

TRABAJOS DE REVISIÓN

Elementos de calidad para la evaluación hospitalaria del paciente con enfermedad cerebrovascular**Quality elements to the hospital assessment of the patient presenting with cerebrovascular disease****Dr. Miguel Mesa Cabrera^I; Dr. CM. Miguel Ángel Blanco Aspiazú^{II}**

^IEspecialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La enfermedad cerebrovascular constituye un problema de salud para Cuba, al ser la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en el adulto, con serias repercusiones para el paciente, su familia y la sociedad. La presente revisión pretende actualizar acerca de los indicadores de calidad y los estudios de evaluación económica de la enfermedad. Se revisan diferentes definiciones de calidad en el sector de la salud, se discute acerca de la evaluación continua de la calidad mediante indicadores apropiados y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas como un imperativo para este sector en Cuba. Partiendo del principio de que la salud no tiene precio, aunque para recuperarla y mantenerla sea preciso incurrir en elevados costos, se trata el tema de la evaluación económica con la premisa de que la economía y la salud deben constituir un binomio inseparable.

Palabras clave: Enfermedad cerebrovascular, indicadores de calidad, evaluación económica, costos.

ABSTRACT

The cerebrovascular disease is a health problem for Cuba being the third cause of death and the first one of adult's inability with serious repercussions for the patients, its family and society. The aim of present review is to update on the quality indicators and the economic assessment studies of disease. In health field some different quality definitions are reviewed, approaching on the continuous assessment of quality by appropriate indicators and the hospital care efficiency with its social and economic implications as an essential feature for this field in Cuba. From the principle that the health has not price, although to recover and to maintain it be necessary to incur in high costs, the subject of economic assessment is approached with the premise that the economy and health are essential for this field in Cuba. From the principle that health has not price, although to recover and to maintain it is necessary incur in high costs, the subject of economic assessment is approached with the premise that the economy and the health must to be an inseparable binomial feature.

Key words: Cerebrovascular disease, quality indicators, economic assessment, costs.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es considerada la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en la población adulta en el mundo y en Cuba.^{1,2} Esta enfermedad tiene un enorme costo, no solo por sus características propias, sino también a expensas del desarrollo científico-técnico aplicado a su diagnóstico y tratamiento, además, de los costos que generan los cuidados a largo plazo de los sobrevivientes y sus consecuentes implicaciones sociales.^{3,4}

La atención hospitalaria desempeña una función muy importante en el sistema de salud. Por un lado, los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios, lo que les confiere alto significado social. Unido a lo anterior la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, más el servicio hotelero que lógicamente ofrecen, los convierte en los centros más costosos del sistema. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas son un imperativo para el sector. La presente revisión pretende actualizar acerca de los indicadores de calidad y los estudios de evaluación económica de la enfermedad.

DESARROLLO

Acerca de los indicadores de calidad

Definir buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchas interpretaciones y diferentes alcances. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona puede tener sus propios criterios pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional, entre otros

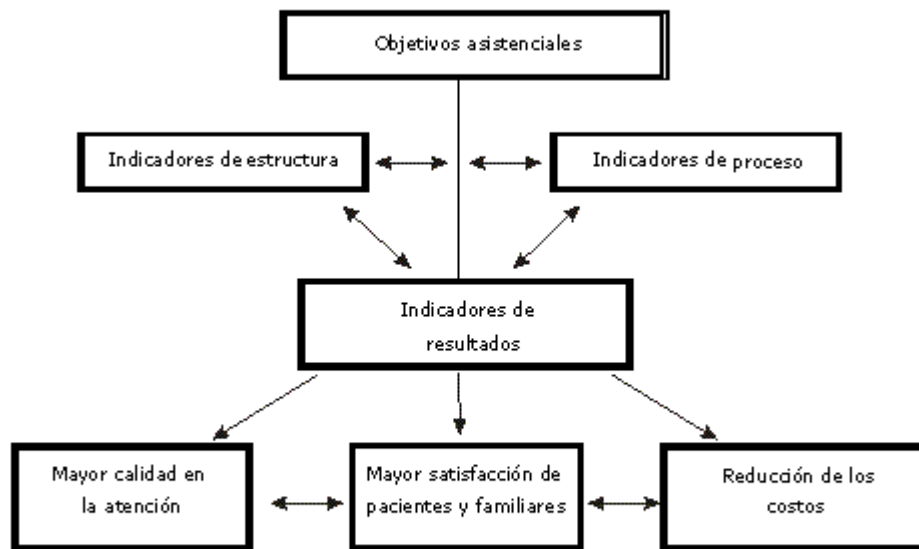
factores. En medicina, se percibe desde distintos puntos de vista: el punto de vista del paciente y sus familiares, del médico (como principal proveedor de salud) y el de los gestores o administradores de la atención médica. Ninguno de los enfoques deberá subestimarse ya que solo el balance apropiado de intereses y concepciones dará lugar a la mejor calidad que se desea.⁵

Uno de los autores más reconocido en este campo es *Donabedian*, que se considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible alcanzar, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos".^{6,7}

En la atención hospitalaria, la introducción de los indicadores de calidad, sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo, por lo que es una necesidad cada día más comprendida.⁵

Como lo define Silva, de manera muy general, un indicador es "una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo".⁸ En el glosario de términos de la Organización Mundial de la Salud aparecen 3 acepciones para definir el término indicador⁹ y expresan que un indicador es una variable que pretende reflejar cierta situación y medir el grado o nivel con que esta se manifiesta, de manera que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio. Para los autores los indicadores de calidad son estándares explícitos de la atención por los que se juzga la práctica clínica ante pacientes con determinados problemas de salud en circunstancias específicas.

Donabedian, fue el primero en plantear que los métodos para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.¹⁰ Este enfoque se mantiene hoy y suele ser la base de los trabajos que abordan el problema del monitoreo de la calidad de la atención sanitaria y hospitalaria en particular mediante indicadores.^{11,12} La figura ilustra este proceso relacionándolo con los objetivos de la institución.¹³



Fuente: Colectivo de autores del Hospital Hermanos Ameijeiras. Proyecto de Desarrollo, Protocolización de la Asistencia Médica. La Habana: HHA; 2008.¹³

Fig. Integración de los indicadores de calidad con los objetivos asistenciales.

Los indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos; los indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad realizada durante la atención al paciente y los indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Es necesario que el indicador de calidad reúna varias características:^{5,14,15}

- Ser significativo, es decir, relevante en cuanto a resultados concretos para el paciente y la sociedad.
- Ser válido, que permita calificar los dominios mencionados, sea estructura, proceso o resultados.
- Ser confiable, en el sentido de que no cambie con las características del paciente sino con las variaciones de la atención médica brindada por los médicos y sus instituciones.
- Ser sencillo, lo que implica que sea factible de instrumentar y evaluar.
- Ser comprensible, que indique fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.

Los indicadores de calidad tienen gran valor instrumental ya que permiten comparar alternativas, centros, identificar las áreas de debilidad y fortaleza en la atención.¹⁶ Estos indicadores se desarrollan a partir de la mejor evidencia científica disponible.^{14,17}

En algunos países se han implementado iniciativas para medir la calidad de la atención médica al paciente con ECV. Por ejemplo: las recomendaciones para cuantificar la calidad de la atención en ECV,^{13,14} procedimientos específicos para certificar unidades de *ictus*,¹⁸ la implementación de auditorías externas para describir los estándares nacionales de la atención de la ECV.^{15,19-21}

Entre los eventos realizados con la intención de definir los indicadores de calidad en la atención al paciente con esta enfermedad, se destaca la reunión de consenso realizada en 1995 en Helsingborg (Suecia) en colaboración con la Federación Europea de Sociedades Neurológicas, la Sociedad Internacional del Ictus y otras, donde expertos de diferentes países examinaron los datos actuales concernientes a los conocimientos disponibles sobre el manejo del *ictus*, aquí se llegó a un acuerdo sobre un plan de acción para mejorar estos conocimientos y reforzar la calidad de la asistencia a estos pacientes.²² Algunos ejemplos particulares de indicadores propuestos para la evaluación de la ECV se relacionan a continuación:

Indicadores de estructura

- % de completamiento del personal por categorías.
- % personal capacitado en el manejo de la enfermedad.
- Índice relación enfermera/cama.

Indicadores de proceso

- % de uso de aspirina en fase aguda.
- Evaluación de la disfagia.
- % de realización de tomografía de cráneo en la urgencia.

Indicadores de resultado

- % de complicaciones según el tipo de complicación.
- Mortalidad en sala de cuidados mínimos.
- Costo promedio de hospitalización por paciente.

Acerca de la evaluación económica en salud

La salud no tiene precio, aunque para recuperarla o mantenerla sea preciso incurrir en elevados costos. No obstante, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de manera absoluta de la eficiencia, ya que si no se tiene en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor.

Por tanto, la economía y la salud deben constituir un binomio inseparable. Las decisiones que se adopten en el campo sanitario tienen una implicación económica, pues en todas está involucrado el empleo de recursos. Numerosas actividades relacionadas con la salud como la asistencia, la formación de personal, la investigación, entre otros, suponen actividades económicas.¹⁷

La economía en el sector de la salud se enfrenta a 2 cuestiones básicas; por una parte, los recursos son limitados aunque se exige prestar la mejor atención al paciente con el menor costo posible. Por otra, la cantidad y calidad de los servicios se ven afectados por las preferencias de la población y por las políticas sanitarias

del país, por lo que se debe hacer énfasis en una asignación eficiente de esos recursos limitados. Esto justifica la necesidad de aplicar los principios de la evaluación económica al campo de la salud.²³

El concepto de evaluación económica se basa en 2 aspectos claves del análisis económico. En primer lugar, no solo analiza los costos, sino también las consecuencias, y en el segundo, se basa en la capacidad de elegir entre los recursos limitados o escasos. De ahí que se defina la evaluación económica como "el análisis comparativo de alternativas en términos de costos y consecuencias".²² Este concepto es válido en todas las evaluaciones económicas incluidas las que se aplican en la salud; pero en este campo se relacionan también otras consideraciones clínicas, epidemiológicas, éticas, de equidad y políticas que están vinculadas a la condición de bien apreciable y de derecho humano fundamental.

Los principales métodos de evaluación económica en salud pueden ser completos o parciales.²⁴ Los completos abordan 3 elementos (los costos, sus resultados y las alternativas) e incluyen:

- Costo-beneficio: es la forma más antigua de evaluación económica en la cual tanto los efectos de las opciones sobre los recursos como los efectos sobre la salud se valoran en unidades monetarias.
- Costo-efectividad: en la que los efectos sobre los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud se expresan en unidades específicas no monetarias de efectividad, por ejemplo, número de vidas salvadas o número de días libres de enfermedad. Se utiliza para comparar distintas intervenciones de salud.
- Minimización de costos: restringe el análisis a la medición de los efectos de las opciones sobre los recursos, suponiendo o demostrando que los efectos sobre la salud son los mismos para todas las opciones. Puede considerarse un caso particular del análisis costo efectividad, en el que la regla de decisión obvia es seleccionar la opción que tenga el efecto neto sobre los recursos, es decir, la opción que minimiza el costo.
- Costo-utilidad: los efectos sobre los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud se expresan en términos de años de vida ajustados por calidad o cualquier otra medida que utilice el año de vida sano como unidad de medida o numerario en la que se pueda expresar años de vida en cualquier estado de salud, y permite comparar diferentes intervenciones sanitarias.

En el caso de los parciales se consideran los estudios de descripción de consecuencias, descripción de costos, descripción de costos y resultados, eficacia y efectividad, análisis de costos; por faltar alguno de los 3 elementos mencionados.

Los defensores de la realización de las evaluaciones económicas parciales resaltan que la importancia de los estudios sobre carga de la enfermedad radica en que la decisión de la distribución de los recursos para la atención médica exige contar con la información sobre los costos y los efectos de la atención brindada⁽²⁴⁾. De ahí que los costos aplicados en la patología vascular cerebral sean necesarios para asignar recursos, realizar costos comparativos y comparar la relación costo-efectividad de los diferentes protocolos, actos terapéuticos y medidas preventivas. También pueden resultar útiles para ayudar a modificar los programas de provisión de servicios sanitarios.²⁵

Se han revisado estudios de costos en la ECV procedentes de países desarrollados.^{3,4,26} y en Cuba que ofrecen cifras globales de costo. *Holloway* y otros realizaron una extensa revisión de la literatura y seleccionaron los estudios que

investigaban la asociación del costo y el efecto calidad de vida ajustada a años de vida, constatando que los que abordaban la relación del costo con cuestiones similares obtenían resultados contradictorios.²⁷ De aquí que consideraron prematuro utilizar los resultados de los estudios de costo efectividad en las propuestas de las guías de actuación práctica, sin antes estandarizar la metodología de las investigaciones dirigidas a los estudios de costos. En consecuencia, se propuso en Cuba en el 2004 una Guía Metodológica para la Evaluación Económica en Salud,²⁴ con el fin de facilitar y homogenizar estos estudios en el país.

Esta revisión resalta la necesidad de considerar en la evaluación de la ECV con alto impacto la introducción de indicadores de calidad y la eficiencia económica, lo que le imprime un concepto más integral al manejo de los pacientes afectados por esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La salud pública en Cuba. Hechos y cifras. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1999.
2. Buergo Zuaznabar MA. Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad cerebro vascular. Rev Cubana Invest Biomed. 2001;20(4):247-8.
3. Beguiristain JM, Mar J, Arrazola A. Coste de la enfermedad cerebro vascular aguda. Rev Neurol. 2005;40:406-11.
4. Evers S, Struijs J, Ament A, van Genugten M, Jager J, van den Bos G. International comparison of stroke cost studies. Stroke. 2004;35(5):1209-15.
5. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(1).
6. Donabedian A. Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984. Salud Públ Méx. 1988;30:202-15.
7. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial, P. 2. Cont Calidad Asist. 1991;6:31-9.
8. Silva LC. Escalas e indicadores. En: Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica. Cap. 3. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p.43-58.
9. World Health Organization. Glossary. Disponible en: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm#indicator>
10. Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart. 1986;44:167-70.
11. Brook RH, Mc Glynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. IJQJC. 2000;12(4):281-95.
12. De Moraes H, Paganini JM. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/HSS; 1994.

13. Colectivo de Autores del Hospital Hermanos Ameijeiras. Proyecto de Desarrollo, Protocolización de la Asistencia Médica. La Habana: HHA; 2008.
14. Anon. Measuring and Improving Quality of Care: A Report from the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Assessment of Healthcare Quality in Cardiovascular Disease and Stroke. *Circulation*. 2000;101:1483-93.
15. Kapral MK, Laupacis A, Phillips SJ, Silver FL, Hill MD, Fang J, et al; Investigators of the Registry of the Canadian Stroke Network. Stroke care delivery in institutions participating in the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke*. 2004;35:1756-62.
16. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000259.pdf>
17. Gálvez González AM. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2010 Dic 08] ; 29(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Ringelstein EB, Grond M, Busse O. German Stroke Society. *Int J Stroke*. 2006;1:45-6.
19. Rudd AG, Pearson M. National stroke audit. *Clin Med*. 2002;2:496-8.
20. Reeves MJ, Arora S, Broderick JP, Frankel M, Heinrich JP, Hickenbottom S; Paul Coverdell Prototype Registries Writing Group. Acute stroke care in the US: results from 4 pilot prototypes of the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry. *Stroke*. 2005;36:1232-40.
21. Asplund K, Asberg KH, Norrving B, Stegmayr B, Terent A, Wester PO; Riks-Stroke Collaboration. Risks-Stroke -A Swedish national quality register for stroke care. *Cerebrovascular Diseases*. 2003;15(Suppl 1):5-7.
22. Drummond M. Métodos para la evaluación económica de los programas de Asistencia Sanitaria. 2ª ed. Madrid: Ed. Diaz de Santos; 2001,
23. Gálvez A. Introducción a la Economía de la Salud. 2002 (En línea). Extraído el 12 de enero de 2003. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/economia-salud/economia-salud.shtml?monosearch>
24. Gálvez González AM. Guía metodológica para la evaluación económica en salud: Cuba, 2003. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2004 Mar [citado 2010 Dic 08] ; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100005&lng=es
25. Domínguez A. Costes asociados al ictus y coste-efectividad de los tratamientos. *Rev Esp Econ Salud*. 2004 Mar.-Abr.;3(2):46-50.

26. Smurawska LT, Alexandrov AV, Bladin CF, Norris JW. Cost of acute stroke care in Toronto, Canada. *Stroke*. 1994;25:162-831.

27. Holloway RG, Curtis MPH, Benesch G, Rahilly CR, Courtriht CE. A systematic review of cost-effectiveness research of stroke evaluation and treatment. *Stroke*. 1999;30:1340-9.

Recibido: 15 de octubre de 2010.

Aprobado: 17 de noviembre de 2010.

Dr. *Miguel Mesa Cabrera*. Universidad de Ciencias Médicas de las FAR. Avenida 114 y 25, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico:
miguelcabrera@infomed.sld.cu