



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Buenas Prácticas en la Seguridad Social

Buena práctica implementada desde: 2017

Análisis de calidad comparativo de instituciones de rehabilitación realizado por instituciones de la seguridad social: procedimiento de aseguramiento de calidad externo en el ámbito de la rehabilitación en centros hospitalarios o centros externos tras lesiones musculoesqueléticas

Un caso del Seguro Social Alemán de Accidentes de Trabajo para el sector administrativo (VBG)

Seguro Social Alemán de Accidentes de Trabajo
Alemania

Resumen

El objetivo del procedimiento de “Análisis de calidad comparativo” (ACC) del Seguro Social Alemán de Accidentes de Trabajo para el sector administrativo (Verwaltungs-Berufsgenossenschaft – VBG) es el aseguramiento de calidad externo de instituciones de rehabilitación en el ámbito de la rehabilitación médica. Se caracteriza por un enfoque longitudinal desde múltiples perspectivas: El análisis se basa en datos objetivos y subjetivos recopilados durante el proceso de rehabilitación por todos los actores implicados, es decir, pacientes, instituciones de rehabilitación y gestores.

Este procedimiento se implementó en septiembre de 2017 de manera generalizada para la evaluación externa de la rehabilitación en el ámbito de la terapia compleja en caso de lesiones musculoesqueléticas. Abarca criterios de resultado y de procedimiento recopilados mediante listas de control, así como evaluaciones establecidas a nivel internacional que sirven como indicadores para comparaciones de calidad de clínicas. El objetivo del ACC es la presentación de la realidad actual del trabajo de rehabilitación médica mediante el análisis de los procedimientos y resultados, la evaluación de calidad de la ejecución de la terapia con la ayuda de criterios de análisis, así como el fomento sostenible de su desarrollo continuo. VQA promueve la colaboración entre pacientes, instituciones de rehabilitación y gestores. Las instituciones de rehabilitación que participan en el ACC obtendrán un análisis de su situación y podrán utilizar los resultados para su gestión de calidad interna. Los continuos análisis pretenden facilitar una comparación justa de los resultados de rehabilitación de las distintas instituciones.

Asunto o desafío

¿Qué asunto o desafío abordaba su buena práctica? Sírvase describirlo brevemente.

El VBG atiende a personas aseguradas, principalmente con lesiones musculoesqueléticas en instituciones de rehabilitación especiales. Mediante el ACC se pretende supervisar la calidad de los trabajos de rehabilitación de estas instituciones de forma sistemática y documentarlos de forma rutinaria. El mayor reto fue el aseguramiento de una comparación justa de las instituciones, puesto que las personas aseguradas se distribuyen entre las diferentes instituciones conforme al tipo y gravedad de las lesiones.

Abordar el desafío

¿Cuáles eran los principales objetivos del plan o estrategia para abordar el asunto o desafío? Enumere y describa brevemente los principales elementos del plan o estrategia, con especial hincapié en sus características innovadoras y los efectos buscados o esperados.

Con el fin de garantizar una comparación justa entre las distintas instituciones de rehabilitación se establecieron los siguientes objetivos principales:

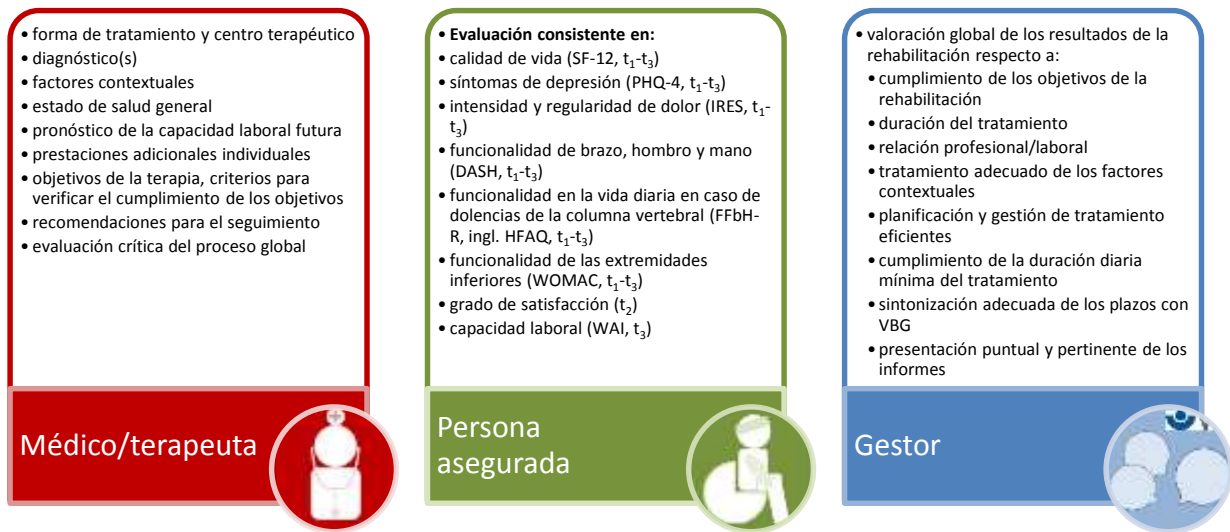
- Para poder plasmar los servicios de rehabilitación se requieren datos longitudinales, ya que solo estos datos permiten evaluar los cambios detectados durante el proceso de rehabilitación y en el período posterior (seguimiento). Consecuentemente, el ACC se basa en datos prospectivos recopilados al comienzo de la rehabilitación (t1), al final (t2) y tres meses después (t3).

- En el ámbito de la rehabilitación médica, los aspectos subjetivos adquieren una importancia especial, por ejemplo, para la valoración de los niveles de dolor (intensidad y regularidad) que solo pueden valorar los afectados mismos. Además, existen estudios que demuestran que los puntos de vista de los pacientes difieren en muchas ocasiones de los de los médicos/terapeutas. Ante este panorama (el de un enfoque con múltiples informantes), se debe acudir a todos los implicados (paciente, gestor e institución de rehabilitación) como fuente de información para el ACC. Por lo tanto, el ACC debe basarse en indicadores de calidad de procesos y resultados subjetivos y objetivos recopilados desde múltiples perspectivas y de forma sistemática, estandarizada y continua durante el proceso de rehabilitación.
- Dado que las personas aseguradas se distribuyen entre las diferentes instituciones de rehabilitación conforme al tipo y la gravedad de sus lesiones, se deben comparar los resultados mediante indicadores de calidad “corregidos” (respecto a variables como la edad, el sexo, la gravedad de la lesión, etc.).

El gráfico 1 resume las fuentes de información y datos utilizadas en el ACC, que se describen de forma breve a continuación.

- Los médicos y terapeutas protocolizan en determinados momentos definidos los parámetros de procesos y resultados de la medida de rehabilitación en un informe estándar desarrollado con este fin. Estos parámetros abarcan:
 - datos sobre el estado de salud general, sobre factores contextuales profesionales, sociales y personales importantes y sobre el pronóstico de la futura capacidad laboral;
 - objetivos “SMART” realistas definidos al comienzo de la terapia entre el médico/terapeuta y el paciente que se rigen según las exigencias profesionales y sociales existentes en el día a día de los pacientes;
 - datos sobre las capacidades funcionales actuales de los pacientes que se comparan con las exigencias diarias (indicadas arriba);
 - datos sobre el pronóstico, recomendaciones sobre el posterior proceso y una evaluación crítica del proceso global.
- Con el fin de obtener una descripción de estado inicial y para representar el proceso de rehabilitación y sus resultados, al comienzo de la rehabilitación (t1), a su fin (t2) y tres meses después (t3), los asegurados completarán un cuestionario mediante evaluaciones establecidas a nivel internacional.
- En un plazo máximo de dos semanas después de concluir un caso, el gestor, en su calidad de actor central en el control del procedimiento, evaluará la calidad de la terapia mediante una lista de control de 12 puntos.
- Se utilizarán los datos rutinarios como variables de evaluación comparativa para realizar una comparación de las clínicas, como variables distorsionantes estadísticamente controlables (a modo de *confounder*) y como variables auxiliares (p.ej., para el establecimiento de una fecha).

Gráfico 1. Recopilación de datos durante el proceso de rehabilitación desde múltiples perspectivas: Evaluaciones y fechas de referencia para la recopilación



Finalmente, el ACC no solo debe servir como aseguramiento de control externo:

- Los resultados del ACC se deben resumir en un informe anual que se pondrá a disposición de las instituciones participantes para su gestión de calidad interna. Este informe recogerá los indicadores de calidad recopilados en comparación con otras instituciones de rehabilitación. Así se facilitará, por un lado, un resumen de su situación a las instituciones (en el sentido de una evaluación comparativa) y, por otro lado, se identificarán campos de actuación y posibilidades de mejora de la gestión de calidad interna de la clínica. El ACC puede y quiere impulsar con ello una competencia que fomente la calidad.
- Asimismo, el ACC pretende constituir la base de un intercambio anual de opiniones mediante el cual ambos lados –las instituciones de rehabilitación y VBG– comprueban si se puede mejorar la calidad, y cómo. El objetivo de esta *revisión del caso* es la continua mejora del tratamiento global, sostenible y rehabilitador centrado en el paciente.
- En un futuro, el ACC también pretende servir para el control de tratamiento.

Metas

¿Cuáles eran las metas cuantitativas y/o cualitativas o indicadores clave del desempeño que se establecieron para el plan o estrategia? Sírvase describirlos brevemente.

En el proceso del desarrollo del concepto, se identificarán y describirán datos, rutinas de recopilación, procesos e instrumentos capaces de evaluar y documentar de forma rutinaria la calidad de las instituciones de rehabilitación en centros hospitalarios o centros externos (a modo de análisis de calidad comparativos), cobrando especial importancia:

- la identificación de evaluaciones adecuadas en el marco de un proyecto de investigación científica;
- la aclaración de la viabilidad de los procesos de las instituciones de rehabilitación y de VBG, puesto que, en la práctica del tratamiento, el aseguramiento de calidad obtiene mejores resultados cuanto menos trabajo adicional implica (aumento de la aceptación);
- la facilitación de un instrumento que fomente la colaboración de todos los implicados mediante objetos de rehabilitación definidos en común y, con ello, una orientación continua hacia el paciente, así como un continuo control de los procesos y resultados;
- la creación de una base para un diálogo estructurado en el que se recopilen y compilen indicadores de procesos y resultados subjetivos y objetivos desde diferentes perspectivas (personas aseguradas, gestores, médicos/terapeutas);
- la redacción de un informe de calidad que posibilite la evaluación de la calidad de tratamiento propia (medidas de rehabilitación específicas, calidad de documentación etc.) y, con ello, el reconocimiento de los puntos positivos y de posibles carencias.

Evaluación de los resultados

¿Se ha evaluado la buena práctica? Sírvase suministrar datos sobre el impacto y los resultados de la buena práctica comparando los objetivos con el desempeño real, indicadores de antes y después y/u otros tipos de estadísticas o mediciones.

Los resultados presentados en este apartado se basan en una primera evaluación interina. Hasta noviembre de 2018 participaron en el ACC 74 instituciones que comunicaron n=2 142 casos. A continuación, se presentan a modo de ejemplo los resultados de la encuesta continua a pacientes.

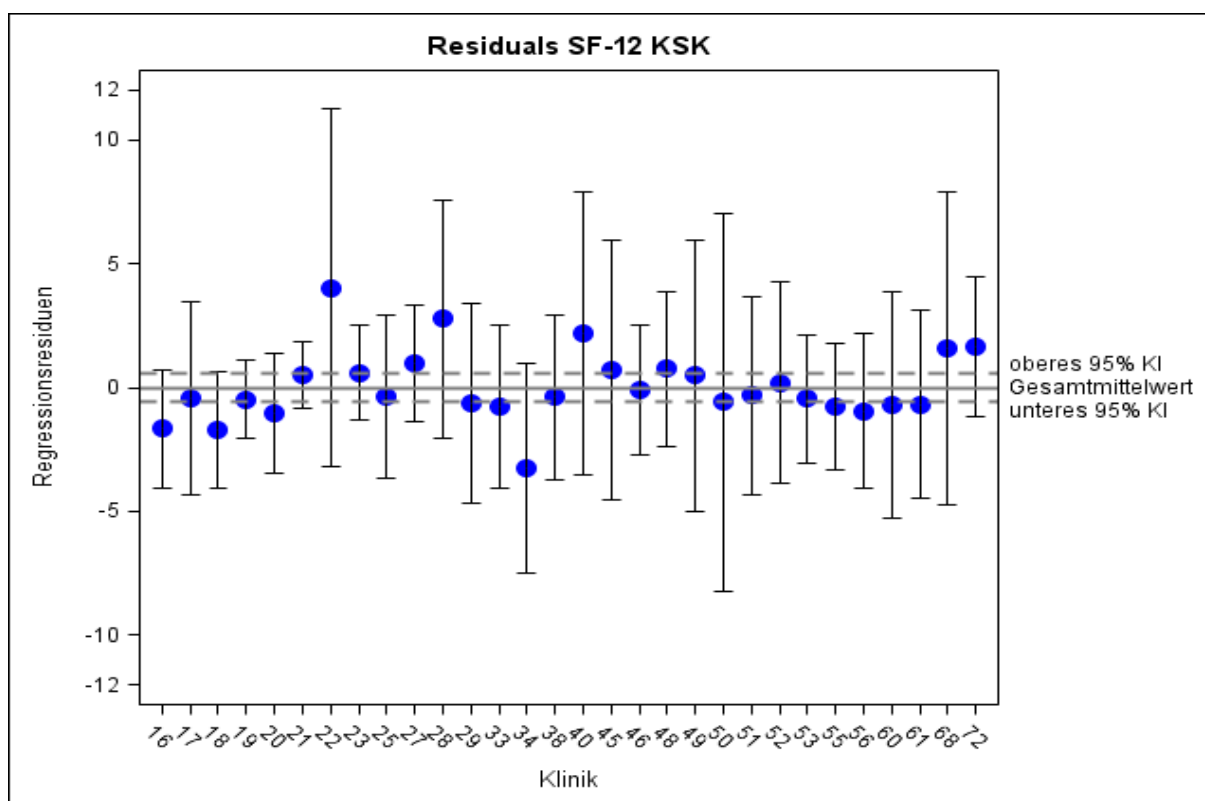
Se analizaron solo los casos de las 30 instituciones que presentaron, al menos, n=10 casos. La tabla 1 representa las características sociodemográficas de los n=1 342 casos cubiertos por estas instituciones. Aprox. dos tercios de las personas aseguradas son varones; la edad media alcanza los 46,8 años (cf. tabla 1).

Respecto al análisis de modelos multinivel (*Multilevel Model – MLM*), en el que, aparte del nivel de los pacientes (nivel 1), se tiene también en cuenta el nivel de la clínica (nivel 2), se presentaron los datos de n=635 casos para los que, en el momento de la evaluación, se disponía al menos de los cuestionarios al comienzo de la rehabilitación (t1) y en su finalización (t2). El gráfico 2 representa los residuos del valor corporal total de SF-12 (KSK SF-12) pronosticado en t2. Como predictores se usaron los valores básicos (t1) de KSK SF-12 y de PHQ-4, la edad y el sexo. Se pudo demostrar que se puede explicar el 7 por ciento de las variaciones de datos a nivel de la clínica, por lo que se pueden atribuir a las diferencias entre las instituciones de rehabilitación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la encuesta de pacientes: número, edad media y proporción de los encuestados masculinos según institución de rehabilitación ($n=30$ instituciones, $n=1342$ casos).

Klinik	N	Alter MW (STD)	Mann (in %)
16	45	43,2 (14,2)	77,8
17	71	50,8 (10,9)	76,1
18	27	44,7 (13)	81,5
19	83	50,0 (10,1)	60,2
20	73	47,7 (12,3)	64,4
21	206	46,5 (12,2)	61,2
22	24	48,2 (10,4)	62,5
23	196	44,8 (13,3)	62,8
25	52	46,6 (12,2)	73,1
27	54	41,3 (15,6)	59,3
28	28	44,3 (14,4)	50,0
29	13	56,1 (12,1)	61,5
33	39	55,7 (13,9)	66,7
34	23	43,3 (13,1)	78,3
38	28	45,3 (10,6)	64,3
40	27	42,3 (13,2)	77,8
45	15	40,5 (13,9)	53,3
46	47	48,0 (12,6)	70,2
48	29	42,7 (14,1)	96,6
49	26	51,9 (8,6)	53,9
50	11	41,1 (13,8)	63,6
51	11	44,5 (13,2)	72,7
52	30	38,9 (14,3)	73,3
53	29	47,3 (13)	75,9
55	56	48,4 (12,6)	66,1
56	25	52,7 (12,6)	72,0
60	19	41,9 (11,1)	36,8
61	24	52,8 (12,3)	66,7
68	14	50,4 (11,7)	50,0
72	17	51,9 (13,5)	41,2

Gráfico 2. Resultados del análisis multinivel ($n=30$ instituciones, $n=635$ casos). Criterio: KSK

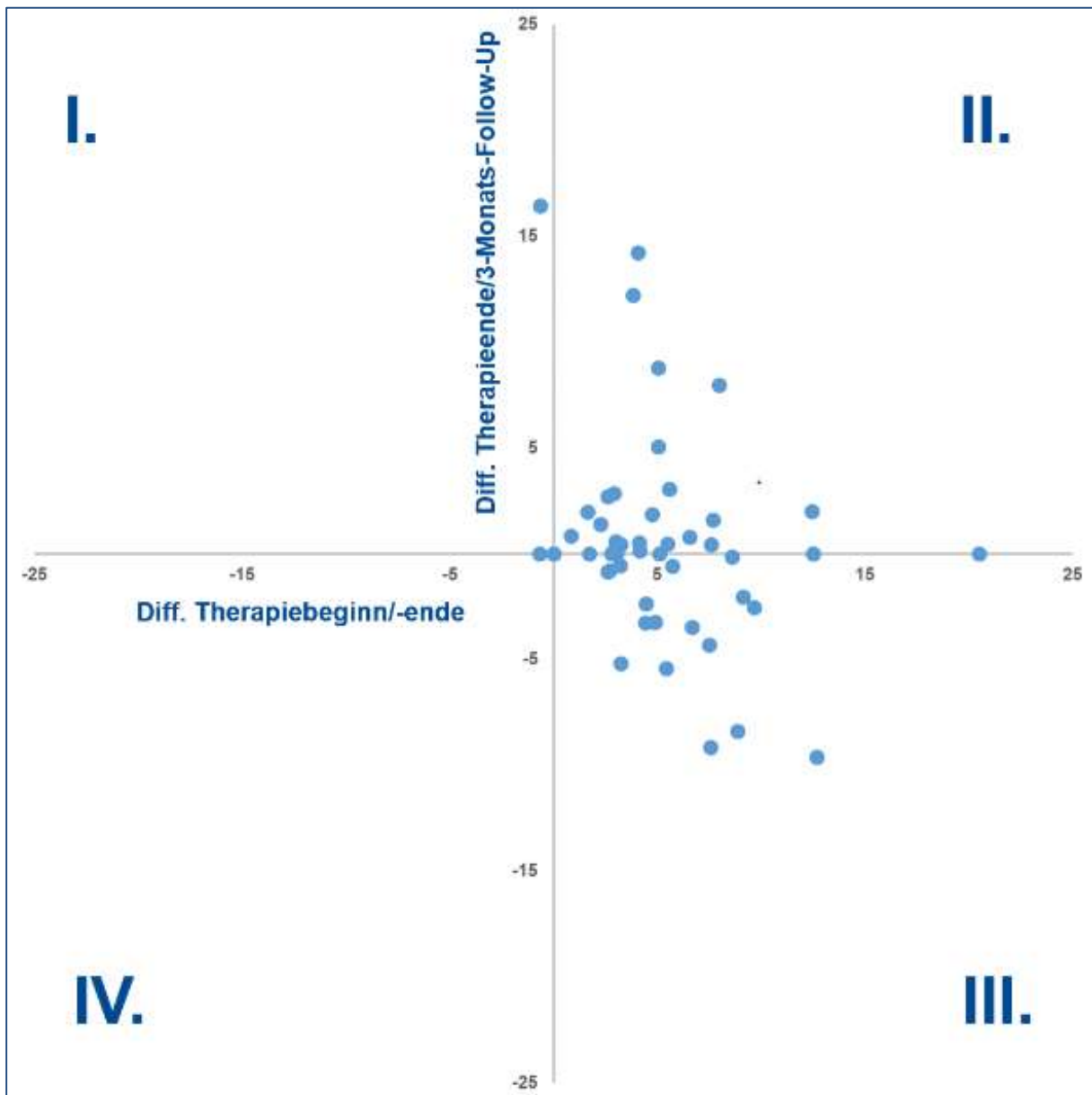


SF-12 (t2), predictores: KSK SF-12 (t1), PHQ-4 (t1), edad, sexo.

Leyenda: Los residuos positivos indican la obtención de mejores resultados de lo esperado en la institución de rehabilitación, teniendo en cuenta los predictores utilizados. Los residuos negativos indican que la institución de rehabilitación obtuvo peores resultados de lo esperado.

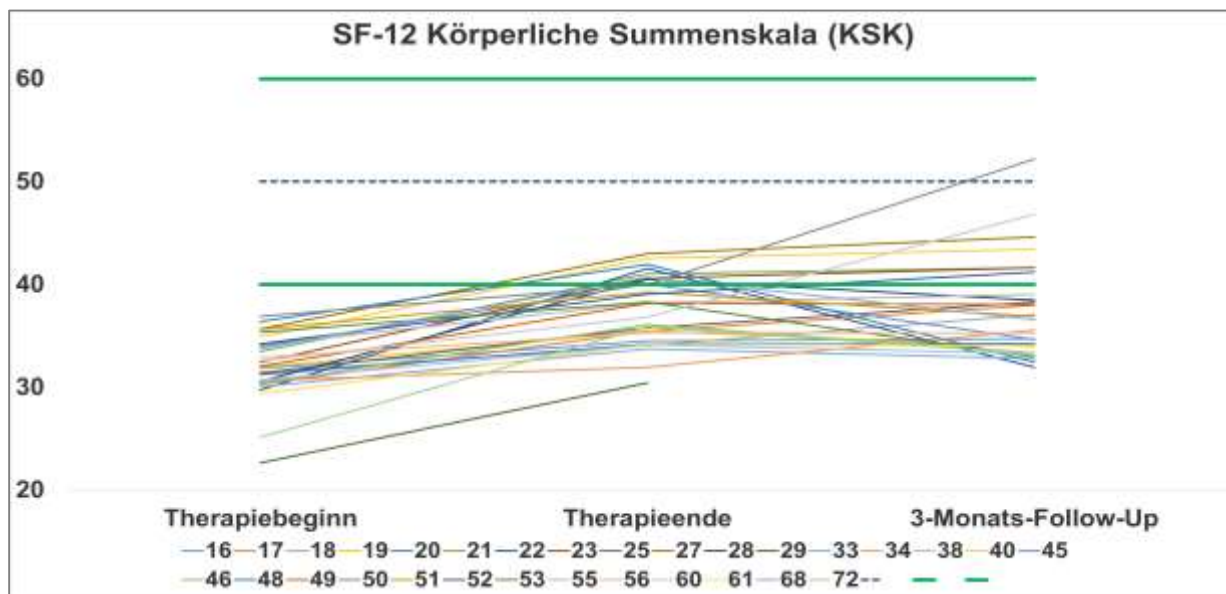
Los análisis de las instituciones de rehabilitación que presentaron las encuestas de pacientes de las tres referencias temporales de medición (t1, t2 y t3) demuestran que la mayoría de los pacientes mejoró de forma continua durante el proceso de rehabilitación, es decir, de t1 a t2 y de t2 a t3 (gráfico 3 y 4): El gráfico 3 presenta en cuatro cuadrantes el valor medio de las diferencias de la escala corporal total de SF-12 entre las referencias temporales de todas las indicaciones de los pacientes. Esto evidencia que casi todos los pacientes presentan mejoras hacia el final de la rehabilitación. El mayor grupo está formado por aquellos pacientes que presentan también mejoras en la catamnesis de 3 meses (t3), mostrando con ello la consolidación de los éxitos de rehabilitación (II cuadrante). Las diferencias entre las instituciones respecto a la sostenibilidad de los éxitos de rehabilitación se presentan en el gráfico 4.

Gráfico 3. Valor medio de las diferencias entre las referencias temporales de medición de todas las evaluaciones de pacientes de KSK SF-12 (n=30 instituciones de rehabilitación).



Leyenda: I cuadrante: -/+ empeoramiento de t1 a t2, pero mejora de t2 a t3; II cuadrante: +/+ mejora de t1 a t2 y de t2 a t3; III cuadrante: +/- mejora de t1 a t2, pero empeoramiento de t2 a t3; IV cuadrante: -/- empeoramiento de t1 a t2 y de t2 a t3.

Gráfico 4. Valores medios por instituciones de la escala corporal total de SF-12 (n=30 instituciones de rehabilitación (cifra marcada con código de color)) conforme a la referencia temporal de medición



Lecciones aprendidas

A partir de la experiencia de la organización, mencione hasta tres factores que considera indispensables para reproducir esta buena práctica. Cite hasta tres riesgos que surgieron o podrían surgir en la implementación de esta práctica. Sírvase explicar brevemente estos factores y/o riesgos.

Factores que deben garantizar la repetibilidad y los éxitos del ACC:

- La viabilidad práctica del ACC se sometió a prueba durante un ensayo de campo de dos años de duración con el fin de incluir a las instituciones de rehabilitación desde el principio en la implementación práctica (p.ej. prueba de viabilidad y la identificación de problemas). En el marco del ensayo de campo se identificaron posibilidades de mejora en diferentes talleres paralelos y se intercambiaron y establecieron estrategias de *buenas prácticas*.
- Con el fin de establecer una base de entendimiento, se fijó un lenguaje común (p.ej. mediante glosarios en los que se especifican los indicadores (ítems) a evaluar mediante las listas de control. Las cuestiones que surgen durante la implementación del ACC se pueden plantear directamente al VBG.

Los riesgos de la implementación del ACC son:

- la definición y elección de variables de evaluación comparativa no adecuadas, de modo que no se pueda proceder a la realización sensata del análisis comparativo entre diferentes instituciones, e
- ignorar *confounders* a nivel de instituciones y/o pacientes, lo que podría afectar a los resultados de tratamiento y, con ello, a la evaluación comparativa de las clínicas en base a las encuestas de pacientes.