

# Indicadores de calidad: nuestra experiencia y utilidades

J. Ruiz-Canela Cáceres<sup>1</sup>, Ángel Carrasco Sanz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Coordinador del Grupo de Pediatría basada en la Evidencia AEP-AEPap. Pediatra CS Virgen de África. Sevilla. España.

<sup>2</sup>Secretario General de la AEP. Pediatra. CS Potosí. Madrid. España.

## ¿QUÉ ES LA CALIDAD?

Es un concepto difícil de definir en salud y los esfuerzos para concretarlo en una frase son engañosos y erróneos<sup>1</sup>. En este artículo vamos a utilizar la definición del Instituto de Medicina, que define la calidad de la salud como “el grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual”<sup>2</sup>.

Esta definición sugiere una distinción entre las medidas de calidad y las recomendaciones para una atención de calidad:

- Las medidas de calidad se refieren a las poblaciones. Se incluyen las tasas que indican cuántos miembros de una población han alcanzado un objetivo (por ejemplo, número de niños en los que se verifica que la técnica inhalatoria es correcta en relación con una base poblacional de niños con asma en España).
- Las recomendaciones para la calidad de la atención son las elaboradas por guías de práctica clínica, o consenso de clínicos expertos, que describen las normas de atención destinadas a los pacientes individualmente. En general, este tipo de recomendaciones son las que los médicos pueden hacer para mejorar la atención de sus pacientes con una enfermedad o condición específica.

Estas recomendaciones deberían utilizarse como base para el desarrollo de medidas basadas en la población que permitan a los analistas evaluar y hacer un seguimiento, y, según los resultados, modificar o no el tratamiento de una población. Estos son los indicadores<sup>1</sup>.

## ¿QUÉ SON LOS INDICADORES DE CALIDAD?

Son elementos específicos medibles de la práctica clínica que pueden ser usados para valorar la calidad de los cuidados.

La generación de indicadores se ha desarrollado de diversas formas:

- Una forma consiste en que un grupo de gestores o clínicos en una comunidad pequeña se sientan alrededor de una mesa y miden lo que se pueda medir. Esta aproximación tiene la ventaja de la simplicidad y la rapidez. Sin embargo, existe el riesgo de generar indicadores que no son útiles para mejorar la calidad de los cuidados.
- Una segunda aproximación es generar indicadores con la evidencia exclusiva de los ensayos clínicos, esto tiene la ventaja de generar unos indicadores muy rigurosos. Sin embargo, tiene la limitación de que solo aborda aspectos muy concretos y reducidos de la práctica clínica. En nuestro ámbito de Atención Primaria muchos aspectos no tienen y probablemente no tendrán nunca evidencia que lo soporte.
- Por último, una de las técnicas más utilizadas es el método RAND/UCLA, desarrollado por la Corporación RAND y la Universidad de California en Los Ángeles, que combina la mejor evidencia científica disponible con el juicio colectivo de expertos, para llegar a dar una recomendación sobre la conveniencia de realizar un procedimiento en el nivel del paciente. Combinan una revisión sistemática de la evidencia disponible y métodos de consenso estructurados y transparentes (Grupo Nominal, Técnica Delphi, etc.)<sup>1,3</sup>.

Los Pediatras de Atención Primaria hemos sido pioneros en estudios basados en la evidencia de nuestra atención clínica, y nos hemos ganado un sólido prestigio con estudios metodológicamente impecables y basados en lo publicado, que demuestran algo tan obvio como es la diferencia en los resultados cuando son pediatras los que atienden a los niños, en lugar de otros profesionales<sup>4</sup>.

No obstante, hay que dar un paso más de consenso en nuestro entorno europeo y en todos los ámbitos en los que se desarrolla nuestro quehacer diario.

Hay dos iniciativas importantes en marcha que utilizan la metodología RAND. La primera es de ámbito europeo, y tiene como objetivo desarrollar un conjunto de indicadores que sirva para elaborar un estándar de calidad de la Pediatría de Atención Primaria y sea válido como un instrumento de comparación entre los países europeos. Se trata del proyecto COSI (conjunto básico de indicadores/estándares para La Atención Primaria pediátrica europea), iniciativa de la organización europea de pediatras Academia Europea de Pediatría (EAP), de la que es miembro la Asociación Española de Pediatría (AEP) y todas las sociedades científicas pediátricas relevantes del continente. La EAP tiene como objetivo desarrollar e implementar un núcleo válido y transparente de indicadores orientados a la calidad y reproducibles para la Atención Primaria pediátrica en toda la Unión Europea. Se espera disponer de un número de indicadores que sirva como comparador de la calidad de la atención prestada en la infancia en los distintos países europeos. En este estudio, que se encuentra en fase avanzada, participa de forma destacada un grupo de pediatras españoles.

Por otro lado, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) se ha integrado en el último año en la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria (ECPCP), y a través de ella también participa en este marco europeo. La AEPap, mediante dos de sus grupos de trabajo (el Grupo de Vías Respiratorias y el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia), está trabajando en el desarrollo de indicadores del asma en la infancia que se publicarán en fechas próximas. Este trabajo tiene como punto de partida la potente base de indicadores del estudio COSI. Se espera concretar en España en todos los ámbitos de la atención clínica indicadores basados en esta metodología, todo ello dentro de un proyecto muy ambicioso, que tendrá la utilidad de poner en valor la actividad de los pediatras de Atención Primaria en el trabajo diario.

Hasta ahora, la principal dificultad para evaluar la calidad de los cuidados en el ámbito de Atención Primaria ha sido la falta de datos. Por ejemplo, no se dispone, salvo estudios locales, de datos sobre valoración de la gravedad del asma, uso correcto de la técnica inhalatoria y valoración de la educación al asmático<sup>5,6</sup>. Las historias clínicas de papel y el sistema de audit tradicional estaban basados en un pequeño porcentaje de historias y deberían quedar en desuso. La historia clínica electrónica implantada en nuestro Sistema Nacional de Salud debe integrar indicadores que serán cruciales como apoyo en la evaluación. Mangione<sup>7</sup> comenta, sobre la base de la documentación de registro médico, deficiencias en la prestación de atención indicada para los niños (la tasa de adherencia global fue del 46,5%). Estos déficits pueden dar lugar a resultados de salud adversos evitables, como el observado en dicha publicación: solo el 44% de los niños con asma que estaba usando  $\beta$ 2-agonistas al menos tres veces al día tenía una prescripción de un tratamiento de fondo.

Un beneficio para el profesional será el denominado *benmarching* (traducido como “empoderamiento”), que permite poder comparar, sobre la base de resultados de buena práctica, distintos profesionales, comunidades y países. Todos los modelos generales de mejora de la calidad se basan en los ciclos de calidad, que son un proceso ininterrumpido de ciclos de mejoras, que esencialmente consisten en: planificar-identificar el problema y la solución potencial, ejecutar la solución propuesta y medir para ver si la solución funcionó y, de nuevo, actuar-implementar la solución exitosa<sup>8</sup> (Figura 1).



Figura 1. El ciclo de la calidad

Dos características clave de este modelo son la medición y la continuidad del proceso, para cerrar un ciclo permanente de mejora de la atención del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M. Quality indicators for general practice. Londres: Royal Society of Medicine; 2002.
2. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: the IOM health care quality initiative, 2001 [en línea] [consultado el 18/02/2012]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>
3. Fitch K. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND; 2001. Report No.: R723.5.R36 2000.
4. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12:s9-s72.
5. Coffey RM, Ho K, Adamson DM, Matthews TL, Sewell J, Kassed CA. Asthma Care Quality Improvement: A Resource Guide for State Action. (Prepared by Thomson Medstat and The Council of State Governments under Contract No. 290-00-0004; updated by Thomson Reuters, formerly Thomson Medstat). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services; April 2006, updated October 2009. AHRQ Pub. No. 06(10)-0012.
6. To T, Guttman A, Loughheed M, Gershon A, Dell S, Stanbrook M, et al. Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND Appropriateness Method. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(6):476-85.
7. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL, et al. The Quality of Ambulatory Care Delivered to Children in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357(15):1515-23.
8. Schneider A, Wensing M, Biessecker K, Quinzler R, Kaufmann-Kolle P, Szecsenyi J. Impact of quality circles for improvement of asthma care: results of a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(2):185-90.