso fueron sucesivas oleadas Delphi puntuadas por los mejores expertos disponibles, hasta aproximarnos al resultado más justo y exacto posible⁴. Al fin y al cabo cualquier sistema de acreditación o certificación no es más que la suma de los componentes de las dimensiones que evalúa.

En eso consistió el innovador enfoque del instrumento del IDIS. El rigor en el diseño de la herramienta lo proporcionó un panel de expertos, más de 40, cuidadosamente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: slorenzo@fhacorcon.es (S. Lorenzo).

seleccionados que incluyó a profesionales de la calidad competentes en este campo, la mayoría miembros activos de SECA con representación autonómica.

El lector podría pensar que resumir en una ecuación modelos tan diferentes como el de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), el de la *Joint Commission International*, las múltiples certificaciones de la *International Organization for Standardization* (ISO), el del modelo Sanidad Excelente Privada (SEP) de Aliad, o la certificación Madrid Excelente es una entelequia tan grande como buscar la cuadratura del círculo. Podría creerse que es un problema muy difícil o imposible de resolver.

Más allá de su innegable interés para establecer un sistema sólido que reconozca el esfuerzo para la mejora de la calidad en nuestro país, un instrumento como el que presentamos resulta muy necesario en un entorno como el de los sistemas sanitarios europeos donde convive una compleja maraña de modelos de acreditación y certificación que requieren urgente estandarización⁵.

El problema de disponer de un sistema de reconocimiento de la calidad aceptado internacionalmente no es nuevo. En el siglo XVII, sir William Petty, un filósofo, médico, estadístico y economista inglés, en su tratado sobre política aritmética⁶ planteaba sus dudas sobre la calidad de los hospitales de entonces. «Los hospitales de Londres son... mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16». Aunque esta cita tiene más de 300 años, hoy día la situación no parece haber mejorado mucho. Reflexionemos sobre algunos prestigiosos sistemas sanitarios europeos como el *National Health Service* británico. En este ordenado y protocolizado sistema sanitario conviven, por lo menos, 5 modelos mayoritarios de acreditación (el *Annual Health Check*, el *CHKS Healthcare Accreditation Programme*, el *Quality Healthcare Advice Trent*, el *CHKS Healthcare Accreditation Programme* y el *Quality Healthcare Advice Trent*) que no son comparables entre sí y mucho menos son complementarios. Si no estamos ante una verdadera Torre de Babel acreditativa, no se puede negar que la situación se parece mucho.

En nuestro país tampoco han ido mucho mejor las cosas. La subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud estableció en el pleno del Congreso de los Diputados (18/12/1997) la «necesidad de impulsar la mejora de la asistencia a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios». Sin embargo, a pesar de la buena voluntad y del impulso inicial, o a lo mejor debido a ellos, el proyecto no llegó a buen puerto. El inicio de la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas llevó a la situación actual, con 17 sistemas sanitarios públicos con sistemas de acreditación de la calidad diferentes y difícilmente comparables, a los que se deben añadir los múltiples sistemas promovidos por la iniciativa privada.

Las autoridades de la Unión Europea son conscientes, desde hace más de 2 décadas, del problema y de que su resolución depende de la futura armonización de la sanidad en nuestro continente. Por esa razón, promovieron diferentes proyectos como el EXPERT⁷⁻⁹, el DUQUE¹⁰ o el MARQUIS^{11,12}, de cara a la entrada en vigor de la directiva 2011/24/UE de sanidad transfronteriza de la Unión Europea. Los objetivos de dicha directiva fueron garantizar la movilidad

de los pacientes, establecer unas reglas para facilitar su acceso a una asistencia sanitaria segura y de alta calidad en la Unión Europea y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros, respetando plenamente las responsabilidades de estos en la organización y prestación de dicha asistencia. Dicha directiva se reguló a través del RD 81/2014 en España¹³. Pero por ahora no parece que la norma haya conseguido una implantación tan efectiva como sería deseable.

Al Estado español, como Estado miembro, la norma le confirió el papel de responsable e impulsor de unos determinados niveles de calidad y seguridad en la atención sanitaria. Las directrices se complementan con una política de información, de transparencia, que se concretan en el establecimiento del «punto nacional de contacto», para que los pacientes puedan ejercer su derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza en la práctica. Para llevarla a efecto resulta imprescindible que los pacientes dispongan de información adecuada sobre los aspectos esenciales del funcionamiento, prestaciones y calidad de cada organización de los diferentes sistemas sanitarios.

Los objetivos de la UE con esta directiva fueron¹⁴:

- Ofrecer a los pacientes normas claras e información fiable sobre el acceso a la asistencia sanitaria dispensada en otro país de la UE y su reembolso.
- No defraudar las expectativas de los pacientes en cuanto a la calidad de la asistencia sanitaria, expectativas que son todavía mayores cuando para recibir un tratamiento se desplazan a otro país.
- Garantizar que los países de la UE cooperen en interés del paciente.
- Establecer un equilibrio adecuado entre la sostenibilidad de los regímenes sanitarios y el derecho de los pacientes a ser tratados fuera de su país de residencia.

No cabe duda de que disponer de una homologación de la calidad como propone el sistema del IDIS es la clave para que la directiva de la UE trascienda las buenas intenciones para ser una realidad en un futuro cercano. Pero, mientras tanto, el reto está servido. Tres siglos después, seguimos sin poder contestar la pregunta de William Petty, ya que para ello se debería disponer de un universal para reconocer la calidad de los dispositivos sanitarios de cada país.

Por ello debemos aplaudir que el IDIS planteara el diseño de un sistema creíble y riguroso que aglutinase los atributos o cualidades de las certificaciones existentes de una manera lógica y razonada a través de un Sistema de Reconocimiento a la Calidad (nótese que no es un sistema más de acreditación sino un método de reconocer los existentes) dirigido a aquellas instituciones sanitarias de cualquier titularidad (pública, privada o mixta) que realicen continuos esfuerzos para mejorar y para seguir aportando valor añadido al sistema sanitario, en el que han participado entre otros *partners* la Sociedad Española de Calidad Asistencial y la Asociación Española para la Calidad.

Se trata de un formulario de autoevaluación de la calidad dirigido a cualquier institución sanitaria, pública o privada, que preste asistencia en atención primaria, especializada o sociosanitaria en nuestro país. Su cumplimentación permite al usuario realizar una precisa y ágil autoevaluación integrando en un indicador sintético el conjunto agregado

y ponderado de los componentes de la calidad de cada sistema de acreditación o certificación disponible en su centro. Dicha información luego es contrastada, al remitir la organización los certificados que evidencian dicha valoración.

El sistema reconoce a las instituciones que se esfuerzan en implantar un sistema de calidad, ofrece visibilidad al centro, sumando los sistemas de acreditación y de certificación en uso en nuestro medio, y no pretende sustituirlos, sino aglutinarlos, de forma voluntaria y gratuita. Además, se trata de un modelo dinámico que se actualizará a medida que se vayan incorporando o renovando los diferentes sistemas de acreditación o certificación disponibles.

Esperemos que los responsables sanitarios de la UE se fijen en él y le concedan el respaldo que merece. Con ello no habremos resuelto geoméricamente la cuadratura del círculo, pero habremos contribuido a mejorar la transparencia y armonización de los sistemas sanitarios de nuestro país y, ¿por qué no?, de la Unión Europea. Si lo conseguimos, no cabe duda de que los mayores beneficiarios serán los ciudadanos.

Bibliografía

1. Elsner C. On arithmetic properties of the convergents of Euler's number. *Colloq Math.* 1999;79:133–45.
2. Baker A. Squaring the circle: Transcendence logarithmic forms and diophantine analysis. *Math Gaz.* 1996;1:71–7.
3. Scrivens E. Assessing the value of accreditation systems. *Eur J Pub Health.* 1997;7:4–8.
4. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manage Sci.* 1963;9:458–67.
5. Scrivens E, Ellie EJ, Klein R, Steiner A. Accreditation: What can we learn from the Anglophone model? *Health Pol.* 1995;34:193–220.
6. Petty W. Two essays in political arithmetick concerning London and Paris. En: Petty W, Graunt J. *The economic writings of sir William Petty.* Volumen 1, 1997. Reimpresión de edición de 1899.
7. Shaw C. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRt project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *Int J Qual Health Care.* 2000;12:169–75.
8. Øvretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int J Health Plann Manage.* 2001;16:229–41.
9. Klazinga N. Re-engineering trust: The adoption and adaption of 4 models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care.* 2000;12:183–9.
10. Groene O, Botje D, Suñol R, Lopez MA, Wagner C. A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *Int J Qual Health Care.* 2013;25:525–41, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt058>.
11. Lombarts MJ, Rupp I, Vallejo P, Klazinga NS, Suñol R. Differentiating between hospitals according to the «maturity» of quality improvement systems: A new classification scheme in a sample of European hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2009;18 Suppl 1:i38–43, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.029389>.
12. Lombarts MJ, Rupp I, Vallejo P, Suñol R, Klazinga NS. Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: Results of the MARQuIS project. *Qual Saf Health Care.* 2009;18 Suppl 1:i28–37, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.02936>.
13. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación [consultado 2 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-2014-1331>
14. UE. Asistencia sanitaria transfronteriza [consultado 2 Mar 2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_es.htm.