

La calidad del cuidado de salud en Atención Primaria: Desarrollo y validación de un instrumento para la medición de la calidad técnica

Dra. Doris Muñoz P.

Médico Familiar mención adulto
Centro de Salud Familiar
Madre Teresa de Calcuta
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Tomás Pantoja C.

Médico Familiar
Profesor Auxiliar Departamento
Medicina Familiar
Pontificia Universidad Católica de Chile
Director Centro de Salud Familiar
Madre Teresa de Calcuta

Dr. Juan Undurraga F.

Médico Cirujano
Centro de Salud Familiar
Madre Teresa de Calcuta
Pontificia Universidad Católica de Chile

Correspondencia a:

Dr. Tomás Pantoja C
Departamento Medicina Familiar,
Pontificia Universidad Católica de Chile
Lira 44, Edificio Decanato, Primer Piso
E-mail: tpantoja@med.puc.cl

Financiamiento: Desarrollado como parte del
Proyecto DIPUC N° 2002/08E

QUALITY OF CARE IN GENERAL PRACTICE: DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT TO MEASURE THE QUALITY OF CLINICAL CARE

There is a huge variability in the technical quality of health care within and between different health systems around the world. At national level we do not have an information system that monitors the quality of primary care at different times and settings. However, there are a number of methods developed to measure technical quality of care through the comparison of specific standards with routine care. The development of review criteria – defined as systematically developed statements that can be used to assess the appropriateness of specific health care decisions, services and outcomes – is one of the methods used to define standards. It incorporates both the scientific evidence available and the expert opinion about specific clinical areas to be evaluated.

Objective: To develop a method of measurement of the technical quality of primary care based on the definition of review criteria. **Methods:** We developed a set of criteria based on the research of the RAND/UCLA group and its "RAND/UCLA Appropriateness Method". The clinical conditions selected were chosen because of their relevance, prevalence and burden of disease in Chilean primary care. We reviewed the literature about quality indicators in primary care for the selected conditions and an initial set of criteria was defined. This set was translated to Spanish and then back translated to English. We selected a number of experts for each of three clinical areas (chronic conditions, mental health and child health), including primary care physicians and specialists. The initial set of criteria was sent by post to each expert along with specific references related to the clinical area. In this first round, they were asked to rate the appropriateness of each criterion in an ordinal scale from 1 to 9. In the second round, three face-to-face meetings were carried out to discuss the whole set of criteria but focusing on those where more disagreement was found on first round scores. A number of the initial criteria were modified, excluded or split and some new criteria were added according to the discussion. Each member of the group was then asked to rate individually the appropriateness and necessity of each criterion. Finally, we selected a sample of primary care professionals and asked them to rate the appropriateness and necessity of the criteria with the aim to validate the content and usefulness of our final set. **Results:** We defined an initial set of 61 criteria for the first round. During the second round 12 of them were modified generating a final set of 80 criteria, of which 73 (91%) and 60 (82%) were considered appropriate and necessary respectively. Most of the criteria in the final set (> 90%) were considered necessary by the local primary care professionals. **Conclusions:** We have adapted and validated a method to measure the technical quality of primary care through the development of a set of review criteria for some relevant clinical conditions. This set might be utilised to audit the quality of care currently delivered to the patients in Chilean primary care organisations.

(**Key words:**).

RESUMEN

Introducción: La calidad técnica del cuidado sanitario presenta un grado importante de variabilidad en los diferentes sistemas de salud alrededor del mundo. A nivel nacional carecemos de un sistema de información que nos permita conocer la situación de la calidad del cuidado en atención primaria (AP) y monitorear su evolución a lo largo del tiempo. Existen diferentes métodos para evaluar dicha calidad técnica, la mayoría de los cuales implica comparar ciertos estándares con aquello que es realizado rutinariamente. Una manera de establecer estándares adecuados de comparación es a través de la definición de "criterios de revisión", en los cuales se intenta incorporar tanto la evidencia científica disponible como la opinión de expertos en el área a evaluar. **Objetivo:** Desarrollar un método de evaluación de la calidad del cuidado de salud en AP que contribuya a su medición y mejoramiento, basado en la definición de criterios de revisión. **Métodos:** Los criterios se desarrollaron siguiendo la línea de investigación desarrollada por el grupo RAND/UCLA y su Método de Criterios de Calidad Apropriados para la AP. Las condiciones de salud seleccionadas fueron escogidas por su relevancia, prevalencia, y alta discapacidad o morbimortalidad en AP. Se revisó la literatura existente que identificara indicadores de calidad y se creó un set de criterios iniciales que se tradujeron y retro-tradujeron. Se seleccionó un grupo de expertos relacionados a cada tema, con capacidad de análisis crítico de la literatura existente. Se conformaron tres grupos de panelistas compuestos por 9 profesionales. Se envió por correo a los panelistas el set de criterios inicial y la bibliografía correspondiente, solicitándoles la calificación de los criterios bajo el concepto de "apropiado" en una escala ordinal de 1 a 9. En una segunda ronda, se citó a los profesionales a un encuentro "cara-a-cara" en que se discutieron los indicadores que mos-

traron mayor dispersión en la primera ronda, sin buscar un consenso en las respuestas, luego de lo cual se modificaron, incluyeron o excluyeron algunos indicadores. Posteriormente, se volvió a solicitar que se clasificaran los criterios bajo el concepto de "necesario". Finalmente, se realizó la validación local, en la que se invitó a profesionales de Centros de Salud de dos comunas de la Región Metropolitana a juzgar lo apropiado de los criterios definidos en las etapas anteriores. **Resultados:** Se definió un listado inicial de 61 indicadores para la primera ronda, modificándose 12 de ellos en la segunda etapa (añadiendo 9 y excluyendo 3). De esta manera, se obtuvieron 80 indicadores, de los cuales 73 (91%) fueron calificados como apropiados y 60 (82%) como necesarios. Gran parte de ellos fue también considerado necesario por los profesionales sanitarios a nivel local. **Conclusiones:** Hemos adaptado y avanzado en la validación de un método para la medición de la calidad técnica del cuidado de la salud en AP, obteniendo un listado de criterios de revisión para ciertas patologías relevantes en la AP. Dicho listado podrá ser utilizado para auditar la calidad técnica del cuidado sanitario que se otorga actualmente a los pacientes en nuestras organizaciones.

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda en salud y los elevados costos del cuidado de ella, junto con restricciones en la cantidad de recursos disponibles, junto a la evidencia de importantes variaciones en la práctica clínica, han incrementado el interés en la medición y evaluación de diferentes áreas de la actividad sanitaria^{1,2}. Dicho interés no sólo se ha manifestado en la medición y evaluación de intervenciones específicas – diagnósticas, preventivas y/o terapéuticas – sino que también en la evaluación de la manera como el cuidado de salud es organizado y los servicios de salud son otorga-

dos^{3,4}. Así, el estudio de la organización y provisión de los servicios de salud se ha establecido como un área de estudio de los servicios de salud bastante consolidada en el Reino Unido, Estados Unidos y muchas partes de Europa en los últimos diez años⁵.

La medición y mejoramiento de la calidad del cuidado de salud puede situarse en este ámbito y, debido a la creciente tendencia hacia servicios de salud que den respuestas más efectivas a los usuarios, se ha ubicado como un aspecto central de la organización y provisión de ellos. Es en este contexto que se han desarrollado numerosos esfuerzos de medición y evaluación de dicha calidad⁶⁻¹¹. Aún más, diferentes gobiernos han propuesto numerosas estrategias para mejorar la calidad del cuidado de salud en sus respectivos sistemas de salud¹²⁻¹⁵. Sin embargo, para responder a dichas iniciativas es necesario el desarrollo de modelos conceptuales, e instrumentos que permitan medir y evaluar la variabilidad en la calidad del cuidado de salud, y entender las causas y relaciones entre sus diferentes componentes¹⁶⁻²³.

La Atención Primaria ofrece desafíos específicos en esta área dada la heterogeneidad, complejidad y amplitud de los servicios ofrecidos en ella, así como la multi-dimensionalidad de los resultados esperados²⁴. Debido a ello, en muchos casos, la información acerca de la calidad del cuidado de salud en Atención Primaria se encuentra dispersa, basándose principalmente en información poco sistemática recolectada en centros de salud que lo realizan voluntariamente, o en los pocos datos recolectados en forma rutinaria. Así, en una reciente revisión sistemática de la calidad del cuidado de salud en atención primaria, Seddon et al⁸ reportan que la mayoría de los estudios están focalizados sólo en un área clínica, impidiendo la comparación de diferentes factores que pueden afectar dicha calidad.

ARTÍCULO ORIGINAL

Dichas debilidades aparecen vinculadas a una serie de factores. En primer lugar, la calidad del cuidado puede ser analizada desde múltiples puntos de vista²⁵⁻²⁷. Así, muchas veces la medición refleja un énfasis en determinados aspectos del cuidado de salud, para los cuáles existe información disponible, más que en aquellos que son de verdadera importancia para los pacientes²⁸⁻³¹. En segundo lugar, los indicadores debieran reflejar aspectos del cuidado de salud que están bajo el control de aquellos – organizaciones y/o prestadores – que están siendo evaluados. Sin embargo, la experiencia reciente en el Reino Unido demuestra que éste no es siempre el caso³². Por último, está el tema del balance entre indicadores de proceso y resultado. Éstos últimos parecen ser menos adecuados para la evaluación del cuidado en Atención Primaria, dada su poca sensibilidad a cambios en la provisión de servicios, el requerimiento del ajuste por tipo de casos (“case-mix”) que usualmente no es posible al nivel de centro de salud, y la poca orientación práctica que entregan para mejorar los servicios evaluados³³. En cambio, aquellos indicadores de proceso con una clara relación con los de resultado, parecen ser los más apropiados en esta área³⁴.

A pesar de estas dificultades, es posible avanzar en la definición del concepto de calidad del cuidado en Atención Primaria, sus componentes y su medición. La calidad del cuidado de salud puede ser entendida como un concepto multidimensional^{1,16-21}, en el que diferentes aspectos necesitan diferentes métodos de medición y evaluación. Siguiendo nuestro trabajo previo en esta área^{35,36} y aquel del National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC) en el Reino Unido^{1,9,11,37,38}, nuestra definición de los componentes de la calidad del cuidado de salud incluyó una combinación de acceso (si el paciente puede obtener el servicio) y efectividad (si el servicio obtenido es “bueno”), los cuá-

les son influidos por el grado de “clima de trabajo de equipo” existente en la organización que otorga el servicio. A su vez la efectividad puede ser dividida en la efectividad clínica o técnica, y la efectividad del “cuidado interpersonal”. A través del logro de un nivel adecuado en dichos componentes será posible obtener un cuidado de calidad que finalmente redundará en mejores resultados de salud: calidad de vida relacionada con salud y satisfacción usuaria.

Esta definición condiciona –en cierto grado– las diferentes perspectivas y métodos desde las cuáles el concepto de calidad del cuidado será evaluado: acceso y efectividad “interpersonal” desde la perspectiva del usuario, efectividad clínica desde la perspectiva del prestador (perspectiva “técnica”), y trabajo en equipo desde la perspectiva de los trabajadores (innovación y aprendizaje).

Es así como, desde una perspectiva técnica, la efectividad “clínica” ha sido evaluada a través del análisis de los registros clínicos y su comparación con estándares de cuidado basados en evidencia y/o definidos por paneles de expertos^{37,39-45}. Dichos estándares han sido desarrollados preferentemente para aquellas condiciones en las que existe mayor cantidad y mejor calidad de evidencia científica, por ejemplo, enfermedades crónicas del adulto (asma, diabetes mellitus tipo 2, y angina estable). Sin embargo, existe un creciente interés por el desarrollo de esta clase de estándares en otras áreas clínicas, como son el manejo de patología aguda y pediátrica. El desarrollo de este tipo de estándares presenta un gran desafío no exento de dificultades conceptuales y metodológicas⁴⁶.

Una de las alternativas para esta definición de estándares es el desarrollo de los denominados “criterios de revisión”, que corresponden a “criterios desarrollados sistemáticamente que pueden ser

utilizados para evaluar la validez de decisiones sanitarias, servicios o desenlaces específicos”⁴⁷. Dichos criterios son utilizados para una evaluación retrospectiva de la calidad del cuidado sanitario y en su desarrollo se intenta incorporar la evidencia científica con la opinión de expertos. Esto aparece de especial importancia en la atención primaria en que la evidencia respecto a determinadas intervenciones no está siempre disponible o es muchas veces controversial. Se han definido algunas características deseables para dichos criterios (que sean basados en la búsqueda de la evidencia, priorizados de acuerdo a la fuerza de la evidencia y la influencia en los resultados, que sean claros, precisos, cuantificables y finalmente, apropiados a la realidad local)^{44,48} y se han utilizado una serie de metodologías en su desarrollo. Una de dichas metodologías – el método RAND/UCLA – a pesar de sus limitaciones, es uno de los pocos métodos sistemáticos y evaluados meticulosamente para juntar limitada evidencia y opinión de expertos⁴⁹.

Por lo tanto, el presente trabajo pretende avanzar en el desarrollo de esta metodología para la medición de la efectividad o calidad técnica del cuidado de salud en la Atención Primaria chilena.

OBJETIVO

El objetivo del proyecto fue desarrollar y validar un método de evaluación de la calidad técnico-clínica del cuidado de salud en la Atención Primaria chilena.

MÉTODO

Los indicadores se desarrollaron siguiendo la línea de investigación desarrollada por el grupo RAND/UCLA y su “Método de Criterios de Calidad Apropriados para Atención Primaria”^{49,50}. Debido a que existen experiencias previas

que muestran los grandes problemas que pueden surgir de una aplicación directa de criterios desarrollados en otros países a una población y sistema sanitario con diferencias culturales y estructurales, se utilizó una metodología modificada que constó de las siguientes etapas:

1. Selección de las condiciones de salud
2. Revisión de la literatura existente y creación de un set de criterios iniciales.
3. Traducción y retrotraducción de los criterios de revisión.
4. Selección de un panel de expertos.
5. Primera Ronda postal de calificación.
6. Segunda Ronda de calificación con modalidad de encuentro personal.
7. Segunda Ronda postal a panelistas ausentes.
8. Análisis de las calificaciones.
9. Validación local de los indicadores Necesarios.

1. Selección de las condiciones de salud

Los criterios utilizados para su selección fueron su alta relevancia, alta prevalencia, alta discapacidad o morbimortalidad asociada. Las condiciones escogidas fueron: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, Depresión Mayor, Infección Urinaria, Otitis Media Aguda e Infección Respiratoria Alta.

2. Revisión de la literatura existente y creación de un set de criterios de revisión iniciales

Se seleccionó un set de *criterios de revisión* desarrollados por el National Primary Care Research and Development Centre de la Universidad de Manchester, en el Reino Unido y RAND/UCLA en Estados Unidos. Dicho set había sido elaborado de acuerdo a la evidencia disponible en relación al manejo de las condiciones seleccionadas^{50,51}. Paralelamente, se revisó la literatura

existente para actualizar, de ser necesario, alguno de los criterios. En esta etapa, se confeccionó un set de criterios inicial, los que fueron sometidos al proceso de traducción y retrotraducción.

3. Traducción y Retrotraducción

Los criterios escritos en lengua inglesa, fueron traducidos por dos profesionales y luego fueron sometidos a un proceso de retrotraducción. La versión retrotraducida fue comparada con el original para verificar si había distorsión de su significado o interpretación.

4. Selección del Panel de Expertos

Se definió expertos como profesionales médicos que tuvieran experiencia y/o conocimiento cercano de las condiciones en cuestión y con capacidad de análisis crítico de la literatura científica existente. Se invitó a participar a personas con reconocimiento local en las condiciones seleccionadas. Hubo una segunda invitación hasta completar los respectivos paneles de expertos. Así se conformaron tres grupos de panelistas de acuerdo a la siguiente distribución: uno para HTA y DM, otro para Depresión y un tercero para ITU-OMAIRA. Cada grupo estuvo compuesto por 9 profesionales. Se estimó la participación en cada panel, de tres médicos especialistas, tres médicos familiares y tres médicos generales. La invitación se realizó formalmente con una solicitud por escrito, la que fue respondida a través de correo electrónico.

5. Primera Ronda Postal de Calificación

El set de criterios, para cada condición fue enviado a los panelistas por correo convencional o electrónico, en un formato predeterminado (Figura 1). Se adjuntó a este set, la bibliografía correspondiente y una hoja de comentarios generales. Mediante una carta explicativa se solicitó la calificación de los

criterios bajo el concepto de *Apropiado* en una escala ordinal de 1 a 9, donde 1 correspondía a extremadamente inapropiado y 9 a extremadamente apropiado. Se consideró un criterio de revisión "*Apropiado*" si al aplicar lo establecido en él:

"el beneficio esperado en la salud del individuo (por ej. incremento en la expectativa de vida, alivio del dolor, reducción de la ansiedad, mejoría en la capacidad funcional, no necesariamente en orden de importancia) excede las consecuencias negativas esperadas (por ej. mortalidad, morbilidad, ansiedad anticipatoria por el procedimiento, tiempo perdido por el trabajo) por un margen suficientemente amplio".

6. Segunda Ronda de Calificación con encuentro personal "cara-a-cara" entre los panelistas

Una vez obtenido el retorno de todas las calificaciones, se realizó un resumen y distribución para cada criterio, con el fin de mostrar en esta segunda ronda la posición de cada panelista respecto de la distribución del grupo y discutir los resultados de la primera ronda. El formato utilizado para la entrega de la información se muestra en la Figura 2.

En este encuentro se volvió a explicar el concepto de "Apropiado" y se facilitó la discusión en aquellos indicadores que mostraron mayor dispersión en la primera ronda. Se recaló el hecho de que no se buscaba el consenso en la puntuación otorgada a cada criterio y que si se consideraba adecuado, se podía modificar, excluir o incluir algún criterio. Es así como en esta segunda ronda, realizada por separado en cada panel, se modificaron algunos indicadores. Posterior a ello, se volvió a solicitar que calificaran los indicadores modificados según el concepto de "Apropiado" e inmediatamente después según el concepto de "Necesidad". Se consideró un criterio de revisión "*Necesario*", si al aplicar lo establecido en él: "*el bene-*

ARTÍCULO ORIGINAL

1. Todos los adultos > 25 años debieran tener, al menos, una toma de presión arterial (PA), en los últimos 5 años.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Figura 1. Formato calificación criterios de revisión primera ronda postal.

3. Los pacientes con PA > 140/90 debieran tener una nueva medición, en los siguientes 3 meses.							1	1	7
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Figura 2. Formato entrega resultados primera ronda a panelistas. En este formato el criterio N° 3 fue calificado en 9 por siete panelistas, en 8 por un panelista y en 6 por un panelista. La calificación propia (sombreada) fue de 9.

ficie final para el paciente es importante y su no aplicación podría ser indebida y constituir una potencial negligencia en el cuidado de salud". Es decir, el concepto de "Necesidad" es aún más restringido: un criterio puede ser apropiado, pero no necesario, de modo que, si es considerado necesario, su no aplicación debiera ser calificada como una calidad de atención deficiente, ya que es lo indispensable para el buen cuidado de salud de la respectiva condición.

A pesar de que las fechas fueron acordadas con los panelistas, se contó con una baja asistencia a las reuniones de esta segunda ronda. Debido a esto se modificó la metodología con el fin de continuar con el proceso, realizando una Segunda Ronda postal para los panelistas ausentes.

7. Segunda Ronda Postal a panelistas ausentes

Se envió una carta con los elementos analizados y discutidos en el encuentro personal y se les solicitó su nueva calificación, bajo los dos conceptos previamente definidos: *Apropiado* y *Necesario*.

8. Análisis de las calificaciones

Los criterios calificados por los panelistas se clasificaron según su grado de

distribución en la escala de nueve puntos en *Apropiados*, *Inciertos* e *Inapropiados*, de acuerdo a la mediana de los puntajes obtenidos en el panel (región en 7, 8, 9 ó 4, 5, 6 ó 1, 2, 3 respectivamente) y a su grado de dispersión, siguiendo la metodología descrita en el RAND/UCLA Appropriateness Method Manual⁵².

Apropiado: La mediana del panel está en la región más alta (7, 8, 9) sin desacuerdo.

Incierto: La mediana del panel está en la región intermedia (4, 5, 6) o cualquier mediana pero con desacuerdo.

Inapropiado: La mediana del panel está en la región inferior (1, 2, 3) sin desacuerdo.

El desacuerdo se estableció si al menos un panelista calificó un criterio en el tercio inferior (1, 2, 3) y al menos un panelista calificó en el tercio superior (7, 8, 9). Para calificar un criterio de *Necesario* su mediana debía estar en la región más alta (7, 8, 9), sin desacuerdo según definición anterior. Así se obtuvo un set de indicadores necesarios elaborados a través de una metodología sistemática.

9. Validación Local

Se invitó a participar a los centros de salud pertenecientes a las comunas de Puente Alto y La Pintana. Se solicitó a

los Directores de estos centros, que seleccionaran a los profesionales que calificarían los indicadores. Así, cada profesional seleccionado, recibió el set final de indicadores calificados como *Necesarios* por el panel de expertos y se les solicitó que realizaran el mismo proceso de calificación según el concepto de *Necesidad* que fue explicado a través de una carta. De esta forma se obtendría la calificación de quienes directamente otorgan el cuidado de salud para las condiciones seleccionadas.

RESULTADOS

Participantes:

Veintisiete de los 38 panelistas invitados como expertos (71%), aceptaron participar. En la Tabla 1 se muestra la distribución de los profesionales según su condición de médico general, especialista en un área, o especialista en medicina familiar. No siempre se mantuvo la proporción 3: 3: 3. Sin embargo, se mantuvieron 3 especialistas en cada uno de los grupos de patologías.

La participación en la 1° ronda de calificación tomó más tiempo de lo planificado. Se esperaba recibir las respuestas por escrito a las 3 semanas, sin embargo, el proceso tomó cinco meses. Se enviaron recordatorios por escrito, por teléfono y personalmente para rescatar

Tabla 1. Distribución de los panelistas de acuerdo a participación y especialidad

	Médico General	Especialista	Médico Familiar	Total
Invitados	10	14	15	39
Aceptaron	5	9	13	27

Tabla 2. Distribución de las respuestas de acuerdo a tiempo y especialidad

	Médico General	Especialista	Médico Familiar	Total
Sin recordar	1	2	2	5
Post 1º recordatorio	2	3	8	13
Post 2º recordatorio	1	2	2	5
Post 3º recordatorio	1	2	1	4

las calificaciones. La Tabla 2 muestra el proceso de devolución de las calificaciones.

La asistencia a la 2º ronda, con modalidad de encuentro personal "cara-a-cara" para cada uno de los tres grupos de panelistas fue de un 52% (14/27). Por este motivo, como se mencionó anteriormente, se realizó una 2º ronda postal a los panelistas ausentes. La Tabla 3 muestra el número de participantes según modalidad en la 2º ronda.

En el proceso de validación local, se obtuvo una respuesta positiva en 7 de los 10 centros de salud invitados a participar, pero finalmente sólo 5 de ellos enviaron la nómina con los profesionales seleccionados. En este proceso se incluyó a profesionales no médicos (enfermeras) en el panel de HTA y DM.

De los profesionales seleccionados, se debió reemplazar a 5 de ellos, ya que no devolvieron la calificación de los criterios en el plazo estimado. En la Tabla 4 se detalla la composición de cada panel.

Indicadores

Se entregó un total de 61 criterios para calificación, considerando los tres pane-

Tabla 3. Distribución de los participantes en la 2ª Ronda de acuerdo a modalidad y especialidad

	Médico General	Especialista	Médico Familiar
Cara a cara	3	3	8
Postal	2	5 *	5

*En el panel de T. Depresivo, un especialista no completó la 2º Ronda postal y se analizaron los resultados con un total de 8 panelistas.

Tabla 4. Distribución de los participantes en la validación local de acuerdo a condición evaluada y profesión

	Enfermeras	Médicos	Total Panel
HTA- DM	2	7	9
TDM	1	8	9
ITU-IRA-OMA	1	8	9

les. El proceso permitía la modificación, exclusión o adición de algún indicador en el encuentro "cara a cara". Es así como 12 fueron modificados, se adicionaron 9, y se excluyeron otros 3. Algunos de los criterios mantuvieron su redacción, pero fueron separados en dos o más criterios. Al final de la segunda ronda se obtuvieron 80 criterios modificados.

De los 80 criterios del set final, setenta y tres (91%) fueron considerados Apropriados. De éstos, sesenta (82%) fueron calificados como Necesarios. Para cada condición de salud se detallan los porcentajes de criterios apropiados y necesarios en la Tabla 5.

Se sometieron a calificación por los prestadores locales los criterios de revi-

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 5. Distribución de los criterios de revisión de acuerdo a condición y porcentajes de apropiado y necesario

	Inicial	Modificados*	Adicionados	Excluidos	Final 2ª ronda	Apropiados	%	Necesarios	%
HTA	16	5	4	0	33	32	97	26	81
DM	14	3	1	0	15	14	93	13	93
TDM	12	1	1	0	13	12	92	10	83
ITU	10	2	3	1	12	9	75	6	67
IRA	6	1	0	2	4	4	100	3	75
OMA	3	0	0	0	3	2	67	2	100
Total	61	12	9	3	80	73	91	60	82

HTA= Hipertensión arterial, DM= Diabetes mellitas, TDM= Trastorno Depresivo, ITU= Infección del tracto Urinario, IRA= Infección Respiratoria Alta, OMA= Otitis Media Aguda.

*las modificaciones podían implicar el dividir un criterio original en 2 o más criterios finales.

sión considerados necesarios para cada una de las condiciones. La mayoría de ellos fueron también considerados necesarios por los profesionales locales. Los resultados por condición se muestran en la Tabla 6.

DISCUSIÓN

La metodología utilizada (RAND/UCLA) ha sido ampliamente utilizada para desarrollar criterios de revisión para diferentes condiciones de salud en el Reino Unido y en Estados Unidos. Es así como en el año 2002 se publicó un set de indicadores de calidad técnica para la Atención Primaria en el Reino Unido, desarrollados en base a esta metodología⁵¹. Dicho set pudo haber sido sometido al proceso de traducción y retrotraducción, y luego ser aplicado directamente a través de una auditoría de registros clínicos, para obtener una medición de la calidad técnica del cuidado de salud en la Atención Primaria chilena. Sin embargo, considerando las diferencias no sólo de idioma, sino también culturales, estructurales y organizacionales de nuestro sistema sanitario, decidimos realizar un proceso formal de validación de dichos criterios de revisión, lo que se ha documentado en el presente artículo.

Tabla 6. Proporción de los criterios de revisión considerados necesarios por los prestadores locales de acuerdo a la condición evaluada

Condición	Criterios necesarios según panel de expertos	Criterios necesarios según prestadores locales	%
HTA	26	25	96
DM	13	12	92
TDM	10	10	100
ITU	6	5	100
IRA	3	1	33
OMA	2	0	0

El proceso resultó complejo y lento, con dificultades iniciales para la selección y conformación de los paneles de revisores. La heterogeneidad en las habilidades para la evaluación de la literatura científica de los revisores fue otro factor que contribuyó a la complejidad y lentitud del proceso. Debe considerarse que en nuestro país no existen en la actualidad instancias formales de capacitación en relación a la evaluación crítica de la literatura científica, situación que sólo en los últimos años ha venido abordándose a través de la formación de los especialistas en esta área durante su entrenamiento de post-título. Asimismo, debe mencionarse que los panelistas participaron en forma volun-

taria, sin recibir ningún incentivo financiero directo (pago) o indirecto (tiempo protegido). Si bien esto puede considerarse positivo en términos del sesgo que puede provocar el auspicio de instituciones específicas, por otro lado, contribuyó a la demora en las distintas etapas del proceso de revisión que debió ser recalendarizado en múltiples oportunidades para acomodar las disponibilidades horarias de los participantes. La importancia del factor tiempo se relaciona con la actualización de la evidencia que sustenta el desarrollo de los criterios, dado que si el proceso tardó alrededor de un año algunos de los criterios pudieran estar obsoletos al momento de ser aplicados. Es por ello,

que deberán establecerse mecanismos de actualización periódica que permitan incorporar nueva evidencia respecto a criterios de revisión específicos.

La modificación realizada a la segunda ronda (parte de los panelistas la realizaron a través del correo y no cara-a-cara) pudo haber generado diferencias en la calificación de los criterios al no contar con los argumentos de los otros panelistas, que es uno de los elementos que diferencian a esta metodología del clásico método Delphi. Sin embargo, creemos que es difícil establecer el grado de diferencia que esto significó en las evaluaciones finales y es un tema que se explorará en las fases siguientes del Proyecto.

La evaluación final de los criterios por aquellos profesionales directamente involucrados en la prestación de los servicios en Atención Primaria, permitió evaluar ciertos aspectos de la validez del set de criterios así como su aplicabilidad práctica. La gran mayoría de aquellos considerados necesarios por los panelistas lo fue también por los evaluadores locales (especialmente en las condiciones crónicas), lo que indica cierto grado de validez del set evaluado. Su aplicabilidad está siendo explorada en forma más detallada a través de su aplicación formal (auditoría de registros clínicos) en una muestra de organizaciones de Atención Primaria.

Nuestro proyecto sólo adaptó y validó un set reducido de indicadores relacionados con seis condiciones de relevancia en la Atención Primaria chilena, pero que probablemente representan un limitado número de los encuentros clínicos que a diario se desarrollan en dicho nivel de atención. Es por ello, que nuestros resultados no son generalizables ni a todo el ámbito de organizaciones de Atención Primaria ni menos aún a todas las condiciones diagnosticadas y manejadas por los profesionales en dichas organizaciones. Sin embargo, creemos

representa un punto de partida desde dónde iniciar procesos de adaptación y validación de indicadores para la medición de la calidad técnica del cuidado que se está otorgando a nuestros pacientes, así como para avanzar en el diseño de estrategias de mejoramiento de dicha calidad.

CONCLUSIONES

Hemos adaptado y avanzado en la validación de un método para la medición de la calidad técnica del cuidado de salud en la Atención Primaria chilena. Dicho desarrollo se enmarca dentro del marco conceptual definido en la introducción, que considera la calidad del cuidado como un concepto multidimensional que puede ser "reducido" a dos componentes: acceso y efectividad. A su vez, la efectividad puede ser considerada desde una perspectiva técnica y desde otra interpersonal¹.

Nuestra propuesta sólo representa la etapa inicial de un proceso más largo que pretende validar indicadores de calidad para la mayoría de las condiciones diagnosticadas y manejadas en la Atención Primaria chilena. Dicho proceso implicará revisiones periódicas de la evidencia científica que sustenta las diferentes intervenciones en relación a las cuáles se han definido los indicadores, así como procesos de validación y aplicación de los indicadores similares a los descritos en este informe. Asimismo, será necesario considerar las otras dimensiones complementarias de la calidad a través de la evaluación del acceso y efectividad interpersonal a través de métodos validados y evaluados adecuadamente. Sólo a través de este tipo de mediciones e intervenciones sistemáticas será posible ofrecer a nuestros pacientes en el mediano plazo un cuidado sanitario que mejore los resultados en salud relevantes para los diferentes grupos de interés de nuestra sociedad.

AGRADECIMIENTOS

El equipo del Proyecto agradece la participación de todos los médicos que formaron parte de los grupos de expertos y de los profesionales de los centros de salud que evaluaron el set final de criterios de revisión. Sin su desinteresada ayuda y tiempo la realización de este estudio no hubiera sido posible.

REFERENCIAS

- 1.- CAMPBELL S M, ROLAND M O, BUETOW S A. Defining quality of care. *Social Science and Medicine* 2000; 51: 1611-25.
- 2.- ROLAND M. General practice in an age of measurement (editorial). *Br J Gen Pract* 2001; (August): 611-2.
- 3.- BERWICK D M. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern Med* 1998; 128: 651-6.
- 4.- UKOUMUNNE O C, GULLIFORD M C, CHINN S, STERNE J A C, BURNEY P G J, DONNER A. Evaluation of health interventions at area and organisation level. *BMJ* 1999; 319: 376-9.
- 5.- FULOP N, ALLEN P, CLARKE A, BLACK N. Studying the organisation and delivery of health services. London: Routledge; 2001.
- 6.- SCHUSTER M A, MCGLYNN E A, BROOK R H. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998; 76: 517-63.
- 7.- FEDER G, GRIFFITHS C, HIGHTON C, ELDRIDGE S, SPENCE M, SOUTHGATE L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomised controlled trial in general practices in East London. *BMJ* 1995; 311: 1473-8.
- 8.- SEDDON M E, MARSHALL M N, CAMPBELL S M, ROLAND M O. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care* 2001; 10 (3): 152-8.
- 9.- ROLAND M O, HOLDEN J, CAMP-

- BELLS M. Quality Assessment for General Practice. Supporting clinical governance in Primary Care Groups. 1998. Manchester, National Primary Care Research & Development Centre, University of Manchester.
- 10.- HIMMELSTEIN D U, WOOLHANDLER S, HELLANDER I, WOLFE S M. Quality of care in Investor-owned vs Not-for-profit HMOs. *JAMA* 1999; 282 (2): 159-63.
- 11.- CAMPBELL S M, HANN M, HACKER J, BURNS C, OLIVER D, THAPAR A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323: 784-7.
- 12.- CHASSIN M R, GALVIN R W, the National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. *JAMA* 1998; 280: 1000-5.
- 13.- SCALLY G, DONALDSON L J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317: 61-5.
- 14.- DEPARTMENT OF HEALTH. A First Class Service: quality in the new NHS. 1998. London, Secretary of State for Health.
- 15.- COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA IOM. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. 2001. Washington, National Academy Press.
- 16.- DONABEDIAN A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. *Science* 1978; 200: 856-64.
- 17.- DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
- 18.- DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 19.- MAXWELL R J. Quality assessment in health. *BMJ* 1984; 288: 1470-2.
- 20.- MAXWELL R J. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care* 1992; 1: 171-7.
- 21.- BLUMENTHAL D. Part 1: Quality of care - what is it? *New England Journal of Medicine* 1996; 335 (12): 891-4.
- 22.- BROOK R H, MCGLYNN E A, CLEARY P D. Part 2: Measuring quality of care. *New England Journal of Medicine* 1996; 335 (13): 966-70.
- 23.- STARFIELD B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 303-9.
- 24.- STARFIELD B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- 25.- BUETOW S A. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Social Science and Medicine* 1995; 40 (2): 213-21.
- 26.- JUNG H P, WENSING M, GROL R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 805-9.
- 27.- CAMPBELL S M, ROLAND M O, QUAYLE J A, BUETOW S A, SHEKELLE P G. Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *Journal of Public Health Medicine* 1998; 20 (4): 414-21.
- 28.- WENSING M, GROL R, VAN MONTFORT P, SMITS A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Quality in Health Care* 1996; 5: 73-80.
- 29.- WENSING M, MAINZ J, FERREIRA P, HEARNshaw H, HJORTDAHL P, OLESEN F et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy* 1998; 45: 175-86.
- 30.- WENSING M, JUNG HP, MAINZ J, OLESEN F, GROL R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Social Science and Medicine* 1998; 47 (10): 1573-88.
- 31.- GROL R, WENSING M, MAINZ J, FERREIRA P, HEARNshaw H, HJORTDAHL P et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999; 16 (1): 4-11.
- 32.- GIUFFRIDA A, GRAVELLE H, ROLAND M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319: 94-8.
- 33.- DAVIES H T O, CROMBIE I K. Interpreting health outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1997; 3: 187-99.
- 34.- SAFRAN D G, TAIRA D A, ROGERS W H, KOSINSKI M M A, WARE J E, TARLOV A R. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47 (3): 213-20.
- 35.- PANTOJA T. La evaluación de los Centros de Salud Familiar. *Revista Chilena Medicina Familiar* 2001; 2 (8): 17-20.
- 36.- PANTOJA T, ATUN R. Performance Management in health care: the case of CESFAM in Chilean Primary Care (draft document). 2000. London.
- 37.- CAMPBELL S M, ROLAND M O, SHEKELLE P G, CANTRILL J A, BUETOW S A, CRAGG D K. Development of review criteria for assessing the quality of management of stable angina, adult asthma, and non-insulin dependent diabetes mellitus in general practice. *Quality in Health Care* 1999; 8: 6-15.
- 38.- ROLAND M. Quality and efficiency: enemies or partners? *Br J Gen Pract* 1999; 49: 140-3.
- 39.- MULLEY A G, EAGLE K A. What is inappropriate care? (editorial). *JAMA* 1988; 260 (4): 540-1.
- 40.- JOHNSON N. Feasibility of developing and selecting criteria for the assessment of clinical performance. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 499-502.
- 41.- PHELPS C E. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *New England Journal of Medicine* 1993; 329 (17): 1241-5.
- 42.- BLACK N. Appropriateness studies (letters). *New England Journal of Medicine* 1994; 330 (6): 432-4.

- 43.- BROOK R H. Appropriateness: the next frontier (editorial). *BMJ* 1994; 308: 218-9.
- 44.- BAKER R, FRASER R C. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. *BMJ* 1995; 311: 370-3.
- 45.- LAKHANI M, BAKER R, FRASER R C. Systematic methods must be used to develop review criteria (letter). *BMJ* 1996; 312: 185.
- 46.- HEARNshaw H, HARKER R, CHEATER F, BAKER R, GRIMSHAW G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technol Assess* 2002; 6 (1).
- 47.- INSTITUTE OF MEDICINE (FIELD M J & LOHR K N eds). *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Washington DC: National Academy Press; 1992.
- 48.- HEARNshaw H M, HARKER R M, CHEATER F M, BAKER R H, GRIMSHAW G M. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Quality in Health Care* 2001; 10: 173-8.
- 49.- BROOK R H, CHASSIN M R, FINK A, SOLOMON D H, KOSECOFF J, PARK R E. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1986; 2: 53-63.
- 50.- MARSHALL M N, ROLAND M O, CAMPBELL S M, KIRK S, REEVES D, BROOK R H et al. *Measuring general practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators*. 2003. London, The Nuffield Trust.
- 51.- MARSHALL M N, CAMPBELL S M, HACKER J, ROLAND M O. *Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers*. London: The Royal Society of Medicine Press Limited; 2002.
- 52.- BROOK R H, GOMPert D C. *The RAND/UCLA Appropriateness Method Manual*. 2000.