LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

CRISTUS DE LOS METODOS EVALUATIVOS

J. GONZALEZ

EL SENTIDO DE EVALUAR

Los costos crecientes en la atención médica que amenazan desbordar los límites razonables de los presupuestos asignados ha producido un renovado interés sobre la necesidad de instaurar métodos para valorar la calidad de las acciones médicas. Se prevé que el énfasis creciente en la necesidad de recortar los servicios y tecnologías innecesarias conduzca a una limitación de servicios y tecnologías necesarias, lo cual es indispensable evaluar y vigilar. Ante esta necesidad, además de los hechos suficientemente demostrados sobre un desempeño profesional sustancialmente diferente y un bajo nivel de calidad que obligan a utilizar todas las oportunidades posibles para mejorar dicho nivel, es útil revisar los enfoques evaluativos con el objeto de responder a la tendencia universal de convertir la evaluación de la calidad, de una actividad episódica, voluntaria e intrahospitalaria, en una obligatoria, continua y a todos los niveles de la prestación de los servicios médicos.

EL PASADO

En un recuento de los métodos utilizados en el pasado para evaluar la calidad de la atención médica se tiene que mencionar en primer lugar la opinión de usuarios y proveedores, lo cual surgió simultáneamente con el nacimiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y por tanto debe considerarse como el método más antiguo de evaluación. Dicha opinión fue consecuencia de la observación de los resultados que se producían en términos de curación, mejoría, empeoramiento o muerte. Juicios como el osleriano "si todos los medicamentos se arrojasen al mar sería lo peor para los peces y lo mejor para la humanidad", en una época donde los procedimientos médicos eran difícilmente efectivos pertenece a dicha categoría. Para su época parece una evaluación subjetiva pero definitivamente fidedigna y precisa.

Valoraciones de esa naturaleza se dan repetidamente en la historia llevando consigo una gran dosis de subjetividad e imprecisión Templos como el erigido al Dios-Médico Asclepios en Epidauro se adornaron con placas votativas de agradecidos pacientes. Juicios, ciertos o no, han pasado 3 la historia criticando las acciones médidas: "muero con la ayuda de muchos médicos" se le atribuye a Alejandro Magno, y "una multitud de médicos me han destruido" a Adriano (1). Los medios de comunicación, más recientemente, han calificado justa e injustamente y con relativa frecuencia las instituciones y proveedores de servicios de salud.

Pero en los comienzos del siglo XX bajo las tormentas iniciales del informe Flexner cuando se instaura el primer método sistemático de evaluación de calidad de la atención médica debido al empeño del cirujano de Boston doctor Emory Codman, quien preconizó el estudio de la calidad de la atención médica por medio de la revisión rutinaria del estado de salud de los pacientes para establecer los resultados finales de las intervenciones médicas intrahospitalarias un año después de que éstas se hubieran realizado. Publicó un resumen de cada egreso hospitalario calificándolo como favorable o desfavorable y asignándole responsabilidades de esto último al equipo médico tratante, al tipo de enfermedad o a causas propias del paciente.

Dr. Julio González Molina: Jefe Oficina Evaluación de Calidad. ISS Seccional Cundinamarca, Bogotá.

Solicitud de Separatas al Dr. González.

La influencia de Codman llevó al naciente Colegio Americano de Cirujanos a realizar un estudio famoso en el cual se encontró que menos de un 13% de los aproximadamente 800 hospitales de más de 100 camas examinados tenían algún grado razonable de calidad (2, 3). Esto condujo a que se definieran y se adoptaran los estándares por los cuales se tenían que regir los hospitales en el futuro. Nació así en 1918, a partir de los estudios de resultados, un nuevo método para la evaluación de la calidad: "Estudios de la estructura" que fue la base para la acreditación de los hospitales y que dominó este tipo de estudios hasta un poco antes de los años sesenta.

Evaluaciones posteriores se originaron en el interés de desarrollar programas de educación médica continuada a través de patrones de práctica establecidos previamente por criterios explícitos, lo cual permitía una planificación del curriculum, autoevaluación, exámenes de simulación y otros efectos educativos. Los diferentes estudios demostraron que el nivel del desempeño médico variaba substancialmente y que era necesario mantener una evaluación constante del proceso de atención. En un principio esto se realizó con los criterios implícitos que señalaban una buena práctica y posteriormente con los criterios elaborados explícitamente para diferentes patologías. Algunos autores llaman a la evaluación del proceso médico por medio de criterios explícitos, evaluación de contenidos, (4) pero esta terminología no ha tenido mayor aceptación. Dentro de los estudios del proceso médico las revisiones de auditoría médica han ocupado un lugar muy destacado.

El aumento de la complejidad de la atención y sus costos crecientes llevaron a considerar el impacto de los procedimientos médicos como un constituyente esencial de la calidad de la atención médica. El sobreuso de las tecnologías, las admisiones hospitalarias innecesarias, la utilización inadecuada de la cama hospitalaria y el uso de tecnologías ineficaces se consideran por lo tanto dentro del marco de la mala calidad de la atención por ser nocivos para los usuarios considerados como comunidad total.

La Figura 1 muestra las cuatro variables sobre las cuales han recaído los pasados estudios de evaluación de calidad de la atención y sobre las cuales se debe trabajar intensamente con el objeto de incrementar la calidad de la atención médica. En resumen, los estudios se han centrado sobre los dos determinantes inmediatos de la calidad de la atención médica, la Estructura y el Proceso, porque hipotéticamente lo bueno de estos dos atributos determinaría el grado de calidad y sobre las dos consecuencias inmediatas o variables dependientes como lo son los Resultados y el Impacto.

Los indicadores indirectos de la calidad utilizados de manera generalizada son consecuentemente: 1. las llamadas variables resultantes o dependientes que son los Resultados y el Impacto de la atención médica y, 2. las variables independientes ya mencionadas. Estructura y Proceso.

EL PRESENTE

Brook (5), en su predicción sobre las metodologías de evaluación de calidad para los años 80, afirma que la base substancial ya existe, no siendo necesario ni aconsejable iniciar de la nada; tampoco creer erróneamente que la calidad de la atención médica no se puede medir confiablemente y que las fallas substanciales de la atención médica sean cosas del pasado. El mismo autor estima que para 1976 en EE. UU.. se habían publicado 1.000 estudios aproximadamente sobre el tema de la Evaluación de la Calidad de la atención médica. Dichos estudios han utilizado diferentes métodos para la recolección de los datos, y las variables de estudio conocidas de Estructura, Proceso y Resultados (6).

Palmer (7) presenta una revisión de la literatura publicada sobre evaluación de la calidad con el objeto de identificar características en el médico o en las instituciones que pudieran servir como indicadores de la calidad del cuidado médico.

Para la taxonomía de los estudios de evaluación de calidad la propuesta por Avedis Donabedian (8) ha prevalecido y aceptada axiomáticamente. En ésta se caracterizan los estudios de acuerdo con las variables objeto

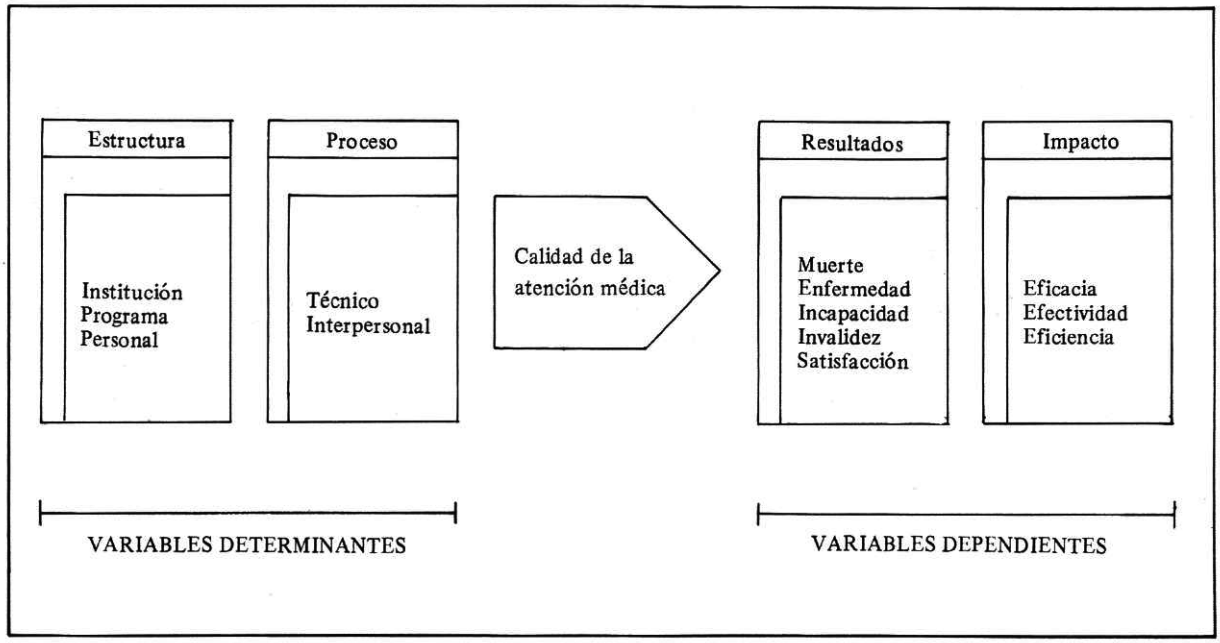

Figura 1. *Variables para el estudio de la evaluación de la calidad de la atención médica.*

de análisis las cuales necesariamente tienen que recaer en algunas de las categorías Donabedianas: proceso, estructura y resultados. (El estudio de impacto en términos de eficiencia es un estudio de resultados relacionado con las inversiones representados en proceso y estructura). Sin embargo, los estudios de cualquiera de esas tres categorías o combinación de ellas han sido realizadas con enfoques metodológicos de muy diferente complejidad tanto en el diseño como en los métodos de análisis, para lo cual la tecnología de computadores ha permitido el desarrollo de modelos que se continúan probando en diferentes centros. Caben entonces categorías de estudios de naturaleza tan sencilla como el "estudio del caso" hasta el más riguroso de los experimentales el controlado, doble ciego aleotorizado.

EL FUTURO

Para los años venideros el tema de los recursos financieros dominará el panorama de los problemas por resolver (9). Los recortes de los presupuestos para acciones y programas de salud se incrementarán ostensiblemente y le corresponderá a la evaluación de la calidad de la atención médica el analizar y vigilar el impacto de dichas medidas cuidando que no se produzca una disminución en los niveles de calidad de la atención médica alcanzada.

Los estudios de los resultados como indicadores de evaluación de calidad propuestos por Codman se proyectan con renovada fuerza, dentro de las metodologías de investigación. Tanto la muerte, la enfermedad, la complicación, la incapacidad, el malestar fisicomental y la insatisfacción serán cada vez más utilizados como medidas para decidir sobre la eficacia y calidad de las intervenciones médicas.

El análisis de resultados se realizará con los estándares fijados por un comité de expertos para una serie de condiciones que por su frecuencia, peligrosidad, conocido control, costos, facilidad en la detección, posibilidad de mal manejo, se constituyan en las más apropiadas por el impacto que sigue a las modificaciones para mejorar la calidad de la atención (10). Cuando los resultados son significativamente peores que los esperados se analizan críticamente los casos para encontrar la causa o causas de la mala calidad. Se espera entonces que mejorada la calidad

el Hospital A, debe acercarse a los estándares del Hospital B fijados por la entidad trazadora.

Los resultados, se debe recalcar, brindan solamente elementos de juicio para considerar que la estructura o el proceso de la atención médica es de determinada calidad. Los resultados en evaluación de calidad son entonces las variables dependientes de los determinantes de la calidad de la atención médica que son la estructura y el proceso llamadas variables independientes, pero que al mismo tiempo están determinadas por la organización socio-política total.

Casi sin excepción todos los estudios del proceso, aun con criterios explícitos previos, muestran deficiencias en la calidad de la atención en cualquiera de las áreas de la medicina que se evalúe, lo que ha llevado a decir que "los médicos saben qué hacer pero no hacen lo que dicen se debe hacer" (1). Recientemente se muestra (11) cómo, inclusive en unidades de urgencia dirigidas y atendidas por médicos entrenados calificadamente, solamente el 50% de las acciones que se consideran debían hacerse fueron ejecutadas en el manejo de las urgencias de pacientes asmáticos. El paciente diabético por otra parte, es deficientemente atendido en centros ambulatorios (12) tanto por los médicos hospitalarios especialistas como por los médicos generales.

El estudio del proceso de la atención médica seguirá perfeccionándose con el mayor desarrollo de criterios explícitos y listados de normas para el cotejo de lo "realizado" contra lo "deseado" en la atención del paciente. La extensión del uso de los sistemas computarizados del procesamiento de datos será otra herramienta importante adicional en el desarrollo de la evaluación de la calidad por medio de los estudios del proceso.

Los dos componentes de la atención médica, el técnico-científico y el interpersonal, se consideran no sólo de igual importancia sino mutuamente potencializadores en la calidad. Tanto los clientes como los proveedores ven lo técnico de importancia central pero los pacientes le ponen mayor peso que los proveedores a la interrelación personal, y más aún, a las comodidades y privacidad brindadas, hecho que parece explicarse por la dificultad que tiene el cliente en evaluar el área técnica y porque considera que la competencia técnica está presente (9). La no completa congruencia en la evaluación de los diferentes componentes de la atención alerta para que en la selección de los métodos se tenga presente esta variación.

El cambio de énfasis de la evaluación de la estructura hacia los procesos y resultados continuará incrementándose teniéndose en cuenta que una mayor calidad de la atención se obtiene a) reduciendo el exceso de atención, lo que implica menos costo y mejor utilización, b) incrementando la adherencia a los criterios explícitos y c) por una combinación de las dos anteriores estrategias. A este respecto la literatura médica es rica en demostrar la impropiada utilización de los servicios médicos. En un estudio (9) sobre segundo concepto sobre cirugía electiva se encontró que el 19% de los pacientes no la requería. En nuestro medio, Cano demostró la mala utilización de la cama hospitalaria en los servicios de cirugía, medicina interna y ginecología de la Clínica León XIII de Medellín (comunicación personal). Por otra parte, el énfasis en el recorte de servicios innecesarios puede producir un recorte de servicios necesarios, lo cual es indispensable evaluar y vigilar.

Por los métodos y estrategias a seleccionar en la evaluación de los servicios médicos es útil finalmente ver la tendencia que ésta lleva (14) y recalcar sobre algunos aspectos fundamentales como son: a) La evaluación de la calidad pasa de ser una actividad voluntaria, a ser una actividad obligatoria, b) Procesos, Resultados e Impacto en la provisión de los servicios, son los métodos que prometen más recompensas, c) Una extensión de sistemas organizados intrahospitalarios a sistemas ambulatorios. d) Paso de actividades episódicas de tiempo parcial a actividades organizadas y de tiempo completo, con una organización establecida con el propósito de conducir revisiones de cotejo y, e) Tener presente que existe suficiente documentación sobre la cual los métodos de evaluación deben permanentemente responder a las expectativas como son: existencia de un exceso de atención, lo cual

produce pobre calidad porque la atención innecesaria produce un aumento de las reacciones adversas y aunque éstas no existieran, socialmente no es deseable ni justo, pues congestiona los servicios y agota los presupuestos. El bajo nivel de calidad requiere utilizar todas las oportunidades para elevarlo. El desempeño entre los médicos, odontólogos, enfermeras, bacteriólogas y otros profesionales de la salud, es substancialmente diferente, lo cual obliga a una permanente evaluación.

Médicos y pacientes difieren sobre la percepción de calidad, y ambos criterios deben respetarse y tenerse en cuenta. Para que la atención de la salud sea de buena calidad, debe ser oportuna, integral, continua, accesible. eficiente, equitativa, siempre con una buena interrelación proveedor-consumidor y siempre con la mayor racionalidad lógico-científica.

SUMMARY

The definition, history and current concepts of quality assessment of medical care are reviewed. The measurement of quality of care is based upon two types of variables: those that determine the adequacy of the diagnostic and therapeutic procedures, and those that the patient can evaluate such as results, efficacy and efficiency of medical services.

Until now, most studes can have evaluated those variables that determine the quality of technical care; measurement of the second type of variable is just beginning.

The two components involved in medical care: technical care and art-of-care, have the same importance and potentiate one another. Providers have tendency to give more importance to technical aspects, while patients give central attention to the manner, behavior and ability of the provider to comunicate with him.

In the future, quality assessment studies should measure the two basic components of medical care.

BIBLIOGRAFIA

1.- LEWIS C. The State of the art of quality assessment. Med Care 1974; 12: 799-806.
2.- LEMBCKE P. Involution Of The Medical Audit. JAMA. 1967: 199: 543 - 550.
3.- PORTERFIEL J. Evaluation of the care of patients. Codman Revisited. Bull N. Y. Acad Med. 1976: 52: 30 - 38.
4.- DE GEYNOT. Five approaches for assessing the quality of care. Hospital Administration. 1970; 21 - 42.
5.- BROOK R., LOHR K. Quality of care assessment: its Role in the 1980's S. Am J Public Health 1981; 71: 681 - 682.
6.- BROOK R.. WILLIAMS K.. AVERY A. Quality assurance today and tomorro: Forecast for the future. Ann Intern Med. 1976; 85: 809- 817.
7.- PALMER R., CONNORTON M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. Med Care 1979; 17: 693 - 717.
8.- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Found 1 966. 44: 1 66 - 203.
9.- WYSZEWIANSKY W., DONABEDIAN A. Market Oriented Cost - Containment Strategies and quality of care. Milbank Memorial Found Health and Society. 1982; 60: 518 - 550.
10.- BLUM H. Evaluating health care. Med care 1974; 12: 999 - 2022.
11.- MATER S. SIDEL V. Quality assessment by process and outcome methods: Evaluation of Emergency Room Care of asthmatic adults. Am J Public Health 1981:71: 687 - 693.
12.- YUDKIN J. S., BOUCHER B., SCHOPFLIN K., et alt. The quality of diabetic care in a London Health District. Journal of Epidemiology and Community health 1980; 34: 227 - 280.
13.- GORAN M. The future of quality assurance in health care. Next Steps from the perspective of the Federal Government. Bull of the N. Y. Acad, of Med 1976; 52: 177 - 183.