

Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad

Pedro J. Saturno¹

La calidad no mejora sola. Se necesita una actuación específica, continua y metodológicamente contrastada para este fin, dentro de lo que se conoce como un Sistema o Programa de Gestión de la Calidad. La existencia de este tipo de Programas se justifica porque una mejor calidad repercute en una mejor salud de la población, y también porque la mala calidad es ineficiente. Hoy día no es posible poner en duda esta afirmación ante la cantidad de evidencia que hay en este sentido. Los costos de la mala calidad son enormes e inaceptables. El informe de la OMS (2010) sobre la financiación de los sistemas de salud cifra este desperdicio entre el 20-40% de todo el gasto en salud en cualquier país y en cualquier sistema. Por estas y otras razones, el tema de la Calidad aparece como supuesta prioridad en un número creciente de sistemas sanitarios, y es posible identificar una serie de tendencias comunes, relativamente globales. Sin embargo, no siempre están bien fundamentadas ni su utilidad contrastada, a la vez que persisten diversas situaciones de fragmentación en las iniciativas, en detrimento de la necesaria visión y estructuración integral e integradora que deberían tener los sistemas de Gestión de la Calidad, en cualquier país y en cualquiera de los niveles del Sistema de Salud.

Estas tendencias e iniciativas van desde la presencia cada vez más frecuente de institucionalización de la Calidad en la estructura de los sistemas de salud, hasta una amenaza constante y creciente contra el valor social intrínseco, no mercantil, que han de tener los servicios de salud. En este ensayo se hace una revisión crítica de las tendencias más destacadas. Vamos a revisarlas, siguiendo el orden y argumentos que se resumen en el cuadro 1.

INICIATIVAS DE INSTITUCIONALIZACIÓN

La gestión de la calidad se va abriendo paso en los organigramas de los sistemas de salud, tanto a nivel central como regional o de centros individuales. El nivel jerárquico, la denominación y los recursos que se destinan a ello son muy variables, pero visibles. En algunos países tienen rango de Subsecretaría, en otros son Direcciones Generales, en otros más, Agencias de calidad, Comisiones, u otras. Es un hecho que ha de ser bienvenido porque, como apuntaba Juran (1970), cualquier función que una organización considera que es importante, debe verse reflejada en el organigrama de esa organización. La calidad ya tiene visibilidad en el organigrama en una mayoría creciente de países. Sin embargo,

CUADRO 1.
TENDENCIAS ACTUALES EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.
UNA VISIÓN CRÍTICA.

Tendencia global	Principales aspectos críticos
Institucionalización de la Gestión de la Calidad	Falta de integralidad (actividades, estrategias, dimensiones) y de integración (enfoques, niveles de responsabilidad).
Calidad basada en evidencia	-Diseño de herramientas (p. ej., Guías de Práctica Clínica), sin planes de implementación ni monitoreo de su utilización y resultados. -Énfasis en evidencia clínica, menos en evidencia organizacional, ni en política basada en evidencia.
Incentivos para la calidad	-Zona de complejidad con alto grado de acuerdo y bajo grado de certeza. -Énfasis e implementación sin evidencia de esquemas de Pago por Calidad. -Escaso desarrollo de incentivos intrínsecos.
Énfasis en seguridad	-Ensombrecer o anular iniciativas sobre otras dimensiones de la calidad. -Transición lenta desde el enfoque en daño, al enfoque en riesgo de daño y su prevención. -Implementación generalizada de iniciativas de efectividad no probada.
Énfasis en el papel del usuario/población	-Escasamente desarrollado. -En evolución conceptual. -Escasez de herramientas efectivas para implementarlo, tanto a nivel individual como colectivo. -Escasez de existencia y uso de herramientas para monitorearlo.
Énfasis en diseño y gestión de procesos	-Necesario pero todavía poco desarrollado. -Necesidad de incorporar diseños integrales y con metodologías más complejas que las que se han manejado hasta ahora.
Investigación en estrategias para la mejora de la calidad	-Un campo nuevo y necesario de la Investigación en Servicios de Salud. - Debe contribuir a proporcionar datos comparativos y cuestionar estrategias que sólo tienen validez aparente.
Uso creciente de tecnologías electrónicas	- Potencialmente muy favorable, pero implementado muchas veces sin evaluación previa. - Campo propenso a iniciativas deslumbrantes y costosas, sobre las que hay que ser más precavidos de lo que se está siendo en la actualidad.
Amenaza de cambio de valores	-Necesidad de reafirmar el valor y componente social de los servicios de salud. -Necesidad de reafirmar el incremento del nivel de salud como resultado último a valorar.

lo que es todavía infrecuente es que esa función se ejerza con una visión de conjunto, integrando niveles y actividades para la mejora continua. Abundan, eso sí, las iniciativas parciales, fragmentadas —en todos los sentidos—. La falta de integración y visión global limita seriamente la efectividad y eficiencia de estas iniciativas.

Una visión global, integral e integrada de los sistemas de Gestión de la Calidad, debería: contemplar de forma coordinada los diversos niveles de responsabilidad (desde el nacional hasta el del clínico individual, pasando por todos los otros niveles intermedios); integrar los tres tipos de actividades para la mejora continua (planificación, monitorización, ciclos de mejora); atender todas las dimensiones básicas de la calidad (efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en el paciente, accesibilidad y equidad)², implementar toda la gama de estrategias necesarias (liderazgo, sistemas de información, participación de pacientes/población, regulación y estándares, capacidad organizacional, modelos integrales de atención a crónicas y otros problemas de salud específicos)³, y desde luego, desarrollar tanto el enfoque externo (control desde fuera de los centros) como el interno (compromiso con la calidad y autoevaluación en cada centro para mejorar por iniciativa propia). Este último complementario al externo y más difícil de hacerlo realidad pero absolutamente imprescindible para la mejora continua.

CALIDAD BASADA EN EVIDENCIA

Desde hace unos años, un elemento crucial de las iniciativas para mejorar la calidad es fomentar la práctica clínica basada en evidencia. Las herramientas más utilizadas en este sentido son las Guías de Práctica o Protocolos Clínicos. En multitud de países se han creado organismos o programas específicos para construir y/o fomentar el uso de estas herramientas, como, por citar algunos ejemplos, CENETEC-Salud en México⁴, NICE en el Reino Unido⁵, NGC en los Estados Unidos⁶, o *Guíasalud* en España⁷. En algunos casos, no siempre, estas Guías se convierten en referentes para la mejora de la calidad y para la construcción de indicadores.

El principal énfasis se ha venido haciendo en la evidencia clínica, con la colaboración o protagonismo de las Sociedades Científicas, habiéndose desarrollado mucho menos la evidencia organizacional y, menos aún, la política sanitaria basada en la evidencia. A nivel de sistema, es una de las principales deficiencias de esta tendencia. Parece que para la atención clínica hay que hacer lo que está demostrado que es efectivo, pero para las decisiones organizacionales y de política sanitaria cualquier cosa vale.

Existe, sin embargo, otra deficiencia común y bastante generalizada que llega a hacer inútiles (e ineficientes) los recursos que se invierten en la creación de Guías de Práctica Clínica, y es su no inclusión en una visión de conjunto de las actividades para la mejora de la calidad. Se crean las Guías, muchas veces sin

aprovechar críticamente las que existen y que son accesibles en este mundo del conocimiento globalizado, pero no se definen estrategias efectivas para implementarlas, ni se monitorea su uso con los indicadores adecuados que informen respecto a su utilización así como sobre los resultados que se obtienen al aplicarlas. Hay muchos países con cientos de Guías elaboradas y no implementadas ni monitoreadas. Parece que la elaboración de la Guía es el fin del proyecto, lo que constituye una aberración desde el punto de vista de la Gestión de la Calidad: ninguna actividad de planificación o diseño de la calidad está completa si no se asegura su implantación y seguimiento.

DESARROLLO DE INCENTIVOS PARA LA CALIDAD

En muchos países y para muchos líderes políticos a diversos niveles dentro del sistema, les ha resultado claro que la forma de pagar y gestionar los servicios de salud no está alineada adecuadamente con la atención de calidad. En ocasiones, se discrimina y se recompensa por cantidad de servicio, con independencia e incluso en detrimento de la calidad. Se ha vuelto necesario, en consecuencia, un cambio de paradigma que incluya una estructuración explícita de sistemas de incentivos para la calidad, aunque no esté muy claro cuáles y cómo hacerlo. En la terminología de la Ciencia Compleja, matriz de Stacey⁸, estaríamos en una *zona de complejidad* caracterizada por un alto acuerdo sobre la necesidad de abordar el tema pero con escasa certeza sobre las mejores iniciativas concretas. Sin embargo, ha irrumpido con fuerza en los últimos años una especie de fe ciega en el llamado *Pago por calidad* o *Pago por desempeño* (*Pay for Performance*, resumido coloquialmente como *P4P*). En países desarrollados, de la mano sobre todo de iniciativas en el ámbito anglosajón (Reino Unido, Estados Unidos de América, Australia), y en países en vías de desarrollo con el apoyo del Banco Mundial a partir de la iniciativa RBF (*Results-based Financing*⁹).

Cada vez son más numerosas las iniciativas y, por suerte, también los análisis sobre los efectos del P4P. Pero ningún estudio ni revisión sistemática ha podido concluir hasta ahora respecto de la evidencia inequívoca de su efectividad, tanto en general¹⁰ como en atención primaria¹¹, como en países en vías de desarrollo¹², desarrollados^{13,14}, ni tampoco sobre su eficiencia¹⁵, mostrándose en algunos casos un efecto limitado en el tiempo, llegando a ser inexistente con relación a instituciones en las que no se ha empleado^{16,17}. También es verdad que no se habla de una intervención uniforme. Son muchos los factores de diseño y de contexto que pueden hacer muy diferentes unas iniciativas de P4P de otras¹⁸, pero lo cierto es que: (i) aún no sabemos suficiente sobre sus problemas potenciales; (ii) que el debate debería centrarse en cuáles son las características que lo pueden hacer funcionar, en vez de en la adopción o no de este tipo de esquemas; y (iii) que también debemos pensar en el diseño de incentivos intrínsecos, de un efecto inagotable y permanente, mientras que los extrínsecos (como el P4P) suelen tener un efecto limitado, a corto plazo, y a veces hasta contraproducente¹⁹.

ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en los sistemas de salud de todo el mundo, con riesgo incluso de ensombrecer otras iniciativas para la mejora de la calidad, hasta separar la seguridad del concepto de calidad. A ello han contribuido los estudios epidemiológicos que han puesto de manifiesto los efectos innecesariamente dañinos que puede tener la atención sanitaria con determinados fallos de calidad, y el eco que estos mensajes de atención insegura encuentran en todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo el propio personal sanitario.

Lo que caracteriza a la seguridad es su enfoque en el posible daño, más que un esperado beneficio, producido por la propia atención sanitaria. La seguridad es la última de las dimensiones incorporada explícitamente al concepto de calidad y se refiere, según propuestas de la OMS^{3,20}, a que no concuerda con la anterior y aún prevalente del Institute of Medicine (IOM), a la “ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria”. La definición del IOM se centra exclusivamente en la producción de daño, mientras que la de la OMS incluye además un nuevo enfoque en el riesgo de daño, y por ende en la prevención. Este cambio conceptual no se ha traducido todavía ni a los métodos de medición de los problemas de seguridad ni a las intervenciones para mejorarla en la mayoría de los países y entornos asistenciales. Incluso en el Programa (antes Alianza Mundial) para la Seguridad del Paciente de la OMS se observa la contradicción de mantener (hasta el cierre de la edición de este libro) la definición antigua en la portada de su página web (“Seguridad del paciente es la ausencia de daño prevenible producido al paciente durante el proceso de atención sanitaria”); en cambio, la definición que se da en el *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*²⁰ es: “La reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”. Esta contradicción, o aparente inconsistencia, entre el enfoque actual (teóricamente) de prevención del riesgo y la persistencia del enfoque anterior basado sólo en el daño producido, se extiende al enfoque de las actividades de investigación (asentadas obstinadamente en el evento adverso ya producido como punto de partida exclusivo), y a la medición y monitorización de los problemas de seguridad únicamente con datos e indicadores de resultados (eventos adversos de todo tipo), a pesar de que está demostrada su nula o escasa validez para la mejora continua²¹; no obstante la recomendación de medir indicadores de proceso incluso para el clásico problema de las infecciones hospitalarias²², y de que los principales éxitos publicados en la mejora de la seguridad se deben justo a la puesta en marcha de actividades de prevención, como el empleo de *checklists* para la prevención de infecciones ligadas al uso de catéter venoso central o para la prevención de complicaciones ligadas a las intervenciones quirúrgicas.

El enfoque y las herramientas para medir si se realizan o no las prácticas que previenen los eventos adversos existen²³, pero no está siendo aún implementado de forma rutinaria.

Tampoco escapa el tema de la seguridad al hecho extendido en los sistemas de Gestión de la Calidad de la implementación generalizada, sin pilotaje ni evidencia previa de su efectividad, de políticas e iniciativas con una validez aparente o efectiva en otros ámbitos, pero sin que se haya comprobado cómo funcionan en los complejos sistemas de salud. Tal vez el ejemplo más conspicuo es el de los *Sistemas de reporte de incidentes*, cada vez más extendidos, muchas veces como primera e incluso única iniciativa para mejorar la seguridad, y en los que se invierte una cantidad considerable de recursos sin que esté claro el beneficio real, ya sea como iniciativa en sí misma o en comparación con otro tipo de sistemas o intervenciones para mejorar la seguridad. El diseño de este tipo de sistemas puede variar mucho, y su efectividad puede depender de las características concretas de cada uno; pero un estudio realizado sobre una muestra de 189 hospitales en los Estados Unidos de América, demuestra que, aunque todos tienen establecido un sistema de reporte de incidentes, comparando lo que se reporta con lo que se anota en las historias clínicas, tan sólo se reporta 14% de los incidentes, no se investigan las causas en un 30% de los reportados, y de éstos sólo en 12% se implementa alguna intervención²⁴. Con estas cifras, la efectividad total es de poco más del 1%, lo cual hace pensar por una parte en la necesidad de un rediseño en profundidad de este tipo de sistemas, y por otra, en la utilidad comparativa que podría haberse obtenido empleando esos recursos en otro tipo de iniciativas.

ÉNFASIS EN EL PAPEL DEL PACIENTE/USUARIO/POBLACIÓN

Tras la Seguridad, parece que la dimensión de la calidad que está en vías de ser foco prioritario para los sistemas de Gestión de la Calidad es la “atención centrada en el paciente”. La idea en sí no es nueva, puesto que es la esencia misma de todas las definiciones de calidad, que la tienen como eje central desde que se empezó a definir la calidad en cualquier ámbito (calidad: “cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quien vaya dirigido”), pero como dimensión concreta de la calidad, medible y específica, ha ido evolucionando en los últimos años y aún está en cierto modo en proceso de evolución.

En este proceso, se comenzó por enfatizar la “satisfacción”, y su inclusión explícita como dimensión/resultado del cumplimiento de necesidades y expectativas en casi todos los esquemas de medición de la calidad que se manejaban. Esta circunstancia motivó una atención considerable a su comprensión como “constructo” y en la búsqueda de la forma de medirla, generalmente mediante encuestas, para incorporarla a los sistemas de monitoreo para la mejora continua de la calidad. El concepto de satisfacción como dimensión de la calidad empezó pronto a complementarse, o más bien a ampliarse, con el de “acepta-

bilidad de la atención”, a la vez que iba siendo cada vez más evidente la escasa operatividad de las encuestas de satisfacción como tales, si no eran capaces de identificar las causas sobre las que se podría actuar para mejorarla. Cobró entonces fuerza otro tipo de enfoque y encuesta, los “Informes del paciente” (*Patients’ reports*) que medían no ya el nivel de satisfacción sino los problemas encontrados en la experiencia asistencial desde el punto de vista del paciente. Este paso desde un resultado subjetivo (la satisfacción) a un proceso objetivo (problemas en la experiencia asistencial) ha ido en paralelo a una nueva concepción del punto de vista del paciente como dimensión de la calidad, incorporado con el término “atención centrada en el paciente”, adoptado “oficialmente” por el IOM en su publicación de 2001² y utilizado en casi todo el mundo, hasta llegar a convertirse en —al menos en teoría— eje central de la política sanitaria de la OMS en sitios como algunas provincias canadienses y la Región del Pacífico Occidental y Sudeste asiático, que han instaurado un Programa específico sobre esta materia²⁵.

La definición más utilizada y referenciada de la “atención centrada en el paciente” es la del IOM: “Provisión de atención sanitaria que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente, asegurando que guían todas las decisiones clínicas”, pero no es la única. Por una parte, hay propuestas de ampliación del término que incluyen explícitamente a la familia o allegados (“*Patient-and Family-centred care*”), así como a la población en su conjunto (“*People-centred health care*”); y por otra, intentos diversos de explicar más concretamente cuáles son las características de los procesos asistenciales que los identificarían como “centrados en el paciente”. Una revisión de definiciones y principios en torno a la atención centrada en el paciente realizada por la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO)²⁶, destaca como elemento común a todas las definiciones el respeto por las necesidades, preferencias y valores de los pacientes.

La primera objeción del sistema de atención tradicional es la cuestión (ya planteada cuando sólo se hablaba de satisfacción) de si el profesional sanitario debería aceptar y plegarse a todas las peticiones de los pacientes para poder cumplir con esta dimensión de la calidad. En este sentido, conviene destacar que la clave es lograr el compromiso del paciente como *participante activo* de su propio proceso asistencial, pero cuestionando sus creencias y valores cuando sea necesario para optimizar el tratamiento. No es, por tanto, capitular ante todas las peticiones del paciente; dar información y esperar que el paciente la entienda y utilice por su cuenta; o centrar las actuaciones en la enfermedad, la tecnología o las necesidades de los centros asistenciales²⁷. El ingrediente secreto de esta salsa es, obviamente, la comunicación; y el principal, la atención a la persona, no sólo a la enfermedad. También se ha apuntado que un límite claro a la concesión acrítica a las preferencias del paciente sería que éstas resultasen perjudiciales para el resto de pacientes o población, pasando la discusión desde la atención individual a la colectiva, una tensión no siempre resuelta o tenida en cuenta en las definiciones de calidad. Lo que sí parece obvio es que en los

sistemas de salud no es frecuente la atención centrada en el paciente, sino que es el paciente el que debe adaptarse al sistema y navegar con dificultades entre sus muchas intersecciones, sin contemplar en realidad sus necesidades y expectativas²⁸.

Desde el punto de vista práctico y metodológico para la gestión de la calidad, la atención centrada en el paciente implica por una parte un rediseño a fondo de sistemas y procesos asistenciales para incorporarla de forma efectiva; y por otra, una revisión y utilización de herramientas de medición válidas y útiles para los fines de su monitorización y mejora continua. A nivel general, el *rediseño de los procesos asistenciales* se vincula principalmente con problemas estructurales (organizativos) de accesibilidad, coordinación de servicios y continuidad de cuidados, transparencia informativa y participación comunitaria. A nivel de procesos asistenciales específicos, implica incorporar el respeto a las preferencias, participación del paciente, una información compartida adaptada a las preocupaciones, creencias y expectativas de cada paciente en particular, una deliberación compartida en las decisiones a lo largo de todo el proceso de atención, y lograr en definitiva lo que se ha llamado un “pensamiento compartido” o forma similar de ver las cosas entre profesionales y pacientes para abordar situaciones y decisiones. El reto supera con creces el concepto de “satisfacción del paciente”, que ha pasado a ser sólo uno de los resultados que hay que intentar conseguir al prestar atención sanitaria. El foco es ahora la estructura y procesos que logren atender real y adecuadamente, con respeto y participación, las necesidades y expectativas de pacientes y población. Quizá lo menos desarrollado, y más necesario en la actualidad, son las herramientas y metodologías para facilitar la participación activa del paciente/población en la toma de decisiones y en su propio proceso asistencial. Hay, no obstante, experiencias consolidadas y pioneras en este terreno como la del Aval Ciudadano impulsado en México dentro de la Cruzada por la Calidad²⁹ y mantenido hasta hoy³⁰.

Conviene subrayar que, aunque incorporar la atención centrada en el paciente a los procesos y sistemas asistenciales tiene sentido y validez en sí mismo³¹, hay también estudios que demuestran su repercusión positiva en la efectividad y eficiencia de la atención²⁷, aunque aún no de forma inequívoca debido en parte a las dificultades multifacéticas del concepto en sí³².

Finalmente, las implicaciones que esta tendencia está teniendo para los *sistemas de monitorización* son también de gran relevancia. Se necesitan herramientas e indicadores que incorporen de forma objetiva hasta qué punto hay o no problemas relacionados con la atención al paciente, respetuosa y participativa. Esta información ha de venir sobre todo —aunque no sólo— de los propios pacientes, que son los protagonistas que pueden juzgar e informar lo que está ocurriendo. Hay ya mucho camino recorrido, pero aún queda también mucho por recorrer. Las encuestas “tipo informe” supusieron un importante paso adelante, pero hay aspectos conceptualmente incluidos en la atención centrada en el paciente aún no transformados en herramientas de medición adecuadas. Así se concluye, por ejemplo, en una revisión realizada (circunscrita al ámbito

anglosajón y en el campo de la Medicina Familiar) sobre herramientas basadas que miden los diversos aspectos de la atención centrada en el paciente³³.

ÉNFASIS EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROCESOS

La complejidad creciente de la atención sanitaria, los cada vez más evidentes problemas de coordinación entre servicios dentro de los centros asistenciales y de niveles en el sistema de salud, así como los problemas de atención de calidad y continuidad que plantean los cada vez más prevalentes problemas de salud crónicos, han ido poniendo en primera línea la necesidad de diseñar y gestionar procesos de atención de forma integral. Los compartimentos estancos, con jerarquías verticales y prácticamente independientes, a través de los cuales tiene que navegar el paciente en una especie de carrera de obstáculos, han de ser sustituidos por sistemas de gestión en los que la principal jerarquía sea horizontal y dependiente de las necesidades de los procesos asistenciales. Las jerarquías y departamentos verticales han de verse y ponerse al servicio de la atención coordinada y sin discontinuidades que exige cada paciente o problema de salud.

El diseño y gestión de procesos tomó cuerpo inicialmente dentro de los centros asistenciales, con el desarrollo de los caminos o vías clínicas, sobre todo en atención hospitalaria, en los que se visualiza de forma coordinada y secuencial todo tipo de atención y actividades para un determinado tipo de paciente³⁴. A la vez, ha ido arraigando la idea de saber y describir el llamado “mapa de procesos” de las organizaciones para visualizar sus interrelaciones, y en última instancia, diseñarlos y asignar indicadores y responsables (“dueños de los procesos”) para su correcto funcionamiento³⁵.

Con todo ello se han ido incorporando paulatinamente al acervo metodológico de los sistemas de Gestión de la Calidad, toda una serie de herramientas para el diseño y gestión de procesos, que van desde el más sencillo flujograma hasta la complejidad de enfoques como el IDEF (*Integration Definition*)³⁶, tan útiles por otra parte para explicar, comprender, diseñar y gestionar sistemas relativamente complejos. Aún queda mucho por aprender y aplicar, en este campo, pero ya hay ejemplos que mostrar, como la propuesta del Continuum de atención materno-infantil³⁷, o el diseño integral de atención a enfermedades crónicas como la EPOC³⁸ o la diabetes³⁹. El diseño y aplicación de modelos integrales de atención es una estrategia para la mejora de la calidad³ que se beneficia y se inserta en esta tendencia. Parece un camino de una sola vía y sin marcha atrás.

INVESTIGACIÓN EN ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Uno de los problemas de los sistemas de salud es que no se practica la política sanitaria basada en evidencia, sino más bien en la ocurrencia (sin estudios piloto de por medio) de quienes deciden. Este problema se traslada también a la

hora de elegir estrategias para mejorar la calidad y cómo implementarlas. Hay una serie de iniciativas que de una forma u otra se han mostrado efectivas para mejorar la calidad³, pero tenemos todavía poca información *comparativa* entre ellas y sobre la forma más efectiva de implementarlas. La mayoría de investigaciones son estudios de caso que describen el efecto de una determinada iniciativa, para la que no se contemplan normalmente ni centros controles ni formas alternativas de mejorar, tal como suele exigirse a la investigación clínica. A decir de Donabedian, todo parece funcionar, todo tiene un efecto positivo y es muy difícil elegir.

Esta situación está cambiando por el énfasis creciente en políticas basadas en evidencia, así como por la irrupción de un nuevo campo en la investigación de servicios de salud conocido como *Implementation Research* (se trata de averiguar las mejores formas de llevar a cabo determinadas estrategias para conseguir los objetivos que se establezcan). Si el propósito es mejorar la calidad, se trataría de ver cómo y con qué iniciativas se puede conseguir, y concluir con niveles de evidencia semejantes a los que aplican para la atención clínica. Ya empiezan a surgir en este sentido revisiones sobre estrategias en general⁴⁰, y sobre algunas iniciativas en particular. Así, hay poca evidencia sobre la efectividad del *P4P* para mejorar la calidad, o de los sistemas de notificación de incidentes para mejorar la seguridad, al menos en la forma aparente en que están siendo implementados en la actualidad.

Otro ejemplo paradigmático, sujeto a escrutinio desde hace unos años como estrategia para la mejora de la calidad, son los programas de acreditación o certificación. Estos programas existen en todo el mundo y son presentados a veces como la iniciativa más importante para la calidad de los sistemas de salud, cuando los estudios existentes comparando centros acreditados con no acreditados demuestran que las diferencias en cuanto a la calidad de la atención que prestan es escasa o nula, tanto de forma general⁴¹ como para indicadores específicos sobre seguridad⁴² o patologías concretas como la atención a pacientes con infarto de miocardio⁴³.

USO CRECIENTE DE TECNOLOGÍAS ELECTRÓNICAS

Las nuevas tecnologías han irrumpido de forma irreversible y creciente en todos los sectores, incluido el de salud. Su aplicación a las técnicas diagnósticas y de tratamiento, incluso quirúrgico, ha resultado espectacular y en continua evolución. El beneficio alcanzado y esperado de estos avances es notable, aunque su implementación no siempre viene acompañada de evaluaciones rigurosas. La tecnología informática y digital está haciendo posible, entre otras cosas, la existencia de centros que se administran y funcionan sin papel, y el cambio de la historia clínica tradicional a la ficha electrónica. Todo este avance puede llegar a facilitar una mejor coordinación en la atención y el uso rutinario de indicadores que se miden automáticamente. Sin embargo, no es oro todo lo que reluce y hay que insistir en prestar la debida atención a los resultados reales,

no a los imaginados; a la adecuación de sus características e implementación, y al costo-efectividad de estas iniciativas. Tomemos como ejemplos el uso de la telemedicina y de los sistemas de prescripción electrónica; dos tipos de programas en clara expansión y que cuentan con una especie de aprobación tácita previa, sólo restringida por los recursos disponibles, con base en un cierto y prevalente consenso sobre sus virtudes.

La telemedicina (“el uso de la telecomunicación para la atención sanitaria”) es un campo en crecimiento y prometedor para una amplia gama de aplicaciones como el acceso a la atención en áreas remotas, mejorar la comunicación entre niveles y los diagnósticos con segunda opinión, atención domiciliaria para enfermos crónicos, entre otras. Las experiencias internacionales son numerosas, tanto en países desarrollados como menos desarrollados; se incluye desde luego, Latinoamérica, en donde países como Chile, Colombia, México y Brasil cuentan con iniciativas en los ámbitos público y privado. Sin embargo, como en tantas otras iniciativas deslumbrantes, se implementan sin evaluaciones adecuadas, mientras que las revisiones sistemáticas sobre su efectividad y eficiencia comparativas distan mucho de ser rotundamente alentadoras. En parte porque son escasos las evaluaciones y estudios rigurosos, y en parte porque los que hay muestran resultados dispares. Parece que en algunas aplicaciones como la telerradiología o la transmisión de imágenes en general, la telemedicina puede ser costo-efectiva, pero no se cuenta con bases para una recomendación general de su uso en todos los tipos de aplicaciones para las que se propone. Por lo pronto, la revisión de experiencias no llega a conclusiones generales^{44,45,46,47}; las principales recomendaciones son del tipo de que hay que ser precavidos sobre el uso e inversiones en tecnologías no evaluadas⁴⁴, o (aún más rotundamente en el caso de la evaluación hecha sobre las experiencias de telemedicina en Colombia) no llevar a cabo nuevos proyectos de telemedicina en América Latina que no cuenten con un plan formal para evaluar su factibilidad e impacto, y financiar sólo aquellos que contengan un plan integral bien diseñado para evaluar sus resultados^{48,49}.

Como segundo ejemplo, los sistemas de prescripción electrónica (CPOE por sus siglas en inglés: *Computerized Physician Order Entry*) están siendo ampliamente recomendados y se están extendiendo por el consenso existente respecto a su potencial efecto sobre la seguridad en el uso de medicamentos, obviando los problemas de las prescripciones escritas; esto facilita, al menos teóricamente, la conciliación de los medicamentos que pueda estar tomando el paciente, y evita errores de dosis e interacciones no deseadas. Sin embargo, las revisiones sistemáticas emprendidas desde hace una década⁵⁰ e incluso más recientemente⁵¹, no permiten conclusiones tan optimistas; en parte por la poca calidad de los estudios existentes, pero también porque los resultados que muestran no son siempre positivos. Entre los problemas que se han encontrado están la aparición de nuevos tipos de error (achacables al propio CPOE)⁵², dificultades en la implementación, a veces requiriendo más tiempo que la prescripción normal, cansancio de alertas y consejos que llevan a igno-

rarlos, y una sensación de falsa seguridad, pudiendo en definitiva llegar a crear más problemas que los que evita. En algunos casos extremos se le han llegado a atribuir incluso incrementos inesperados en la mortalidad⁵³. Parece que aparte de las características en cuanto al diseño de estos sistemas, que no son homogéneos⁵⁴, hay que prestar más atención a los procesos de implementación⁵⁵ y, desde luego, una continua y cuidadosa evaluación de sus efectos y problemas.

AMENAZA DE CAMBIO DE VALORES

Los servicios de salud implican generalmente en su misión y valores, un componente de responsabilidad social que no debemos olvidar. Sin embargo existe en ciertos ámbitos decisores una especie de fascinación por lo privado, es decir, una necesidad de beneficio monetario para que los servicios de salud sean eficientes. El componente social de los servicios de salud se ve así en constante amenaza.

El énfasis exclusivo en aspectos economicistas y financieros puede perjudicar el objetivo final, la misión en sí, de los servicios de salud en relación con la satisfacción de las necesidades sanitarias y la elevación del nivel de salud de la población. Éste debe ser en última instancia el resultado a tener en cuenta para valorar la eficiencia de los servicios de salud.

Frente a la amenaza constante de la mercantilización de los servicios de salud, y su consideración como responsabilidad individual, no colectiva, conviene combatir práctica y éticamente el entendido de que desde el punto de vista de la gestión, la provisión de servicios de salud no es diferente de la provisión de otro tipo de servicios. Esta premisa puede ser considerada al menos cuestionable. Sin quitarle mérito y utilidad a todo lo que podemos aprender del ámbito de la gestión en general, la falta total de especificidad y el énfasis en otras medidas de la efectividad y eficiencia con exclusión del nivel de salud de las poblaciones, puede resultar incluso carente de ética. Es menester revisar con plena determinación este asunto antes de ejercitar las decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad de Murcia (psaturno@um.es).
- ² Institute of Medicine (IOM), *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*, Washington, D. C., National Academy Press, 2001.
- ³ Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P, *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*, Ginebra, Suiza, OMS, 2006.
- ⁴ <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁵ <http://guidance.nice.org.uk/CG/Published> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁶ <http://guideline.gov/> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁷ <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁸ Stacey RD, *Strategic management and organizational dynamics: the challenge of complexity*, 3a. ed., Harlow, Prentice Hall, 2002.
- ⁹ <http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/>

¹⁰ Scheffer RM, *Pay for Performance (P4P) Programs in health services: What is the evidence? World Health Report (2010)*, Ginebra, OMS, Documento oficial núm. 31, 2010.

¹¹ Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D, "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians", *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 9.

¹² Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK, "Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries", *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, 2.

¹³ Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal M, "Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers", *The RAND Journal of Economics*, 2010, 41:64-91.

¹⁴ Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M, "Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance", *N Eng J Med*, 2007, 357: 181-90.

¹⁵ Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O, "Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review", *Eur J Health Econ*, 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-011-0329-8>.

¹⁶ Werner RL, Kolstad JT, Stuart EA, Polsky D, "The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement", *Health Aff*, 2011, 30:690-8.

¹⁷ Jha A, Joint K, Orav J, Epstein A, "The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes", *N Eng J Med*, 2012, 366:1606-15.

¹⁸ *Pay for performance: A decision guide for purchasers*, AHRQ, US Department of Health and Human Services, AHRQ Pub. 06-0047. 2006.

¹⁹ Pfeffer J, Sutton RI, "Do financial incentives drive company performance?", en: *From hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*, Boston, Mass., Harvard Business School Press, 2007, cap. 5, pp. 1-28.

²⁰ *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico*, Ginebra, OMS, 2009. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf.

²¹ West AN, Weeks WB, Bagian JP, "Rare adverse events in VA inpatient care: Reliability limits to using patient safety indicators as performance measures", *Health Services Research*, 2008, 43:249-66.

²² Mc Kibben L, Horan MT, Tokars JI, Fowler J, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, "Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee", *Am J Infect Control*, 2005, 33:217-26.

²³ Saturno PJ *et al.*, *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

²⁴ *Hospital Incident Reporting Do Not Capture Most Patient Harm*. Reporte OEI-06-09-0009. Oficina del Inspector General, Washington, D. C., Department of Health and Human Services, 2012.

²⁵ WHO/WPRO- People at the Center of Care Initiative. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.wpro.who.int/sites/pci/>.

²⁶ *What is patient-centred healthcare?: A review of definitions and principles*. IAPO 2007. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>.

²⁷ Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC, "Why the Nation needs a policy push on patient-centered health care", *Health Aff*, 2010, 8:1489-95.

²⁸ Ontario Medical Association (OMA), *Patient-centered care*, OMA Policy Paper, 2010. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare,2010.pdf>.

²⁹ Aval Ciudadano, *Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno*, México, Secretaría de Salud (SS), 2004. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7532.pdf>.

³⁰ <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html> [Acceso: 6-08-2012].

³¹ Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J, "Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001.

³² Flynn K, *Brief overview: Systematic reviews for patient-centered care*, Veterans Health Administration, Office of Patient Care Services/Technology Assessment Program, 2010. [Acceso: 6-8-2010.] Disponible en: <http://www.va.gov/VATAP/docs/Patientcenteredcare2010.pdf>.

- ³³ Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME, "Measuring Patients' perceptions of patient-centered care; A systematic review of tools for Family Medicine", *Ann Fam Med*, 2011, 9:155-64.
- ³⁴ Zander K, "Critical pathways", en: Melum MM, Siniors MK, *Total Quality Management. The health Care Pioneers*, Chicago, AHA, 1992, cap. 9.
- ³⁵ Hunt DV, *Process mapping. How to reengineer your business processes*, Nueva York, John Wiley and Sons, 1996.
- ³⁶ *Integration Definition for Function Modelling (IDEF0)*, Processing Standard Publication 183, National Institute of Standards and Technology. Departamento de Comercio de los Estados Unidos de América, 1993. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: <http://www.itl.nist.gov/fipspubs/idef02.doc>.
- ³⁷ *Informe de la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra, OMS, 2005, cap. 6, pp. 103-21.
- ³⁸ Saturno PJ, Parra P, Gomis R et al., *Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*, Murcia, España, Consejería de Sanidad, 2007. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: http://www.programaemca.org/docus/libro_EPOC.pdf.
- ³⁹ Saturno PJ, Parra P, Gomis R et al., *Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: Diabetes Tipo 2*, Murcia, Consejería de Sanidad, 2007. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: http://www.programaemca.org/docus/libro_DIAB.pdf.
- ⁴⁰ Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens OK, *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 1*, AHRQ, 2004. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/qualgap1/qualgap1.pdf>.
- ⁴¹ Greenfield D, Braithwaite J, "Health sector accreditation research: a systematic review", *Int J Qual Health Care*, 2008, 20(3):172-83.
- ⁴² Miller MR, Pronovost P, Domithan M et al., "Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety", *Am J Med Qual*, 2005, 20(5):239-52.
- ⁴³ Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM, "JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction", *Health Affairs*, 2003, 22(2):243-54.
- ⁴⁴ Roine R, Ohinmaa A, Hailey D, "Assessing telemedicine: a systematic review of the literature", *CMAJ*, 2001, 165(6):765-71.
- ⁴⁵ Hersch WR, Hickam DH, Severance SM, Dana TL, Krages KP, Helfand M, "Diagnosis, access and outcomes: update of a systematic review of telemedicine services", *J Telemed Telecare*, 2006, 12 (suppl 2):3-31.
- ⁴⁶ Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R, "Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes (Review)", *The Cochrane Library*, 2010, Issue 1.
- ⁴⁷ *Bibliography: Home telehealth*, Veterans Health Administration, Office of Patient Care Services/Technology Assessment Program, 2010. [Acceso 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.va.gov/VA-TAP/docs/Hometelehealth2010.pdf>.
- ⁴⁸ Rey-Moreno C, Simó-Reigadas J, Everss-Villalba E, Vinagre JJ, Martínez-Fernández A, "A systematic review of telemedicine projects in Colombia", *J Telemed Telecare*, 2010, 16(3):114-9.
- ⁴⁹ Rey-Moreno C, *Systematic review of telemedicine projects in Colombia*, tesis de maestría, Dinamarca, Universidad de Aalborg, 2008. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: http://projekter.aau.dk/projekter/files/14952659/Systematic_Review_of_Telemedicine_Projects_in_Colombia.pdf.
- ⁵⁰ Kaushal R, Shojania KG, Bates DW, "Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review", *Arch Intern Med*, 2003, 163(12):1409-16.
- ⁵¹ Reckmann MH, Westbrook JI, Koh Y, Lo C, Day RO, "Does computerized provider order entry reduce prescribing errors for hospital inpatients? A systematic review", *J Am Med Inform Assoc*, 2009, 16(5):613-23.
- ⁵² Koppel R, Metlay JP, Cohen A et al., "Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors", *JAMA*, 2005, 293:1197-203.
- ⁵³ Nguyen TC, Bayir H, Orr RA, "Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician Order Entry System", *Pediatrics*, 2005, 116(6):1506-12.
- ⁵⁴ Khajouei R, Jaspers MW, "The impact of CPOE medication systems' design aspects on usability, workflow and medication orders: a systematic review", *Methods Inf Med*, 2010, 49(1):3-19.
- ⁵⁵ Van Rosse F, Maat B, Rademaker CM, Van Vught AJ, Egberts AC, Bollen CW, "The effect of computerized physician order entry on medication prescription errors and clinical outcome in pediatric and intensive care: a systematic review", *Pediatrics*, 2009, 123(4):11284-90.