

Obtenemos el diagrama de dispersión que aparece en la figura 3.

Al realizar un análisis estadístico de estos datos, observamos que existe una correlación entre ellos, siendo el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson = 0,69.

Con ello podemos concluir que en el ámbito de esta muestra de 51 organizaciones, aquellas cuyas prácticas de gestión están más alineadas con las que propone el Modelo EFQM de Excelencia y por tanto obtienen una mayor puntuación en la evaluación de los criterios agentes son, así mismo, las que obtienen mayores puntuaciones en los criterios de resultados.

## La sombra de una duda: limitaciones en la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de calidad

**Ricard Meneu**

*Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.*

### La extensión de las iniciativas de mejora de la calidad

La mejora de la calidad asistencial se ha convertido en un principio esencial de la asistencia sanitaria, siendo cada vez menos el resultado de los esfuerzos de voluntarios entusiastas y pasando a formar parte de las tareas rutinarias del conjunto de los implicados en la prestación de servicios sanitarios. Existen ya múltiples ejemplos de regulación normativa sobre calidad o de la incorporación de estrategias para su mejora entre los objetivos evaluables de los contratos de gestión.

La extensión de los programas de mejora de calidad es casi tan evidente como su diversidad. Un estudio reciente en el National Health Service (NHS) británico identificó 11 tipos diferentes de programas en los últimos tres años<sup>1</sup>. También los programas de acreditación se multiplican sin que exista evidencia que permita afirmar que se trata del uso más adecuado de recursos para mejorar la calidad, ni sobre la efectividad de las diferentes estrategias y sistemas para su implementación<sup>2</sup>.

Las razones que avalan la conveniencia de las estrategias de mejora de la calidad son variadas, destacando entre ellas el incremento de la responsabilidad (*accountability*) de profesionales y gestores sanitarios, la esperable mejora de la eficiencia en el empleo de los recursos, la identificación y reducción de los errores médicos, la maximización del empleo de modos asistenciales efectivos, la consecución de mejores resultados o su contribución al alineamiento de los objetivos de los profesionales con los de los usuarios/pacientes.

Pero a la hora de decidir la mejor estrategia para alcanzar estos deseables objetivos surge una inquietante pregunta: ¿qué programas de calidad implantar si muy pocos de ellos han sido evaluados o están basados en evidencia sobre la efectividad de los modernos métodos de calidad en los servicios sanitarios?. Esta cuestión resulta en una doble perplejidad ya que tal falta de pruebas es particularmente sorprendente dado que las teorías sobre calidad ponen especial énfasis en su enfoque sistemático y “*basado en hechos*”, pero además, porqué en sanidad cada vez se exige más que las intervenciones estén basadas en pruebas de su efectividad, como atestigua la emergencia de movimientos como la Medicina basada en la Evidencia y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias<sup>3</sup>.

### La sombra de una duda

Un rasgo esencial de las estrategias de mejora de calidad es su énfasis en la medición y en la mejora “*basada en hechos*”<sup>4</sup>. Pero, tal y como señala uno de los artículos del reciente suplemento especial de Medical Care dedicado al “*Strategic Framework Board’s Design for a National Quality Measurement and Reporting System*”<sup>5</sup>: “*Un aspecto curioso del campo de la medida de la calidad es la relativa escasez de mediciones objetivas de su impacto. En otras palabras, la evaluación objetiva con retroalimentación para el aprendizaje, que es un principio básico de la mejora de la calidad, muestra una insuficiente autoaplicación. La mayoría de la “evidencia” disponible sobre la efectividad de la medida de la calidad –su pretendida capacidad para lograr la mejora de la calidad– es narrativa anecdótica. Se requiere desesperadamente investigación sistemática sobre el impacto de las medidas de calidad...*”

En dicho marco conceptual el sistema de medida de la calidad propuesto se pretende “*basado en la evidencia*”<sup>6</sup>, pero se carece de esa evidencia sistemática, al tiempo que las evaluaciones más recientes concluyen que la información es un elemento esencial del proceso de mejora<sup>7</sup>. La falta de evidencia sobre mejora de la calidad llevó al Congreso norteamericano a encargar al Departamento de Salud la producción, a partir de 2003, de un informe anual sobre el estado de ésta. La producción de dicho documento está encontrando enormes problemas porqué la información necesaria simplemente no existe<sup>8</sup>.

Hablar pues de la sombra de una duda es adoptar una cierta perspectiva benévola y comprensiva. Seguramente sería más adecuado referirse a imágenes como la del rey desnudo o el silencio sobre la tragedia que impera en la casa de Bernarda Alba. Sin embargo no hay que confundir las importantes carencias detectadas en este ámbito con una total ausencia de información. Existe un volumen importante de investigación sobre los programas de calidad hospitalarios, especialmente procedente de los EE.UU.<sup>9</sup>. Las revisiones –no sistemáticas– de estas investigaciones aportan evidencia, aunque muy limitada. Apenas se sabe nada de los efectos a medio y largo plazo de estos programas y son escasos los trabajos que describen o comparan diferentes ti-

pos de intervenciones. La mayoría de los estudios proceden de información aportada por los “calidólogos” o los directivos de las instituciones, a partir de definiciones elaboradas *ex post*<sup>10</sup> y generalmente *ad hoc*. Otros tipos de programas de mejora de calidad han sido también escasamente evaluados o estudiados sistemáticamente. Algunos han descrito o analizado los principales sistemas de evaluación, procesos de verificación externa<sup>11,12</sup>, estrategias de calidad nacionales o locales, o programas en el ámbito de la Atención Primaria<sup>13</sup>.

Con todo, existen algunas evaluaciones internas y externas de diferentes programas de mejora de calidad, caracterizadas cuanto menos por su imaginativa variedad metodológica. La revisión del Programa de Gestión de la Calidad Total noruego clasificó las evaluaciones llevadas a cabo según una decena de diseños: Encuestas, descripciones de un caso, auditorias de un caso, descripciones de casos múltiples, descripciones de casos múltiples con caso de control, casos únicos con evidencia de efectos, casos múltiples con comparación de efectos, casos múltiples con casos de control y comparación de efectos, casos múltiples con comparación de mediciones estandarizadas de efectos y acciones evaluativas<sup>14</sup>.

### ¡Son las políticas, estúpidos! ¿O es la efectividad?

La falta de información sistemática no significa que no existan “*piezas de evidencia*” que den cuenta de los logros y las limitaciones de distintas iniciativas de mejora de calidad. Como señala Berwick<sup>15</sup>, *en las últimas décadas la investigación sobre servicios sanitarios ha logrado algunos éxitos excepcionales en el desarrollo de instrumentos cuantitativos útiles para la medición de muchas dimensiones de la calidad*<sup>16</sup>. Hoy en día existen mediciones prácticas, válidas y fiables para dimensiones de la calidad tan complejas como la satisfacción de los pacientes<sup>17</sup>, las tasas de mortalidad quirúrgica ajustadas por gravedad<sup>18</sup>, la adecuación de los tratamientos y pruebas diagnósticas<sup>19</sup> o los resultados de los procesos crónicos en términos de status funcional.

La cita anterior supone un claro pronunciamiento sobre la perspectiva desde la que se enuncian estas líneas. Un enfoque más atento a las especificidades sanitarias que a las intervenciones de tipo “administrativo” intercambiables con las realizadas en otros sectores de la industria y los servicios. Y en tanto que “sanitarias”, fundadas en las pruebas de su efectividad.

Podemos identificar dos grandes estirpes de programas de mejora de calidad, que por simplicidad llamaremos “de tipo administrativo” y “de base clínica”. Los programas de tipo administrativo forman parte de las estrategias de gestión de centros e instituciones (mesogestión) y es notorio que esta gestión raramente se basa en evidencias o en pruebas. Se trata más bien, utilizando un afortunado *lapsus linguae* de José Manuel Freire<sup>20</sup>, de actuaciones “*basadas en la obediencia*”.

Esta característica es seguramente atribuible a su importante sustento sobre consideraciones políticas o de valo-

res, aunque no debe descartarse un posible componente de aversión gestora a la evaluación. Los métodos y herramientas de gestión son “tecnologías gestoras” y como tales evaluables según su efectividad, aunque seguramente con distintos métodos y escalas. Richard Grol<sup>21</sup> ha puesto de manifiesto esta falta de investigación referente a intervenciones sobre la organización que pretenden producir mejoras en la calidad asistencial: *Se carece de investigación sobre muchas estrategias interesantes. Los efectos del desarrollo organizativo, el establecimiento de equipos, la reingeniería de procesos complejos, el realce del liderazgo o el establecimiento de incentivos, son ampliamente desconocidos.*

Paralelamente a estas carencias existe una abundancia de información sobre la efectividad de algunas actuaciones sanitarias que puede contribuir a guiar estrategias de mejora de calidad. Sabemos de la importancia de la atención precoz del infarto agudo de miocardio (IAM), pero también que la mitad de los pacientes de los hospitales incluidos en el Proyecto ARIAM llegaron al centro en los 130 minutos siguiente al comienzo de los síntomas. Un lapso manifiestamente mejorable pese a su persistencia tanto entre comunidades autónomas como en el tiempo. Sin abandonar el infarto, el ISIS-2 demostró los beneficios independientes y aditivos de la administración de AAS y estreptoquinasa en el IAM, estando recomendada la administración inmediata de AAS en todas las guías. Aun así, el promedio de su administración extrahospitalaria se sitúa en poco más de un 20%, pese a que el 55% de los casos llegan a la puerta de urgencias a través de los servicios de Atención Primaria, los SEUs o los SAMUs. Para aquellos que dudan de la existencia de actividad inteligente fuera del hospital conviene recordar que en éste el llamado tiempo puerta-aguja –el transcurrido desde la llegada al centro hasta que se realiza la trombolisis– oscila entre los 40 y los 60 minutos, aunque es de justicia destacar la rápida y relativamente homogénea mejora experimentada en el último lustro<sup>22</sup>.

### Si esta es la respuesta ¿Cuáles son las preguntas?

Necesitamos sin duda un esfuerzo para mejorar la información disponible sobre las iniciativas de mejora de calidad –todas ellas– y el rigor metodológico de sus evaluaciones. A la vista de las carencias detectadas, proponer una agenda es más sencillo que llevarla adelante. Los avances en los modos de compartir información aconsejan estar atentos a los desarrollos llevados a cabo en otros entornos. Por eso, a guisa de sugerencia, las medidas que seguidamente se apuntan (tabla 1) no son más que una reelaboración mínima de la agenda establecida por Leatherman, Hibbard y McGlynn en la publicación reiteradamente citada. Sin duda pueden hacerse muchas otras, pero conviene recordar los riesgos de la afición taxonómica que distrae esfuerzos necesarios en identificar si las amenazas que se avecinan son galgos o podencos.

Sin duda debemos mejorar los instrumentos y métodos de medición, evaluando la validez de las fuentes de datos,

Tabla 1. **Prioridades de investigación\***.

1. Mejora de los instrumentos y métodos de medición
  - Evaluar la validez de las fuentes de datos
  - Desarrollar medidas comunes para las áreas importantes
  - Desarrollar mejores medidas de casuística y gravedad
  - Mejorar las deficiencias metodológicas identificadas en áreas como la investigación por encuestas o los análisis de atribución
2. Mejorar el uso y efectividad de los datos sobre actuación (performance)
  - Identificar que datos y en que formato resultan más útiles
  - Evaluar los efectos deseados e indeseados de la implicación de los pacientes
  - Determinar los medios más efectivos para incrementar el uso clínico de los datos
3. Atributos y actuaciones organizativos, culturales y profesionales.
  - Evaluar el impacto de los incentivos monetarios y no monetarios sobre la mejora de la calidad
  - Evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las estrategias comúnmente empleadas, guías clínicas, círculos de calidad, retroinformación, etc.
  - Determinar los rasgos estructurales, culturales y organizativos que se asocian a una actuación de mayor calidad
4. Evaluación del impacto
  - Describir la evidencia que apoya las mediciones de la calidad como mecanismo para mejorar la asistencia
  - Evaluar el impacto de la evaluación de la calidad sobre la asistencia a los pacientes y sus resultados
  - Evaluar el impacto sobre los costes a diferentes niveles y para diferentes agentes

\*A partir de Leatherman ST, Hibbard JH, McGlynn EA. A research agenda to advance quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(Supp 1):180-6.

desarrollando medidas comunes para las áreas importantes y perfeccionando las medidas de ajuste de riesgos.

También se requiere avanzar en el uso y efectividad de los datos sobre la actuación (*performance*), identificando cuales y en que formato resultan más útiles, evaluando los efectos de la implicación de los pacientes y determinando los medios más efectivos para incrementar el uso clínico de los datos

Los factores organizativos, culturales y profesionales deben ser objeto de una especial atención que permita evaluar el impacto de los incentivos sobre la mejora de la calidad, evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las estrategias comúnmente empleadas –guías clínicas, círculos de calidad, retroinformación, etc.– así como identificar los rasgos estructurales, culturales y organizativos que se asocian a una actuación de mayor calidad

Finalmente se requiere una mejor evaluación del impacto, describiendo la evidencia que apoya las mediciones de la calidad como mecanismo para mejorar la asistencia, determinando el impacto de la evaluación de la calidad sobre la asistencia a los pacientes y sus resultados, así como sobre los costes a diferentes niveles y para diferentes agentes.

## Conclusión

En la búsqueda de una continua mejora de la asistencia sanitaria *“el reto sigue siendo aplicar a toda la actividad sanitaria las mejores evidencias, sin desnaturalizar la comunicación médico-paciente. La ventaja es que ahora contamos, por un lado, con el movimiento de MBE y, por otro, con la corriente hacia la gestión de calidad total para que, mediante ambas aportaciones, consigamos una óptima gestión de nuestros recursos y una efectividad clínica a la altura de los avances científicos y tecnológicos, todo ello adaptado a las expectativas y necesidades individuales y colectivas de nuestros pacientes”*<sup>23</sup>.

Parece necesaria una *“polinización cruzada”* entre ambas tradiciones que dote de sólidas bases a las estrategias de calidad total al tiempo que introduce preocupaciones gestoras en la investigación sobre las estrategias asistenciales más efectivas. Pero mientras investigamos la validez y utilidad de nuestras *excelentes* puntuaciones, la repercusión sobre la salud de los pacientes de la redistribución de los derechos de propiedad sobre los procesos, o el efecto sobre la supervivencia postinfarto de exhibir una certificación procedimental, podemos ir avanzando en aquellas actuaciones sobre cuya efectividad disponemos de suficiente evidencia. Recordando que un componente básico de la calidad asistencial es la práctica de una buena medicina, unos buenos cuidados de enfermería, o una farmacología basada en el mejor conocimiento disponible.

Todo esfuerzo de mejora sistemático debe ser bienvenido. El sistema sanitario está configurado por el conjunto de sus trabajadores y usuarios, y requiere de la implicación de todos para su incesante perfeccionamiento. Pero cuando tenemos dudas de por donde empezar la ingente tarea, puede ser más provechoso estudiar el mejor conocimiento acumulado por el trabajo y la preocupación de los profesionales sanitarios que importar críticamente estrategias desarrolladas de otros entornos, cuyos efectos y mecanismos de actuación están documentados de manera menos rigurosa.

La mejora de la calidad en atención sanitaria pasa por la gestión de las mejoras en las actuaciones preventivas, la administración de AAS, la reducción de demoras en la trombolisis y, en general, en maximizar la aplicación de las intervenciones sanitarias que han demostrado su eficacia<sup>22</sup>. Sin desatender, por supuesto, el avance en el conocimiento de los resultados de todo tipo de estrategias complementarias. En el empeño por mejorar los servicios sanitarios no sobra ninguna aportación. Pero al igual que sucede con la evidencia sobre las intervenciones sanitarias, las evaluaciones de los resultados que avalan unas u otras estrategias de mejora de calidad gozarán de diferentes grados de consistencia. Sin duda las hay de tipo A, B, etc. Y debemos actuar en consecuencia.

## Bibliografía

1. West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. *Qual Health Care* 2001;10:40-8.

2. Shaw C. External assessment of health care. *BMJ* 2001;322: 851-4.
3. Meneu R. Evaluación de la calidad y cambios organizativos. En Asúa J, Del Llano J. Eds. Evaluación de las organizaciones sanitarias: ¿Asignatura pendiente? AEETS, Bilbao 2001.
4. Øvretveit J. The convergence of evidence-based health care and quality assessment. *Healthcare Review – Online*. 1998;2(9). <http://www.enigma.co.nz/hcro/website/index.cfm?fuseaction=articledisplay&featureid=42>.
5. Leatherman ST, Hibbard JH, McGlynn EA. A research agenda to advance quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(1Suppl):180-6.
6. McGlynn EA. Introduction and overview of the conceptual framework for a national quality measurement and reporting system. *Med Care* 2003;41(1Suppl):1-7.
7. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington DC, 2001.
8. McGlynn EA. An Evidence-Based National Quality Measurement and Reporting System. *Med Care* 2003;41(1Suppl):18-15.
9. Shortell S, Bennet C, Byck G. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what will it take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;76:593-624.
10. Øvretveit J, Gustafson D. Improving the quality of health care. Using research to inform quality programmes *BMJ* 2003;326: 759-61.
11. 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. Øvretveit J. Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries. *Int J Health Plann Manage* 2001;16: 229-41.
13. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Qual Health Care* 1994;6:115-32.
14. Øvretveit J. Evaluation of the quality journeys of six Norwegian hospitals – final report. Oslo, Norway: Norwegian Med Ass; 1998.
15. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(1 Suppl): 130-8.
16. McGlynn EA, Brook RH. Ensuring quality of care. In: Anderson RJ, Rice TH, Kominski GF, eds. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Policy and Management*. San Francisco: Josey-Bass; 2001.
17. Landon BE, Zaslavsky AM, Beaulieu ND, et al. Health plan characteristics and consumers' assessments of quality: data watch. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:274-86.
18. Iezzoni I. Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986.
19. Chassin MR, Koseoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987;258:2533-7.
20. Freire JM. Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda. Conferencia pronunciada en las XXIII Jornadas de Economía de la Salud, Cádiz, 4 de Junio 2003.
21. Grol R. Research and development in quality of care: establishing the research agenda. *Quality in Health Care* 1996;5:235-42.
22. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En Ortún V. Ed. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Masson, Barcelona 2003.
23. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000;114: 460-3.

## ¿Nos estamos olvidando de gestionar la innovación?

**Juan J. Goñi-Zabala**

*Dtor. Proyectos Estratégicos – Ibermática.*

No es el propósito de este artículo responder a la pregunta que lo precede. Más bien se trata de proponer una reflexión a los lectores sobre el cambio y la consolidación de las organizaciones. En cada decisión lo establecido y lo nuevo parecen competir debatiendo entre formas de pensar que valoran de forma distinta la solidez de lo bien hecho por bien conocido y la incertidumbre y oportunidad de lo que no se sabe bien como resultará.

Son los tiempos actuales extraordinariamente diferentes de los que les precedieron por la continuidad y variedad de los posibles cambios que se presentan en el entorno de las organizaciones privadas o públicas. Estos cambios tienen que ver con la demografía, con los valores sociales, con las expectativas de los servicios públicos, con la cualificación de las personas y con todos aquellos asuntos derivados de la inserción en los hábitos de vida de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones.

Las nuevas realidades que se van insertando en la vida de las organizaciones preocupadas por la calidad y por ser competitivas cada una a su manera, obedecen a principios contrapuestos en los que hay que hacer compatible la mejor calidad y personalización con un menor coste, la visión del corto plazo con la proyección a futuro, la producción masiva con el servicio individual, y un sinfín de contrasentidos aceptados como tales hace unos pocos años. ¿Y hoy no lo son también?

Parece que lo nuevo también rompe los modelos con los que se han construido las organizaciones y que no vale casi nada de lo anterior. El término "tradicional" tiene connotaciones negativas por asociarlo a algo en camino de desaparecer, como representante de lo que fue y no será. El gusto por las cosas bien hechas, por lo profesional en la actividad profesional cede su paso a lo veloz, rápido e inmediato como requisito principal de los servicios, en detrimento de su calidad y su seguridad.