

¿SON APLICABLES LOS PRINCIPIOS Y MÉTODOS DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA HIDROLOGÍA MÉDICA E HIDROTERAPIA?

Aranaz JM^a, Álvarez EE.

Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández.

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante.

RESUMEN

Los autores analizan si son aplicables los principios y métodos de mejora de la calidad asistencial en hidrología médica e hidroterapia. Describen los métodos para realizar un análisis de la calidad de la asistencia y señalan la necesidad de practicar la Medicina Basada en la Evidencia en Hidrología Médica, así como la necesidad de definir criterios, estándares y elaborar indicadores.

Palabras clave: *Calidad, Hidrología Médica.*

SUMMARY

The authors analyse the applicability of principles and methods to improve the quality of medical care in Thermal Water Therapy and Hydrotherapy.

They indicate the necessity of realising an Evidence Based Medicine, as well as the necessity of defining criterion and standars, and of elaborating indicators.

Key words: *Quality, Thermal Water Therapy.*

Para correspondencia:

Jesús M^a Aranaz Andrés
Dpto. Salud Pública
Universidad Miguel Hernández
Campus de San Juan
Carretera Alicante-Valencia Km. 87
03550 San Juan de Alicante
E-Mail: aranaz_jes@gva.es

RESUMÉ

Les auteurs analysent si les principes et les méthodes d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles en Hydrologie Médical et en Hydrothérapie, sont applicables.

Ils décrivent les méthodes d'analyse de la qualité des pratiques professionnelles, et indiquent la nécessité de la Médecine Basée sur l'Evidence en Hydrologie Médical, ainsi que la nécessité de définir les critères et les standards, et d'élaborer les indicateurs.

Mots clef: *Qualité, Hydrologie Médical.*

ACERCA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La profesión médica siempre ha mostrado preocupación por conocer los resultados de su asistencia. A lo largo de toda la historia el profesional médico se ha interesado por la naturaleza de las relaciones con el enfermo; por las características individuales de los procesos morbosos; y por la diferente manera de reaccionar de los pacientes. Como decía Sir Robert Hutchison "no existen enfermedades, sino enfermos".

La Hidrología Médica y la Hidroterapia constituyen una especialidad que no es ajena a la preocupación, compartida por otras especialidades, por el efecto que sobre la calidad asistencial pueden tener los diferentes estilos de práctica clínica, la incertidumbre del ejercicio profesional o incluso por la variabilidad en los juicios diagnósticos.

Ya una reciente editorial del Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica resaltaba la importancia de asegurar la máxima calidad en la asistencia que se lleva a cabo en los balnearios, destacando el aumento, por parte de los clientes, en las exigencias de los servicios que van a recibir¹.

Ahora bien, definir el concepto de Calidad asistencial es una tarea compleja. Donabedian², consciente de esta dificultad, habla de tres componentes para entender qué es la calidad asistencial: componente científico-técnico, componente interpersonal y componente de entorno.

El primero de estos componentes, la Calidad Científico-Técnica, se refiere a la calidad que el paciente **realmente está recibiendo** cuando acude a un centro sanitario o a una consulta médica, y que debe ser juzgada en relación con los avances técnicos disponibles en ese momento y con el juicio profesional.

En cambio, la Calidad Funcional, en íntima conexión con el componente interpersonal, hace referencia a la **forma en que se presta** la asistencia sanitaria tal y como es juzgada o percibida por el propio paciente y su familia.

Por último, la Calidad Corporativa, menos cuidada en el sector sanitario público habitualmente, tiene que ver con la imagen que transmite un hospital o establecimiento sanitario, juzgada por los pacientes, sus familiares, los pacientes potenciales y los propios profesionales y que, obviamente, condiciona poderosamente las otras visiones de la calidad. Este aspecto de la Calidad puede resultar muy importante cuando nos referimos a instalaciones con las características de las estaciones termales.

ACERCA DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Existen diferentes métodos para realizar un *análisis de la calidad de la asistencia*:

- Análisis de la calidad de los medios (*evaluación de la estructura*), que se realiza fundamentalmente mediante la **acreditación**.
- Análisis de la calidad de los métodos (*evaluación del proceso*), que se realiza sobre todo mediante **auditoría**.
- Análisis de la calidad de los resultados (*evaluación de los resultados*) que también se puede realizar mediante **auditoría**.

CALIDAD DE LOS MEDIOS: ESTRUCTURA

Los elementos de estructura hacen referencia a los medios o **recursos humanos, físicos, finan-**

cieros e instrumentales, que posibilitan la asistencia sanitaria. ¿Hasta qué punto la estructura puede asegurar la calidad? Hay dos puntos importantes que se **deben** considerar. Primero, para prestar un **determinado** nivel de calidad, se precisan unos recursos mínimos. Y segundo, que a partir de unos recursos conocidos, cabe esperar un determinado nivel de calidad en la prestación sanitaria.

La **Acreditación** es un proceso por el cual un centro sanitario se somete, con carácter *voluntario*, a un procedimiento de verificación *externo* (es decir, llevado a cabo por personal ajeno al centro evaluado), con el fin de conocer su grado de cumplimiento con los criterios y estándares previamente establecidos por un *órgano independiente*. Este órgano, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá finalmente el *dictamen* correspondiente: procede la acreditación del centro, acreditación con reparos o no procede la acreditación.

El proceso de acreditación implica evaluar tanto la estructura organizativa del centro como la provisión de asistencia en comparación con estándares profesionales contemporáneos, para determinar si el centro sanitario cumple un número suficiente de estándares para merecer el certificado de acreditación.

Este tipo de análisis lleva implícitos dos tipos de nociones:

- Noción de Prevención: la mejora de la calidad pasa por un análisis sistemático de las causas que provocan una disfunción, poniendo en marcha acciones correctoras antes de obtener la acreditación.
- Noción de Confianza: el paciente debe tener *pruebas* de que el centro está dotado de los medios necesarios para poder *gestionar* el riesgo que supone el ejercicio profesional de la Medicina.

En el contexto de la Hidrología médica, las especiales características de los establecimientos termales hacen que éstos estén sometidos a la legislación de cualquier empresa comercial, además de a la legislación turística, sanitaria y minera³. Este hecho refleja la complejidad que se le plantea a cualquier estudio sobre la calidad de la atención en estaciones termales. No obstante, la previsión de dificultades no debe mermar el interés en realizar este tipo de estudios.

CALIDAD DE LOS MODOS: PROCESO

El proceso es el equivalente al componente científico-técnico a que hemos aludido, y hace referencia, por lo tanto, a la **forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia** a un paciente. Supone por tanto, "hacer bien lo correcto" a cada paciente. Sus mejores aliados son las guías de práctica clínica, los protocolos clínicos y los mapas de cuidados o vías clínicas.

Cuando la incertidumbre está despejada, y hay evidencia científica para una determinada práctica, lo razonable es elaborar una guía de práctica clínica (que recoja este conocimiento en forma organizada), difundirla y aplicarla. Cuando la evidencia científica no es clara, en cambio, procede alcanzar un consenso entre los profesionales sobre las mejores experiencias, lo que da lugar a los protocolos clínicos. Por su parte, los mapas de cuidados o vías clínicas son unos protocolos especiales que se definen como *planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible*.

Las vías clínicas coordinan y ensamblan entre sí todas las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más conocidos por los profesionales sanitarios (Calidad científico-técnica, optimización de la atención y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (información, participación y ajuste de las expectativas), sin olvidar a los gestores (eficiencia evaluación continua y gestión de costes)⁴.

Estos protocolos y guías requieren para su diseño que el clínico disponga de información objetiva y actualizada de los avances clínicamente relevantes en el tratamiento, diagnóstico, etiología, pronóstico y evaluación de los diferentes procesos. La Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que tiene como objetivo incrementar la capacidad de decisión del clínico filtrando la calidad de la información de que dispone, cumple a la perfección con esta función ya que, al clasificar la información en función de su grado de rigor, ayuda a descartar informaciones contradictorias y consigue acercar los avances científicos al conjunto de los profesionales. La práctica de la MBE significa la integración de la maestría clínica individual con las mejores evidencias clínicas disponibles, a partir de la investigación sistemática. Es un proceso de mejora continua a través del aprendizaje autodirigido

y permanente, en el que el cuidado de los propios pacientes crea la necesidad de información clínicamente relevante sobre los diferentes aspectos del proceso asistencial⁵.

El método por antonomasia para realizar la evaluación de la calidad del proceso es la **auditoría médica**, que fue definida por Lembecke, en 1956 como la evaluación retrospectiva de la atención médica por medio del análisis de los registros clínicos⁶. Más modernamente la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación en Salud de Francia (ANAES) definió la auditoría como el método de evaluación que permite, con la ayuda de criterios determinados, comparar las prácticas de cuidados con referencias admitidas, para medir la calidad de estas prácticas y de sus resultados, con el objetivo de mejorarlos⁷.

Practicar la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en el contexto de la Hidrología Médica puede suponer en un principio una tarea difícil, debido principalmente a la escasez de estudios, cuya metodología esté acorde con los principios de la MBE. A este respecto, en 1998 se publicó una revisión sistemática de estudios internacionales sobre la efectividad de la balneoterapia en pacientes con artritis. Los resultados en la mayoría de los estudios mostraron defectos metodológicos, como por ejemplo no hacer constar el número de pacientes que mejoran en cada estudio, incluir un número muy pequeño de pacientes en cada grupo, no valorar la calidad de vida de los pacientes, no usar técnicas de doble ciego, o no realizar el análisis comparativo entre grupos por "intención de tratar". Los autores concluyeron que los defectos metodológicos impedían establecer una conclusión sobre la eficacia de la balneoterapia, y que estos defectos deberían evitarse en futuros estudios⁸.

Una manera práctica de revisar la evidencia disponible es mediante la revista Bandolier (accesible en Internet⁹), que utiliza técnicas de MBE para aconsejar a profesionales y consumidores sobre un tratamiento en particular. Uno de los estudios evaluado fue un ensayo clínico randomizado sobre diferentes regímenes fisioterapéuticos en la espondilitis anquilosante¹⁰. Los resultados del estudio sirvieron para mostrar las grandes dificultades prácticas a las que se enfrentan los investigadores en este ámbito. Tal y como comentan los revisores, saber qué es lo mejor cuando falta la mejor evidencia nunca será fácil. También resaltan

que este tipo de estudios precisan de una enorme cantidad de entusiasmo, tiempo y dedicación, y el hecho de que el estudio no proporcione una respuesta definitiva puede desanimar, pero que es muy importante enfrentarse a los importantes problemas prácticos para conseguir respuestas de alta calidad.

CALIDAD DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados siempre es un tema controvertido porque resulta difícil imputar a la calidad las diferencias observadas en los resultados de la práctica clínica. Se han considerado de manera clásica como indicadores de resultados, la mortalidad, los reingresos hospitalarios y los efectos adversos de la asistencia; pero ¿qué proporción de los mismos está ligada al manejo médico y cual a las condiciones del paciente (edad, comorbilidad, gravedad)? Es por ello que, sin restar importancia a la evaluación de los resultados, por cuestiones operativas muchos autores consideran que es más razonable centrar los esfuerzos en la evaluación y mejora de los procesos. Esta es una polémica que se mantiene abierta.

Habitualmente, los resultados de los tratamientos médicos se han expresado en términos de su eficacia, de su efectividad y, si se tiene en cuenta el coste asociado al tratamiento, de su eficiencia¹¹.

La **eficacia**, como se sabe, nos informa de la bondad del resultado que se obtiene al seguir o aplicar un tratamiento concreto en condiciones ideales. Esta medida del resultado de los tratamientos es, sin duda, a la que más estamos acostumbrados ya que suele ser una de las medidas dependientes de los ensayos clínicos y, habitualmente, es la base sobre la que suelen adoptarse las decisiones médicas. Ahora bien, es obvio para el clínico que las condiciones ideales en las que se dilucida la eficacia de un tratamiento no se corresponden con las condiciones en que ese mismo tratamiento se aplica.

Por otro lado, la **efectividad** nos informa precisamente del grado en que un tratamiento, en condiciones normales de aplicación, logra el efecto terapéutico que se espera de él.

Por último, cada vez más el clínico al adoptar sus decisiones terapéuticas tiene en cuenta la **eficiencia**, entendida como relación entre beneficios observados en el paciente y costes econó-

micos. Sin embargo, el profesional médico debe considerar que los costes para el paciente no sólo son económicos (incluso muchas veces estos costes no corren por su cuenta) sino que hay también costes intangibles, algunos en términos emocionales (sufrimiento, duelo, etc.) y otros físicos (dolor, incapacidad, etc.) que deberían considerarse. Del mismo modo, los beneficios para el paciente podrían incluir, entre otros: grado de movilidad recuperada, no perder la capacidad laboral, años de vida ganados, estabilidad emocional, etc.

Se ha planteado reiteradamente la valoración de hasta qué punto son apropiados los cuidados, como un método de evaluación de los resultados de la asistencia¹².

ACERCA DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Un resultado de la asistencia que ha merecido especial atención, en los últimos tiempos, es la satisfacción del paciente^{13 14}. Teniendo en cuenta que ésta es una buena expresión de adecuadas relaciones interpersonales, que supone el equilibrio entre las expectativas y las percepciones y que es garantía de una mejor cumplimentación terapéutica.

Las encuestas de satisfacción constituyen el método normalmente empleado para que el paciente juzgue la bondad de los cuidados, atenciones y tratamientos que los profesionales sanitarios realizan y la accesibilidad, confort y otros aspectos organizacionales y estructurales de las instituciones sanitarias^{15 16 17 18}. La medida de la satisfacción del paciente se ha desarrollado vertiginosamente y si bien hace unos años no era extraño encontrar quienes cuestionaban este tipo de evaluaciones, en la actualidad existe un amplio consenso acerca de la necesidad de contar con algún tipo de medida que informe de cómo ven la prestación sanitaria quienes en definitiva se benefician de ella.

La satisfacción del paciente puede evaluarse de diferentes formas, además de las encuestas de satisfacción^{19 20}. Ejemplos de alternativas son: entrevistas con directivos y técnicas de grupos focales, grupos nominales y similares para identificar puntos fuertes y áreas de mejora; recurrir a clientes cebos para identificar puntos conflictivos de la prestación; círculos de calidad o grupos de mejora; y hojas o buzones de sugerencias. Todos ellos

pueden ser utilizados, según el momento e interés, en las instalaciones dependientes de Servicios de Hidrología Médica e Hidroterapia.

Nuestro grupo ha elaborado un cuestionario, el SERVQHOS^{21, 22}, y una aplicación informática que facilita su utilización y la gestión de la información que genera. Este instrumento es de dominio público.

ACERCA DE LA MEDIDA DE LA CALIDAD: CRITERIOS, INDICADORES Y ESTÁNDARES

Para que no todo sea filosofía, la manera más común de trabajar desde la perspectiva de la calidad asistencial es definir una serie de criterios (es decir, especificar cómo debe ser la práctica médica para que sea aceptable²³), para seguidamente medir mediante indicadores cuál es el grado de cumplimiento de ese criterio. Normalmente, para saberlo, se establece una referencia, es decir, definimos un estándar de calidad (o grado de cumplimiento aceptable) y lo comparamos con el resultado del indicador²⁵.

Un buen criterio debe ser: explícito; aceptado por la comunidad científica; elaborado de forma participativa; comprensible; y fácilmente cuantificable. Los criterios se basan en información contrastable o son fruto del consenso entre profesionales. Habitualmente se enuncian en positivo y vienen a representar aquello que se desea o se propone lograr como fruto de la intervención médica.

Un indicador, en cambio, es una medida cuantitativa que usamos como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades²⁶. Se definen

como la forma particular (numérica) en la que se mide o evalúa un criterio. Precisamente para saber hasta qué punto alcanzamos el criterio establecido, definimos estándares de calidad que se definen como el grado de cumplimiento (numérico en este caso) exigible a un criterio.

Un estándar define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad alcanzado, puesto que determina el mínimo nivel que comprometería la calidad^{27, 28}.

Resulta habitual que se monitoricen los indicadores a fin de "vigilar" su evolución en el tiempo y asegurarse de que se están cumpliendo con los estándares definidos. La monitorización²⁹, aunque no es esencialmente ningún método de evaluación de la calidad, es una excelente herramienta por la constante vigilancia que supone, para garantizar la idoneidad de la atención médica. La monitorización va ligada estrechamente a la selección de criterios, la elaboración de indicadores y el establecimiento de estándares.

Es necesario definir criterios, identificar estándares y elaborar indicadores tanto para la evaluación de la estructura, como del proceso y de los resultados.

Tal vez lo antedicho permita responder afirmativamente al interrogante de partida. En cualquier caso, que sea el lector quién lo juzgue.

AGRADECIMIENTOS:

La lectura crítica de Catalina Godoy de una versión previa de este manuscrito, ha contribuido a la mejora sustancial del mismo. Nuestro agradecimiento a ella.

REFERENCIAS

- 1 Marketing, calidad, industria balnearia y médicos hidrólogos. *Bol Soc Esp Hidrol. Med.* 1999;14(3):117
- 2 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44(2):166-206.
- 3 Melgosa Arcos FJ. Marco jurídico de las estaciones termas. *Bol Soc Esp Hidrol. Med.* 2000;15(1):13-25.
- 4 García J. *Las vías clínicas*. En Aranaz JM^a, Vitaller J. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión*. Monografies Sanitaries, serie D nº 29. Generalitat Valenciana. Valencia, 1999.
- 5 Sackett DL; Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-2.
- 6 Lembecke PA. Medical auditing by scientific methods. *JAMA* 1956; 162: 646-55.

- 7 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *L'Audit Clinique: Bases méthodologiques de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles*. ANAES. Paris, 1999.
- 8 Verhagen AP, de Vet HC, de Bie RA, Kessels AG, Boers M, Knipschild PG. Taking baths: the efficacy of balneotherapy in patients with arthritis. A systematic review. *J Rheumatol* 1997 Oct;24(10):1964-71
- 9 Dirección Bandolier:
<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>.
- 10 PS Helliwell, CA Abbott, MA Chamberlain. A randomised trial of three different physiotherapy regimes in ankylosing spondylitis. *Physiotherapy* 1996 82: 85-90.
- 11 Aranaz JM, Vitaller J, Marqués JA, Mira JJ. La evaluación económica en los servicios sanitarios. En Merino J, Gil V, Orozco D, Quirce F (Eds). *Investigación y práctica clínica*, Unidad 40, UMH Alicante, 1999 (pp 221-239).
- 12 Vader JP. Assessing appropriateness of care. En Aranaz JM^a, Vitaller J. *La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión*. Monografies Sanitaires, serie D nº 29. Generalitat Valenciana. Valencia, 1999.
- 13 Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clín (Barc)*, 2000;114 (Supl 3):26-33.
- 14 Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*, 2001; 16: 276-9.
- 15 Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13:669-682.
- 16 Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud* 1992;4:89-116.
- 17 Rodríguez-Marín J. *Psicología Social de la Salud*. Síntesis. Madrid 1995.
- 18 Car-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 1992;14:236-249.
- 19 Tasa K, Baker R, Murray M. Using patient feedback for quality improvement. *Quality Management in Health Care* 1996;4:55-67.
- 20 Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health care Management Review* 1997; 22:74-89.
- 21 Mira, J.J.; Buil, J.A.; Rodríguez, J. y Aranaz, J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 1997; 11: 176-189.
- 22 Mira, J.J.; Aranaz, J.; Rodríguez-Marín, J.; Buil, J.A.; Castell, M.; y Vitaller, J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 1998; 4(4): 12-18.
- 23 Mira, JJ.; Buil, JA; Aranaz, JM; Vitaller, J; Rodríguez-Marín, J. SERVQHOS: un método sencillo para medir la calidad percibida por el paciente de la asistencia sanitaria. XVI Congreso Nacional de la Sociedad española de Calidad Asistencial. Santander, 13-16 de octubre de 1998. *Rev Calidad Asistencial*, 1998; 13:277.
- 24 Antónanzas A, Magallón R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno J, Gasgón JJ, Parra P. *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Du Pont Pharma. Madrid 1997.
- 25 <http://neurologia.rediris.es/congreso1/conferencias/asistencia-7.html>. Aranaz JM^a. La calidad de los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos.
- 26 Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991;6 (3): 65-74.
- 27 Vianney, JM. El estándar como instrumento para optimizar la eficiencia clínica. *Hospital* 2000, 1990; 4(2): 95-100.
- 28 Chassin MR. Standards of care in medicine. *Inquiry*, 1988; 25: 437-453.
- 29 Oriol A, Cleary RF, Lowe A, Patronis M. Monitorización clínica. Un método de control de calidad. *Revista Rol de enfermería*, 1997;224:69-72.