Prospects for comparing European hospitals in terms of quality and safety: lessons from a comparative study in five countries

Perspectivas para comparar hospitales europeos en términos de calidad y seguridad: lecciones de un estudio comparativo en cinco países

BURNETT SUSAN, RENZ ANNA, WIIG SIRI, FERNANDES ALEXANDRA, WEGGELAAR ANNE, CALLOTORP JOHAN, ANDERSON JANET, ROBERT GLENN, VINCENT CHARLES, FULOP NAOMI

Int J Qual Health Care 25: 1–7

Objetivo. Poder comparar hospitales en términos de calidad y seguridad entre los países es importante por varias razones. Por ejemplo, la directiva de la Unión Europea del 2011 sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza supone una exigencia a todos los Estados miembros de proporcionar a los pacientes información comparable sobre la calidad de la asistencia sanitaria para que puedan tomar una decisión informada. En este trabajo se informa sobre la viabilidad de utilizar indicadores comunes de proceso y de resultado para comparar la calidad y seguridad de los hospitales en cinco países (Inglaterra, Portugal, Países Bajos, Suecia y Noruega).

Principales resultados. La comparación entre países identificó los siguientes siete retos con respecto a la comparación de la calidad de los hospitales en Europa: en cada país se recogen diferentes indicadores, se utilizan diferentes definiciones de los mismos indicadores; están establecidos diferentes requisitos en la recogida de datos obligatorios versus voluntarios, diferentes estilos de la supervisión de la recogida de datos, existen diferentes niveles de agregación de datos (país, región, hospital), existen diferentes niveles de acceso público a los datos y, por último, la acreditación y los sistemas de concesión de licencias de los hospitales son diferentes en cada país.

Conclusiones. Nuestros resultados indican que si los pacientes y los responsables políticos tienen que comparar la calidad y seguridad de los hospitales en Europa, es urgente seguir trabajando para acordar el camino a seguir. Hasta entonces, los pacientes no podrán tomar decisiones informadas acerca de la asistencia sanitaria que reciban en los diferentes países y algunos gobiernos permanecerán en la oscuridad en relación a la calidad y seguridad de la atención disponible para sus ciudadanos en comparación a la de los países vecinos.

Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism

Continuando con las diferencias entre las actitudes de las profesiones de salud: la saga de lograr sistemas interprofesionales

BRAITHWAITE JEFFREY, WESTBROOK MARÍA, NUGUS PEDRO, GREENFIELD DAVID, TRAVAGLIA JOANNE, RUNCIMAN BILL, FOXWELL RUTH, BOYCE ROSALIE, DEVINNEY TIMOTHY, WESTBROOK JI

Int J Qual Health Care 25: 8–15

Objetivo. Comparar las actitudes cuatro grupos profesiones de salud hacia la colaboración interprofesional (CIP) y su evaluación de un programa destinado a mejorar la colaboración interprofesional (IPC, interprofesional collaboration) a través del sistema de salud.

Diseño. Cuestionario.

Ajuste. Servicios de salud del territorio Australiano

Participantes. Muestra de profesionales médicos (38), de enfermería (198), otros profesionales de la salud (152) y personal administrativo (30).

Intervenciones. Un proyecto de investigación de acción de cuatro años para mejorar la IPC.

Principales medidas de resultado. Cuestionario de evaluación del proyecto y las respuestas a las actitudes hacia los equipos de salud y las escalas RIPLS.

Resultados. Se observaron diferencias profesionales significativas en el 90% de los ítems de evaluación. Los médicos eran los menos probables y el personal administrativo los más probables en estar de acuerdo que los objetivos del proyecto se habían cumplido. Las enfermeras hicieron evaluaciones más favorables de las que hicieron otros. Los médicos hicieron las evaluaciones más negativas,
los profesionales de salud las calificaciones más neutras. Algunos de los objetivos que se han logrado mejor fueron la mejora de intercambio interprofesional del conocimiento, trabajo en equipo y el cuidado del paciente. Las menos logradas fueron reducción de la rivalidad interprofesional y una mejor confianza y comunicación. Promedio de evaluación de los objetivos individuales se estuvo de acuerdo (31,9%), neutro (56,9%) y en desacuerdo (11,2%). En las dos escalas de actitudes, los otros profesionales de salud apoyan más la CIP seguido de las enfermeras, los administradores y los médicos.

**Conclusiones.** Si bien las actitudes generales hacia la CIP fueron favorables sólo un tercio de los participantes afirmaron que los objetivos del proyecto se lograron lo que indica las dificultades de aplicar cambios en el sistema. Los perfiles de respuesta de las profesiones fueron diferentes. Al igual que en la investigación previa, los médicos fueron menos propensos a tener actitudes favorables hacia o aprobar beneficios de las intervenciones sociales o estructurales en la asistencia sanitaria.

### The Incidence of Adverse Events among Home Care Patients

**La incidencia de eventos adversos entre los pacientes de atención domiciliaria**

SEARS NANCY, BAKER ROSS, BARNSLEY JAN, SHORTT SAM

*Int J Qual Health Care* **25**: 16–28

**Objetivo.** Estimar la incidencia de Eventos Adversos (AEs, adverse events) y el índice de preventibilidad entre los pacientes de atención domiciliaria e identificar factores de riesgo, tipos de AE y factores asociados con los AEs.

**Diseño.** Este estudio utilizó una muestra aleatoria estratificada de pacientes de atención domiciliaria dados de alta en el año fiscal 2004/05. Enfermeras formadas para hacer las evaluaciones completaron los datos extraídos de las historias clínicas; las historias clínicas de los casos que cumplieron los criterios de selección que sugerían la presencia de AEs fueron revisadas por médicos formados para determinar la presencia y la preventibilidad de los AEs.

**Ámbito.** Tres programas públicos de atención domiciliaria de Ontario, Canadá.

**Principales medidas de resultado.** Prevalencia y tipos de AEs; índices de preventibilidad.

**Resultados.** Al menos 1 criterio de selección fue identificado en 286 (66,5%) de 430 casos. Los médicos revisaron 61 AEs identificados en 55 (19.2%) de 286 (12,8%) de 430 casos. La tasa de AE fue de 13,2 por cada 100 casos de atención domiciliaria (IC 95%: 10,4%-16,6%; EE: 1,6%).

El 32,7% (20 EA de 61) de los AEs fueron clasificados como que tenían más de un 50% de probabilidad de ser prevenibles; se observaron 6 muertes (10,9% de pacientes con AE; 1,4% del total de pacientes) sobre los pacientes con AE. Los AE más frecuentes fueron las caídas y los relacionados con la medicación.

**Conclusiones.** La atención de la salud a través de programas de atención domiciliaria crea daño involuntario a los pacientes. La tasa de incidencia de AEs del 13,2% sugiere un número importante de pacientes atendidos en el domicilio que experimentan AEs; una tercera parte de los cuales se podrían considerar prevenibles. Las mejoras en la educación de los pacientes y de los cuidadores informales, el desarrollo de habilidades y una planificación clínica podrían ser intervenciones útiles para reducir los AEs.

### Una exploración cualitativa de las actitudes de los pacientes respecto al video de seguridad del paciente "Participar Informar Percatarse Saber" (PINK, participate, inform, notice, know)

**PINTO ANNA, VINCENT CHARLES, DARZI ARA, DAVIS RACHEL**

*Int J Qual Health Care* **25**: 29–34

**Objetivo.** Explorar las actitudes de los pacientes respecto al material audiovisual PINK; se trata de un material educativo que tiene como objetivo fomentar la implicación de los pacientes hospitalarios, incidiendo en los comportamientos relacionados con la mejora de la seguridad.

**Diseño.** Entrevistas cualitativas semiestructuradas, en las que se tomaron notas de campo detalladas, que se analizaron mediante el análisis de contenidos.

**Emplazamiento.** Un hospital universitario del Sistema Nacional de Salud (NHS) con sede en Londres, Reino Unido.

**Participantes.** 36 pacientes hospitalarios de edades comprendidas entre 20 y 79 años; 18 hombres.

**Intervención.** El material audiovisual PINK es un corto animado con finalidad educativa, que pretende estimular a los pacientes para que participen en la seguridad de su cuidado durante el proceso de hospitalización.

**Principales medidas tipo outcome.** Percepción de los pacientes sobre cuán informativo, relevante y aceptable es el video; actitudes hacia la participación en los comportamientos recomendados relacionados con la...
seguir; y posibles efectos secundarios negativos derivados del visionado del video.

**Resultados.** En general, el video tuvo una aceptación favorable entre los entrevistados. Los beneficios que más comúnmente se identificaban eran la sensibilización y el facilitar a los pacientes la participación en su cuidado durante su estancia en el hospital. Se identificó mayor variabilidad en la opinión de los participantes respecto a la función del video como herramienta de mejora de la seguridad del paciente. Se sugirieron una serie de ideas de mejora del video, en relación con la adaptación del contenido y el diseño para satisfacer las necesidades y circunstancias de diferentes tipos de pacientes.

**Conclusiones.** Videos educativos como PINK tienen un potencial significativo para empoderar a los pacientes en materia de seguridad y calidad de la atención. Sin embargo, los esfuerzos para implementar la utilización práctica de material audiovisual educativo de seguridad del paciente deben tener en consideración las necesidades y características de los diferentes grupos de pacientes, en vez de adoptar la estrategia de un único material para todo tipo de pacientes.

**The Effect of a Workflow-Based Response System on Hospital-wide Voluntary Incident Reporting Rates**

**El efecto de un sistema de respuesta basado en un flujo de trabajo, en las tasas de notificación voluntaria de incidentes de todo el hospital**

**WANG SZUCHANG, LI YING-CHUN, HUANG HUNG-CHI**

*Int J Qual Health Care 25: 35-42.*

**Antecedentes.** Los sistemas de notificación de incidentes en el hospital suelen ser evaluados por su beneficio teórico para el hospital o sólo por el aumento de tasas de notificación.

**Objetivo.** Evaluar un sistema de respuesta basado en un flujo de trabajo en las tasas de notificación de incidentes del personal.

**Diseño, escenario y participantes.** Estudio de cohortes prospectivo de los informes de incidentes realizados por el personal antes (2006-2007) y después (2008-2009) de la implementación de un sistema iniciado el 1 de enero de 2008 en un centro médico en el sur de Taiwán. Los datos pre-sistema y post-sistema se basaron en 713 129 y 730 176 días de estancia y 160 692 y 168 850 visitas al servicio de urgencias.

**Intervención.** La incorporación de un sistema de respuesta basado en un flujo de trabajo a un sistema de procesamiento de notificación de informes de incidentes y las respuestas intra-hospitalarias.

**Principales medidas de resultados.** Tasas de notificación voluntaria de incidentes y la distribución de la gravedad del incidente.

**Resultados.** Informes de pacientes hospitalizados (9,9 frente a 28,8 por 10 000 días-paciente; RR: 2.9, IC 95% :27-3.2, p <0,001) y los informes de los servicios de urgencias (5,9 frente a 19,2 por 10 000 visitas; RR: 3,3, 95% CI :2.6-4 0.1, p <0,001) aumentaron significativamente, sobre todo en los médicos en las áreas de hospitalización (RR: 2.7, IC 95% :1.8-4 0.1, p <0,001), las enfermeras de urgencias (RR: 9,4, IC 95%: 6.1-14.4, p <0,001), y otros profesionales sanitarios en las áreas de hospitalización (RR: 2.2, IC 95% :1.8-2 0.6, p <0,001).

Los incidentes informados post-sistema se distribuyeron más uniformemente entre cinco niveles de gravedad que los incidentes pre-sistema, moviéndose más hacia el nivel muy grave (RR: 17,6, IC 95% :8.4-37 0.0, p <0,001) y ningún nivel de daños (RR: 6,2, IC 95% :4.5-8 0.7, p <0,001).

**Conclusión.** La incorporación de un sistema de respuesta basado en el flujo de trabajo en el sistema de notificación de incidentes del hospital aumentó significativamente las tasas de notificación voluntaria de incidentes de todo el hospital en todos los niveles de incidencia de lesiones.

**Reduction in Catheter-Associated Urinary Tract Infections by Bundling Interventions**

**Reducción de infecciones asociadas a catéter urinario a través de un paquete de intervenciones**

**CLARKE KAREN**

*Int J Qual Health Care 25: 43-49.*

**Objetivo.** Las infecciones del tracto urinario (UTIs, urinary track infections) son el tipo más común de infección adquirida en el hospital, y la mayoría están asociadas a catéteres urinarios permanentes. (CAUTIs, catheter associated urinari track infections). La reducción de CAUTI fue nuestro objetivo.

**Ámbito/Intervenciones.** Se examinó la viabilidad y el costo efectividad de un conjunto de cuatro intervenciones basadas en la evidencia sobre la tasa de incidencia de CAUTI en un hospital de comunidad durante un período de 19 meses. La primera intervención fue el uso exclusivo de sondas recubiertas con aleación de plata en las áreas de agudos del hospital. La segunda intervención fue un dispositivo de fijación para limitar el movimiento del catéter después de la inserción. La tercera intervención fue reposicionar la tubuladura del catéter si se la encontró...
tocando el suelo. La cuarta intervención fue retirar el catéter duran
te el postoperatorio en el día 1 o 2, para la mayoría de los pacientes quirúrgicos.

**Principales medidas de resultado.** Tasas de CAUTI /1000 días de catéter calculadas utilizando la distribución de Poisson.

**Resultados.** Durante el período de estudio, 33 de los 2228 pacientes fueron diagnosticados con un CAUTI. La incidencia de CAUTI para la evaluación basal a los 3 meses y la posterior a los 2 meses –período preinclusion– fueron 5.2/1000 y 6.5/1000 días de catéter, respectivamente. Luego de los 7 meses de aplicación de la cuarta intervención, la incidencia fue de 1.5/1000 días de catéter, mostrando una reducción significativa con respecto al periodo de preinclusion (p = 0.009). La proyección anualizada del costo de la aplicación de este conjunto de cuatro intervenciones es U$23,924.

**Conclusión.** Un paquete de cuatro intervenciones basadas en la evidencia redujo la incidencia de CAUTI un 71 por ciento en un hospital de la comunidad. Es relativamente simple, parece ser rentable, y podría ser sostenible y adaptable a otros hospitales.

**Human factors in clinical handover: development and testing of a ‘Handover Performance Tool’ for doctors’ shift handovers**

**Factores humanos en el traspaso de información clínica: desarrollo y prueba de una “herramienta de desempeño en el traspaso de información clínica” durante los pases de guardia de los médicos**

**De los estudios de atención coordinada a la población local del Medicare: ¿qué diferencia hace cambiar el estímulo de una política de eficiencia a una de calidad en la coordinación de la atención?**

GARDNER KAREN, YEN LAURANN, BANFIELD MICHELLE, GILLESPIE JAMES, MCRAE IAN, WELLS ROBERT

*Int J Qual Health Care* **25**: 50–57

La planificación de la atención, puesta en común de fondos y compras sigue siendo importantes factores de coordinación. La evidencia sugiere que estrategias financieras pueden ser utilizadas para impulsar mejoras para grupos de pacientes en particular, pero no es probable que puedan mejorarse los resultados sin estar vinculadas a estrategias clínicas que apoyen la coordinación a través de trabajo en equipo multidisciplinario, sistemas de información, gestión de enfermedades y auditoría y retroalimentación. Estrategias organizacionales a nivel meso podría alinear los distintos elementos para mejorar la coordinación.

El cambio del incentivo de las políticas ha reenfocado la investigación y la política en las últimas dos décadas a partir de una concentración en la eficiencia asignativa para lograr calidad y valor por dinero. La investigación aún está por desarrollar enfoques teóricos que puedan hacer frente a las consecuencias de la evaluación de la efectividad. Más esfuerzos deben identificar mecanismos de intervención, relaciones plausibles entre estos y sus resultados medibles y componentes de contextos que apoyen el surgimiento de atributos de intervenciones.
Participantes. 30 expertos en factores humanos participaron en la fase de desarrollo. A 62 médicos de diferentes disciplinas se les pidió validar la herramienta.

Principales medidas de resultados. desarrollo de ítems, validez y la fiabilidad de la HPT.

Resultados. La herramienta desarrollada está compuesta por 25 ítems. La comunicación, el trabajo en equipo y el conocimiento de la situación explicaron la variación en la calificación de calidad de los médicos en un 55,5%, 47,2% y 39,6% respectivamente. La consistencia interna y fiabilidad entre los evaluadores de la HPT fueron buenas (Alfa de Cronbach = 0,77 y correlación entre clases = 0,817).

Conclusiones. La comunicación determinó la mayoría de calidad en el traspaso de información clínica. El trabajo en equipo y el conocimiento de la situación también proporcionaron una contribución independiente a la calificación de la calidad total. El HPT ha demostrado una buena validez y fiabilidad proporcionando evidencia de que puede ser fácilmente utilizada por los evaluadores de distintos perfiles y en varios entornos clínicos. La HPT puede utilizarse para evaluar sistemáticamente la calidad del traspaso de información clínica de los médicos, así como herramienta de aprendizaje en las escuelas de medicina o en programas de Desarrollo Profesional Continuo (CPD, Continuing Professional Development) para autoevaluación de la práctica.

Calidad y Seguridad en el alta hospitalaria: un estudio basado en experiencias y percepciones de pacientes, familiares y personal sanitario

HESSELINK GIJS, SCHOOINHOVEN LISETTE, PLAS MARIEKE, WOLLERSHEIM HUB, VERNOOIJ-DASSEN MYRA

Int J Qual Health Care 25: 66–74

Objetivos. Identificar barreras experimentadas y percibidas por parte de médicos, enfermeras, pacientes y familiares al alta.

Diseño. Desarrollamos cuestionarios basados en entrevistas a grupos focales con personal sanitario del ámbito hospitalario y atención comunitaria. Se realizó una encuesta a pacientes, familiares y a sus enfermeras y médicos del ámbito hospitalario y atención comunitaria.

Ámbito. Un hospital universitario y su área de atención comunitaria en Los Países Bajos.

Participantes. Participaron en el grupo focal y entrevistas individuales treinta profesionales sanitarios y ocho pacientes y/o familiares. Los cuestionarios fueron contestados por parte de 344 profesionales sanitarios y 206 pacientes y familiares.

Resultados. La información proporcionada por parte del hospital a atención comunitaria es, a menudo, incompleta, poco clara y llega con retraso. En particular, médicos del hospital (52.4%) y médicos de familia (General Practitioners, GP, 62.7%), se encuentran con que la calidad de la información intercambiada por parte del hospital al GP es deficiente. La coordinación de la atención a menudo fracasa por falta de conocimiento y colaboración de los profesionales sanitarios. Tanto médicos del hospital (47.4%) como GP (71.4%) perciben que los médicos del hospital, a menudo desconocen la situación del paciente en su casa. El 59.4% y 80.6% respectivamente, se encuentran que, con frecuencia, no se informa al GP con claridad sobre las actividades previstas ni responsabilidades al alta.

Conclusiones. Se trata del primer estudio que proporciona una visión clara sobre las experiencias y percepciones de los proveedores de salud en relación a la transferencia de información al alta. La falta de conocimiento, comprensión e interés entre proveedores de salud del ámbito hospitalario y atención comunitaria son causas importantes de altas ineffectivas e inseguras. El estudio sugiere que los esfuerzos para la mejora deberían ir más dirigidos a estos aspectos, que son condiciones básicas para la mejora del alta hospitalaria.

Desarrollo de indicadores de Calidad de la atención en Salud Mental: Hacia un marco común

FISHER C.E., SPAETH-RUBLEE B., PINCUS H.

Int J Qual Health Care 25: 75–80

Objetivo. Los sistemas de medición desiguales obstaculizan los intentos de realizar comparaciones internacionales sobre la Calidad de la atención en salud mental. Este informe describe un proyecto llevado a cabo por un grupo colaborativo internacional que tiene como objetivo desarrollar un marco común de medición que permita comparaciones internacionales del funcionamiento del sistema de salud mental.

Diseño. Los representantes de cada país presentaron informes de las iniciativas de medición de la calidad en materia de salud mental. Los indicadores fueron revisados y todos los indicadores medibles fueron compilados y organizados.

Muestra. Veintinueve programas de 11 países y dos programas transnacionales presentaron informes.
Métodos. Los indicadores se evaluaron de acuerdo a criterios de inclusión medibles.

Resultados. Estos métodos produjeron 656 medidas totales, que fueron organizadas en 17 ámbitos y 80 subámbitos.

Conclusiones. Ningún programa incluyó indicadores en todos los ámbitos, destacando la necesidad de un esquema global y compartido para la medición internacional. Mediante la recopilación y organización de medidas a través de una recopilación inductiva de los programas existentes, el presente estudio ha generado una base de máximos inclusiva para la creación de un marco común de indicadores de calidad en salud mental internacionales.

Application of the analytic hierarchy process in the performance measurement of colorectal cancer care for the design of a pay-for-performance program in Taiwan

Aplicación del proceso analítico jerárquico en la medición de la práctica de la atención del cáncer colorrectal para el diseño de un programa de remuneración basada en el desempeño en Taiwan

CHANG YUN-JAU, CHEN LI-JU, CHUNG KUO-PIAO, CHANG YAO-JEN

Objetivo. Priorizar medidas de la práctica de la atención sanitaria del cáncer colorrectal para facilitar la implementación de un sistema de remuneración basado en el desempeño.

Diseño. Encuestas.

Ámbito. Hospitales generales de Taiwan.

Participantes. Sesenta y seis médicos evaluados desde el 5 de noviembre de 2009 hasta el 10 de diciembre de 2009.

Intervención. Proceso analítico jerárquico (AHP, analytical hierarchy process).

Principales medidas de resultado. Se usaron medidas de la práctica (dos antes del tratamiento, seis relacionadas con el tratamiento y tres relacionadas con el seguimiento).

Resultados. Cuarenta y cuatro médicos respondieron y devolvieron los cuestionarios (72,7% de tasa de respuesta) con igualdad de participación de cirujanos y médicos. La medida más importante fue la proporción de pacientes que fueron evaluados antes de la intervención quirúrgica mediante chequeo por rayos X y ultrasonidos abdominales, tomografía computerizada o resonancia magnética (prioridad global: 0,144), seguido por la proporción de pacientes con cáncer colorrectal con etapa I a III que habían sido sometidos a una resección quirúrgica amplia documentada como “margen negativo” (prioridad global: 0,133) y la proporción de pacientes con cáncer colorrectal que fueron sometidos a cirugía con un informe de anatomía patológica que incluye información sobre el tamaño del tumor y la diferenciación de nodo (prioridad global: 0,116).

La mayoría de los participantes consideraron que el mejor intervalo para los indicadores de renovación es de 3 a 5 años (43,75%), seguido de 5 a 10 años (27,08%).

Conclusiones. Para diseñar un programa de pago por desempeño, el método AHP es una técnica útil para dar prioridad a las medidas de la práctica, sobre todo en un ámbito altamente especializado como el tratamiento del cáncer colorrectal.

Development of the Chinese Primary Care Assessment Tool: Data Quality and Measurement Properties

Desarrollo de la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria en China: Calidad de los datos y propiedades de medición

YANG HUI, SHI LEIYU, LEBRUN LYDIE, ZHOU XIAOFEI, LIU JIYANG, WANG HAO

Objetivo. El objetivo de este estudio fue traducir y adaptar la herramienta de evaluación de atención primaria para evaluar las percepciones sobre la calidad de la atención primaria en pacientes en China y examinar las propiedades psicométricas de la versión china (PCAT-C) de esta herramienta.

Diseño. Estudio descriptivo transversal para evaluar la validez y fiabilidad de PCAT-C utilizando técnicas psicométricas.

Ámbito. Departamentos ambulatorios de cinco hospitales a nivel estatal, provincial y cuatro a nivel municipal, así como nueve centros de salud comunitarios en Changsha, China.

Participantes. 2.532 pacientes que visitan proveedores de atención primaria.

Resultados. El PCAT-C fue aceptable para los pacientes, como lo demuestra una baja proporción de datos en blanco y una amplia distribución de los resultados. Dos preguntas fueron eliminadas tras un análisis de componentes principales y pruebas de fiabilidad. El análisis de componentes principales extraajo 8 escalas de múltiples
preguntas y una escala de una sola pregunta. Las escalas de múltiples preguntas tuvieron una consistencia interna razonable y alta correlación pregunta-escala.

**Conclusiones.** Este estudio representa el primer intento de construir un instrumento para la evaluación de reportes por parte de los pacientes sobre la calidad de la atención primaria, aplicable al contexto chino. La evaluación psicométrica indicó que el PCAT-C es un instrumento útil para evaluar los atributos básicos de la atención primaria en China.