

- Diversos enfoques del concepto de calidad en la atención sanitaria
 - Dimensiones de la calidad
 - Estructura, proceso y resultado
 - Evaluación, garantía y mejora continua de la calidad
 - Programas de calidad
 - Factores clave
 - Ciclo evaluativo y/o ciclo de mejora
 - Monitorización
 - Programas de calidad externos.
 - Programas de acreditación
- Situación actual de los programas de calidad en Atención Primaria en España

Como muestra el propio desarrollo histórico de la Medicina, desde comienzos del siglo xx, los profesionales sanitarios han sido pioneros en el desarrollo de trabajos para mejorar la calidad de la atención que prestan a sus pacientes. Ya en 1917 el *American College of Surgeons*, tras una evaluación de historias clínicas hospitalarias, publicó un conjunto de estándares que debían cumplir la historia clínica y la organización de los servicios para asegurar un buena atención a los pacientes. Este documento fue el punto de partida en 1918 del *Hospital Standardization Programme*, origen de lo que hoy constituye la reconocida e influyente *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO). La imagen de las sesiones clínicas y clinicoanatomopatológicas en los hospitales, consustancial con la historia de la medicina, constituye una muestra evidente del interés de los médicos por la calidad de su actuación clínica.

Los riesgos inherentes al desarrollo de la práctica médica (iatrogenia, actuaciones inapropiadas o peligrosas, etc.), en relación directa con la rápida expansión tecnológica, han impulsado el apoyo y la exigencia de medidas de evaluación y control que garanticen los máximos beneficios al paciente y, a la vez, permitan identificar y controlar los peligros potenciales de dicha actuación.

Hoy, los distintos aspectos relacionados con la calidad de las prestaciones y de los servicios sanitarios son motivo de atención especial no sólo entre los propios profesionales sanitarios sino también entre el resto de los distintos agentes del sistema (responsables de la política sanitaria, gestores, consumidores y población general).

La necesidad de optimizar los recursos disponibles, siempre escasos ante las restricciones presupuestarias, el mayor protagonismo que en las sociedades actuales han adquirido los consumidores y la búsqueda para dar satisfacción a sus expectativas por parte del poder político, así como la nueva cultura empresarial por garantizar y mejorar la calidad de todos los productos que se ofertan a los distintos clientes, son factores que convergen en este interés por la calidad de la atención sanitaria.

Las distintas perspectivas y enfoques posibles, hacen que un tema sobre calidad asistencial pueda abarcarse desde distintos puntos de vista. Este capítulo persigue una aproximación operativa para intervenir en el nivel de Atención Primaria.

El contenido conceptual será sólo el necesario para enmarcar este objetivo fundamental. Existen tantas y tan variadas definiciones de calidad que el análisis conceptual y su abordaje en los servicios sanitarios puede hacerse interminable y complejo. En las referencias bibliográficas se recogen algunas obras que abordan los aspectos conceptuales con más profundidad y amplitud.

Diversos enfoques del concepto de calidad en la atención sanitaria

Al revisar la literatura sobre el tema, se encuentran referencias a dos «modelos conceptuales de la calidad» que, según distintos autores, parten de enfoques diferentes aunque no incompatibles: el que respondía a la práctica de la *garantía de calidad*, íntimamente ligado en su origen a la iniciativa de los propios profesionales sanitarios y centrado en los aspectos científicotécnicos de la atención médica y el de los programas de *Mejora Continua de la Calidad*, que incorpora explícitamente al sector salud la filosofía y las técnicas de los modelos de gestión empresarial basados en la satisfacción del cliente y en la calidad total.

El grado de separación entre estos modelos no ha sido similar a lo largo de la última década. Donabedian en 1990, en un momento de máxima diferenciación, los identificó con los términos de *modelo sanitario* y *modelo industrial*. Ambos modelos se han influido mutuamente y el grado de acercamiento entre ellos ha sido evidente en los últimos años a medida que se han ido extendiendo y aceptando en el sector sanitario los conceptos y métodos de gestión de la calidad desarrollados en las empresas de producción y servicios.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM), representante clásico del modelo sanitario, define la calidad como: «El grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la probabilidad de resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.» Representa una definición maximalista que identifica la calidad como un concepto absoluto, ideal, cuyo límite es el máximo nivel del conocimiento científico y tecnológico del momento.

La importancia de la competencia científicotécnica de los profesionales sanitarios es el elemento básico

Por su parte Ishikawa, representante de la escuela japonesa y exponente del modelo industrial de gestión de la calidad total, explica que en sentido estricto hablar de calidad es hablar de calidad del producto que se ofrece; más concretamente, de que sea o no un producto que satisfaga los requisitos de aquellos que lo consumen. Destaca la sugerencia de que para definir la calidad en términos operativos hay que pensar en calidad de un producto determinado, y que la calidad de los productos no puede ser definida en abstracto sino en función de los clientes a quien va dirigido, de sus expectativas y de sus necesidades.

Una definición más ecléctica y que recoge de forma explícita otros aspectos conceptuales de la calidad asistencial es la adoptada en 1990 por el Programa Ibérico de Evaluación y puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en Atención Primaria a partir de las propuestas de Palmer, que además de referirse a la calidad científicotécnica de la atención prestada y a la satisfacción del usuario incluye los términos de accesibilidad, equidad y la limitación impuesta por los recursos existentes. Define la calidad de la atención como: «La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.»

La comisión de mejora de la calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria en 1994, enfatiza que la calidad es un concepto dinámico y cambiante de acuerdo con las necesidades y expectativas de las personas y colectivos que reciben los servicios y que les dan su razón de ser.

A pesar de la existencia de otras numerosas definiciones del concepto de calidad de las prestaciones y servicios sanitarios (Donabedian, Maxwell, Vuori, JCAHO, OMS, Juran, Deming, etc.), a las que sería imprescindible acudir para una revisión más profunda, no puede decirse que haya una que refleje en la misma proporción el sentir unánime de los distintos actores: profesionales sanitarios, gestores y usuarios.

Dimensiones de la calidad

De la presentación conceptual expuesta surgen distintos y variados componentes de la calidad que pueden

ser medibles con mayor o menor exactitud. Preferimos el nombre de dimensiones porque conlleva de una forma implícita el concepto de medición. Otros autores emplean términos como componentes, atributos, características o factores de la calidad. En la tabla 23.1, sin pretender ser exhaustivos, se recogen dimensiones que proponen distintos autores o instituciones que puede dar una idea aproximada de su diversidad.

A continuación se describen siete dimensiones o componentes de la calidad que son comunes a la mayoría de las distintas propuestas. Aunque todas ellas están directamente relacionadas con el concepto de calidad, desde el punto de vista operativo de implantación y desarrollo de un programa de calidad en el ámbito de la Atención Primaria destacan por su importancia tres: la competencia profesional, la satisfacción del cliente y la accesibilidad de los servicios.

Competencia profesional o calidad científicotécnica. Es la dimensión central y menos discutida de la calidad. Hace referencia a la capacidad de utilización por parte de los profesionales del más avanzado nivel de conocimiento existente para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en la pobla-

ción atendida. Incluye tanto los aspectos científicotécnicos como el trato interpersonal en la relación con el paciente.

Es la dimensión que mejor se entiende por los profesionales sanitarios y la que con más frecuencia se ha utilizado en la medición de la calidad de la atención sanitaria.

Satisfacción. Se puede definir como la medida en la que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario. Según las distintas definiciones de calidad, esta dimensión se incluye o se confunde con el concepto más amplio de *aceptabilidad*. Por ejemplo, para la JCAHO el término *aceptabilidad* incluye la satisfacción del paciente –definida en la manera expuesta– más la *adhesión (compliance)* o grado de colaboración del paciente, definido como la medida en la que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y cuidados prescritos. Con algunas excepciones, como el caso de Vuori que incluye la satisfacción como parte de la calidad científicotécnica, la mayoría de las definiciones dan un lugar prominente a esta dimensión al medir la calidad.

La satisfacción/aceptabilidad puede referirse como mínimo a tres aspectos o subcomponentes diferentes:

TABLA 23.1. Dimensiones de la calidad asistencial según diversos esquemas

H. Vuori (1982) Componente	R.H. Palmer (1983) Dimensiones	Maxwell (1986) Dimensiones	Nutting et al (1987) Atributos	JCAHO (1987) Componentes	Programa Ibérico (1990) Dimensiones
Calidad científicotécnica	Competencia profesional*		Competencia profesional		Calidad científicotécnica
	Accesibilidad*	Accesibilidad	Distribución de la asistencia/integralidad	Accesibilidad	Accesibilidad
	Aceptabilidad/satisfacción*	Aceptabilidad		Aceptabilidad	Satisfacción
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	
Adecuación		Adecuación		Adecuación	
			Continuidad/coordinación	Continuidad	
				Eficacia**	

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.

*Dimensiones mantenidas en publicaciones más recientes (1991).

**Añadido en la revisión de 1990: Características de la calidad.

a) aspectos organizativos (ambiente físico, tiempos de espera, etc.); b) efecto de la atención en el estado de salud, y c) la manera o trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Se acepta que, aparte del componente organizacional, la satisfacción se relaciona muy directamente con el trato personal, lo que se ha venido en llamar el «arte» de la atención médica, y que incluso las diferencias entre las expectativas del usuario y lo que es científicamente correcto pueden minimizarse en la medida en que los profesionales sean capaces de establecer una relación efectiva con los usuarios.

La satisfacción de los profesionales no ha sido incluida en el concepto de esta dimensión. Donabedian y otros autores la excluyen explícitamente y la consideran como un factor de la organización que puede condicionar o influir en la calidad de la atención que se presta. El modelo de gestión de calidad total da mayor relevancia a la satisfacción de los profesionales que son considerados «clientes internos» del producto o servicio (p. ej., los servicios médicos son clientes internos de los servicios de radiología o de laboratorio). Los usuarios se definen como «clientes externos».

Accesibilidad. Facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en relación a barreras organizativas (distancia, horario), económicas, culturales o emocionales. Palmer incluye en esta dimensión el concepto de *equidad*. Maxwell las conceptualiza como dimensiones diferentes. Vuori, por el contrario, propone subsumir la accesibilidad en el concepto *adecuación* de los recursos como «componente distributivo». Creemos que en sentido amplio, equidad está incluido en el concepto de accesibilidad.

Efectividad. Se trata de una dimensión que se refiere a la «calidad del producto». Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud del individuo o de la población concreta que es atendida. Este elemento de la definición resalta que el objeto del sistema de atención de salud no es sólo generar servicios sino mejorar la salud de la población. Aunque efectividad y eficacia son términos relacionados, deben ser empleados de una manera apropiada. *Eficacia* es el resultado o beneficio que se obtiene de una prestación en condiciones ideales de utilización. La efectividad se refiere a los resultados o beneficios obtenidos bajo condiciones habituales: por ejemplo, el cribado de cáncer de cuello, que es una medida eficaz,

puede no ser efectiva en determinadas circunstancias locales (en una consulta ambulatoria mal relacionada con servicios especializados, o con una deficiencia en recursos humanos o materiales).

La JCAHO mantiene las dos dimensiones en su listado de las siete características principales de la calidad, refiriéndose a eficacia en relación a la utilidad en general de los cuidados o técnicas empleadas y a efectividad en relación a la manera que es ejecutada en la práctica. Es más frecuente, hablando de la calidad, referirse a efectividad que a eficacia.

Eficiencia. Se identifica con la provisión de un nivel determinado de calidad al menor coste posible, o a la consecución del más alto nivel de calidad con una cantidad de recursos fija y predeterminada. Relaciona los resultados de un servicio con los costes, en la búsqueda de la optimización de los recursos empleados. Para que una prestación sanitaria sea de calidad se requiere que los recursos no sean malgastados. La evaluación económica se ha convertido en una rama específica y cada vez más importante en la evaluación de los servicios sanitarios.

Como ya se ha señalado, desde el punto de vista concreto de las actividades de mejora de la calidad en los servicios sanitarios, las dimensiones de efectividad y eficiencia en sentido estricto no se utilizan con tanta frecuencia como las de la competencia profesional. La efectividad y la eficiencia de la práctica asistencial son condiciones *sine qua non* para considerar de calidad a la atención médica prestada. Su definición suele ser previa a la puesta en marcha de programas de calidad a partir de los estudios de investigación y sus posteriores referencias bibliográficas. Las guías y protocolos no son sino guías estratégicas que recogen la calidad del producto.

Los programas de calidad persiguen que se haga lo correcto y de una manera acorde con las evidencias científicas disponibles.

Adecuación o idoneidad. Es otra de las dimensiones frecuentemente mencionadas, pero de la que no existe una definición operativa uniforme. En la definición de la JCAHO y de Maxwell, la adecuación es la medida en la que el servicio o procedimiento se corresponde con las necesidades del paciente o de la población. Es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para la atención que se requiere.

Continuidad. Aunque constituye una de las características definitorias de la Atención Primaria, su conceptualización y medición es compleja. Shortell la define como la medida en que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.

Estructura, proceso y resultado

Cuando se trata de describir y evaluar los distintos aspectos de la atención sanitaria, y entre ellos la calidad, es especialmente útil aplicar el modelo de producción (*input-process-outcome*). Desde este modelo se considera a la atención sanitaria como una «línea de producción» que genera «salud» (*outcome*) a partir de la utilización (*process*) que se hace de los «recursos» (*input*) de que se dispone.

En esta perspectiva, la propuesta de Donabedian de dividir la atención sanitaria en tres elementos, *estructura, proceso y resultado* ha sido universalmente aceptada y se ha convertido en un modelo de uso común en las actividades de evaluación.

Por estructura se entiende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta. Esto es, en el concepto de estructura se incluyen tanto los recursos humanos, físicos y financieros como la organización (distribución del trabajo entre los miembros de un equipo, tipo de sistema de registro que se utiliza, horarios, etc.).

Proceso se refiere al conjunto de actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de los pacientes a esas actividades.

En el campo de la monitorización y de la mejora continua de la calidad se emplea el concepto de *procesos o sistemas de atención* que se define como: «La secuencia de acciones e interacciones entre las distintas unidades funcionales que participan en la prestación de un servicio.» Supone un conjunto de actividades de la atención asistencial que puede abarcar elementos de la estructura, como son la propia organización del equipo y los recursos disponibles. Desde esta perspectiva los procesos incluyen tanto actividades clínicas como no clínicas.

El resultado se refiere a los logros alcanzados tanto en el nivel de salud del paciente o de la población a que se refiera como en el grado de su satisfacción con la

atención recibida. Estos resultados de salud (*welfare outcomes*) tienen cierta complejidad en su medición. Los indicadores que se emplean para ello pueden referirse a medidas negativas basadas en la morbimortalidad, en la capacidad funcional, en la calidad de vida o en la medición directa del estado de salud.

Como ejemplos concretos de indicadores de resultados se pueden citar la mortalidad o morbilidad evitable, los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), la esperanza de vida al nacer, el índice de Katz (mide la capacidad funcional en base a las actividades básicas de la vida diaria), la escala de Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria), el *Nottingham Health Profile*, el *Sickness Impact Profile*, el Cuestionario General de Golberg, el AVAC (años de vida ajustados por calidad), etc.

Existen indicadores complejos que integran más de un aspecto. Así el AVAC, de gran utilidad en la evaluación de la efectividad y eficiencia, es un índice que se realiza según información sobre mortalidad evitada y calidad de vida; el *Nottingham Health Profile* recoge información sobre síntomas e implicaciones en la capacidad funcional.

Existen resultados del proceso (*outputs*) que no deben confundirse con resultados de salud. Son aquellos indicadores que miden los resultados de la actividad o cantidad de servicios generados (número de pacientes atendidos, duración media de la consulta, número de radiografías solicitadas en un mes, resolución de problemas de salud, pacientes derivados, prescripciones registradas, etc).

La medida en que los tres elementos en que se descompone la atención sanitaria están relacionados y pueden expresar por sí mismos la calidad de la atención sanitaria ha sido, y aún lo es, motivo de debate.

¿Una estructura de calidad presupone una atención de calidad?, ¿un buen proceso de atención al paciente presupone un buen resultado?, ¿medir el proceso es medir el resultado?

Suñol y Bañeres (1997) consideran que esta polémica que enfrentó a distintos autores en los años setenta y que, en algún sentido, ha continuado hasta nuestros días, queda superada con la argumentación de Donabedian en 1978, que mantiene toda su actualidad: «En mi opinión esta controversia parte de una concepción errónea. La evaluación de la calidad no es un estudio de investigación sobre la relación entre proceso y resultado; es un juicio sobre el grado en que el proceso

de atención utiliza lo que actualmente sabemos. Es cierto que los elementos del proceso asistencial sólo pueden utilizarse como indicadores de calidad si tienen una relación válida con los resultados deseados y es igualmente cierto que algunos resultados pueden utilizarse como indicadores de calidad si existe alguna relación entre ellos y aspectos del proceso asistencial. Así pues, la validez de una determinada medida reside no en que sea de proceso o resultado sino en lo que se sabe sobre su relación. Si existe relación se puede usar cualquier medida de proceso o resultado dependiendo de cuál es más fácil de obtener. Si no existe relación, ninguna es válida.»

Una buena estructura es importante para la calidad en cuanto aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación, aunque no se puede asumir que una buena estructura sea garantía de unos buenos resultados. Es una condición necesaria, pero no suficiente. El estudio de la estructura no es el mejor camino para conocer la calidad de la atención sanitaria, aunque es un elemento básico en la acreditación de instituciones y en la calidad de los programas de formación.

Existe unanimidad al considerar que la mejor forma de garantizar la calidad de la atención es actuar sobre el proceso, introduciendo actividades de mejora en el trabajo habitual de todos los profesionales siguiendo la terminología que se emplea en los programas de mejora continua de la calidad, construyendo procesos de calidad.

Evaluación, garantía y mejora continua de la calidad

Son conceptos distintos aunque muy interrelacionados. La evaluación de la calidad es una actividad que se encuentra íntimamente relacionada con los programas de garantía o con los de mejora continua de la calidad. Por otra parte, el término garantía no excluye el concepto de mejora, aunque con mejora continua se quiere identificar, como ya se ha señalado, el enfoque de la gestión de la calidad procedente del mundo empresarial. Para evitar esta exclusividad en el uso del término «mejora», los programas de garantía pasaron a identificarse por la propia JCAHO a partir de 1991 como Programas de garantía y mejora de calidad.

Dado que el objetivo último es el logro de un nivel de calidad cada vez mayor ha surgido, recientemente,

una propuesta de identificar al conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad como *programa de gestión de la calidad*.

Evaluación

Es la medida del nivel de la calidad. Al igual que cualquier método evaluativo identifica problemas y los dimensiona al comparar los resultados con los objetivos previamente definidos. Requiere el diseño y la ejecución de un estudio de mayor o menor complejidad, según los casos. Se compara y analiza la información obtenida a partir de datos de la estructura, del proceso o de los resultados, con criterios de calidad predefinidos. Al finalizar el análisis se emite un juicio y se proponen acciones para su corrección. Supone la aplicación del método científico para medir las distintas dimensiones de la calidad.

La evaluación de la calidad, en sentido estricto, es una actividad puntual, aunque, como tal, puede ser una más del conjunto de actividades que forman un plan o programa.

Garantía y mejora

A diferencia de la evaluación, la garantía y mejora de la calidad no es una acción puntual sino que se estructura como un programa, esto es, como una secuencia de actividades con una finalidad determinada (garantizar y mejorar la calidad, en este caso). Supone tanto la evaluación como la corrección de las deficiencias observadas mediante propuestas concretas.

Es un concepto dinámico y se relaciona estrechamente con el «*ciclo de la evaluación de la calidad*», que consta de distintas fases o pasos concatenados. En síntesis, tras la detección de un problema observa la realidad, compara lo observado con lo esperado (definido previamente mediante criterios), pone en marcha medidas correctoras y vuelve a evaluar. Al ciclo evaluativo también se le denomina *ciclo de garantía de calidad*. En algunas publicaciones científicas actuales también se le da el nombre de *ciclo de mejora*.

Los programas de garantía y mejora de la calidad constituyen el reflejo más elaborado de lo que se ha identificado como modelo sanitario de la calidad, producto de la motivación e interés de los propios profesionales sanitarios en prestar la mejor atención a sus pacientes. Este afán por el buen resultado de la aten-

ción médica, consistente en el conocimiento profesional actual (como se define en la definición de calidad del Instituto de Medicina de Estados Unidos, ya reseñada), sigue siendo una característica de la medicina científica actual. La prensa médica de más prestigio dedica un espacio importante a estos temas (la última serie de 6 artículos que ha publicado el *New England Journal of Medicine* en 1996 es un ejemplo de ese interés y de la actualidad de este enfoque).

Los nombres de Donabedian, Palmer, o el de la JCHO, son referentes ya clásicos de este modelo y de una gran influencia en España. La definición y extensión de criterios explícitos de la buena práctica clínica es una aportación indudable de esta concepción de los programas de calidad.

En el momento actual, las evaluaciones que con más frecuencia se realizan en los programas de garantía y mejora de la calidad en España se refieren a la dimensión científicotécnica de algún aspecto del proceso de atención sanitaria (procesos clínicos), en el que se detecta o identifica algún tipo de problema. Suelen ser actividades de tipo retrospectivo y realizadas por los propios profesionales de los centros según criterios previamente definidos. Esto no quiere decir que el concepto de garantía de calidad se identifique siempre con garantizar la calidad científicotécnica mediante estudios retrospectivos. De hecho, algunas evaluaciones se basan en la satisfacción de los usuarios o en la accesibilidad a los servicios y cabe una garantía de calidad prospectiva cuando se diseñan mecanismos para anticiparse a situaciones que pueden poner en peligro la calidad de una actuación determinada. Como se analizará más adelante existen programas de garantía de calidad externos, que en algunos países adquieren por su volumen y trascendencia especial importancia (p. ej., EE.UU.) y que han hecho que algunos autores asocien garantía de calidad con programas externos.

Mejora continua

Con el término de mejora continua de la calidad se identifica a un programa o plan que incorpora los conceptos y técnicas que se asocian al modelo de calidad desarrollado por grandes empresas de la industria y los servicios tanto en Japón, donde se extendió en primer lugar tras la Segunda Guerra Mundial, como en Estados Unidos y Europa, donde se fue implantando con posterioridad. Como autores ligados a este modelo que han alcanzado especial notoriedad en España y que pueden ser

considerados como clásicos, se pueden citar, entre otros, los de Deming, Feigenbaum, Juran, Ishikawa o Crosby.

La mejora continua de la calidad pretende incorporar la calidad desde el momento mismo del diseño de los procesos con la participación activa de todos los profesionales implicados en él (médicos y no médicos, sanitarios y no sanitarios). Un lema de esta cultura de la gestión de la calidad es el construir «procesos de calidad» (diseño de la calidad).

Las principales señas de identidad de la mejora continua de la calidad, según sus principales teóricos, son las siguientes:

1. Define la calidad según el punto de vista de los clientes tanto internos como externos.
2. Plena participación de todos los profesionales responsables de la atención, con especial protagonismo a los llamados *equipos de mejora*.
3. Es una actuación ilimitada en el tiempo que se basa en el *ciclo de mejora*.
4. Se trata de un programa de calidad interno.
5. Se le da una importancia especial a los sistemas de atención (procesos).
6. Busca prevenir los errores en lugar de solucionar problemas.
7. Eliminación del estándar o punto final, en base a la idea que todo, incluso lo que se hace bien, se puede mejorar.
8. El papel del equipo directivo en la mejora de la calidad es fundamental e insustituible.

La esencia de la mejora continua de la calidad se podría identificar con el eslogan: *estudiar el proceso y aprender a mejorarlo*.

Programas de calidad

Como ya se ha señalado, el cumplir con el objetivo de incorporar la mejora de la calidad en la actividad de una institución, ya sea un centro de Atención Primaria, un hospital o un servicio determinado, supone asumir la puesta en marcha de un programa, mucho más que la realización de actividades aisladas.

El objetivo final de los programas de calidad no es demostrar los problemas existentes, ni siquiera el proponer soluciones; su finalidad es llegar a producir los

cambios apropiados que mejoren la calidad de la atención prestada.

Desde la perspectiva de los servicios y organizaciones sanitarias se pueden distinguir *programas internos* (intrainstitucionales) y *programas externos* (suprainstitucionales), complementarios en su objetivo final, pero diferentes en su estructura, métodos y tipos de datos que utilizan. La acreditación es el ejemplo más característico de un programa externo de calidad (en un apartado posterior de este mismo capítulo se presentan las características principales de un programa de acreditación).

Los programas internos de calidad se llevan a cabo en cada institución con el impulso y participación de la dirección y de los propios profesionales o una comisión *ad hoc* elegida entre ellos. Su motor principal es la motivación y la capacitación de los profesionales de esa institución. Los programas internos no son impuestos; suponen un compromiso de los componentes de un equipo por la mejora de la calidad.

La comisión de mejora de calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFIC) prefiere emplear el término plan en vez de programa (Plan de Mejora de la Calidad). Argumentan que de esta forma se reluzca la idea de que se trata de un proceso sin fin, mientras que con la denominación programa se puede entender una actuación limitada en el tiempo.

La existencia de un programa o plan de mejora requiere una estructura mínima: una comisión y un responsable.

Una vez que ha arraigado en el equipo la actitud necesaria para poner en marcha un programa de calidad interno es imprescindible que aquellos profesionales más interesados y dispuestos a promover y desarrollar la idea se agrupen en una comisión de calidad o grupo similar, presidida por uno de ellos, que asume la función de responsable del programa. El número y composición depende de la complejidad de cada equipo y centro de salud. En la guía práctica del plan de mejora elaborada por la SCMFIC se sitúa el número entre un mínimo de 3 y un máximo de 10 para que la comisión sea ágil y operativa. El responsable ha de tener un prestigio profesional reconocido y capacidad de liderazgo para generar una dinámica de participación entre sus compañeros. Dado que es una actividad importante para el sistema, ha de tener reconocido como parte de su jornada de trabajo el tiempo que dedique a esta tarea y el contar con unos recursos mínimos. De

ahí la importancia del apoyo de la dirección de quien dependa el equipo.

Además de esa estructura mínima, para que un programa interno pueda mantenerse y alcanzar sus objetivos es necesario que en el conjunto de la organización se den una serie de condiciones que faciliten e impulsen la mejora de la calidad y que no están al alcance de los profesionales. Son los llamados *factores clave para la calidad*, que se presentan en el siguiente apartado.

Las actividades que se desarrollan en el marco de un programa interno de calidad pueden agruparse en:

1. Ciclo evaluativo y/o ciclo de mejora.
2. Monitorización.
3. Diseño de la calidad.

Estas actividades se exponen de una forma pormenorizada más adelante.

Factores clave

La viabilidad de los programas de calidad está condicionada por un conjunto de factores que no están al alcance directo de los profesionales de un equipo o centro determinado. La posibilidad de mejorar la práctica profesional puede depender de un cambio en el sistema de selección del personal, de los presupuestos, de nuevas inversiones en tecnología o del mantenimiento y reparación de la tecnología disponible. El reconocimiento de que la calidad de la atención que recibe la población está condicionada por el conjunto del sistema es de capital importancia. Difícilmente un centro de salud aislado podrá prestar servicios de alta calidad si la organización en la que está inmerso, y de la cual depende en cuanto a presupuestos, planificación, apoyo, etc., no hace de la calidad su meta.

Desde una perspectiva global, para la mejora de la calidad asistencial no es suficiente con el interés y disponibilidad de los profesionales que integran un equipo o servicio concreto. Se necesita que el sistema en su conjunto se interese por la calidad.

Según la JCAHO existen al menos diez factores clave que reflejan el interés real de una organización sanitaria en la calidad de la atención. La existencia de programas internos es solamente uno de estos factores clave. Los nueve restantes dependen de niveles organizativos alejados del área de influencia de los profesionales: mi-

sión, ambiente, planificación, predisposición al cambio, papel de los gestores y líderes clínicos, papel de los profesionales sanitarios y no sanitarios, servicios de apoyo, coordinación organizativa y atención completa y continua.

En la definición de la misión de la organización se debe hacer explícita la voluntad de mejorar de forma continua la calidad de la atención. El *ambiente* general de la organización debe reflejar la voluntad de mejora, estimulando la participación de todos los profesionales, la comunicación y la gestión de conflictos entre niveles. La *predisposición al cambio* debe formar parte del ambiente, ya que, a menudo, el cambio organizativo es imprescindible para conseguir la mejora que se busca.

La *planificación* es un elemento esencial. La calidad de la atención debe contemplarse como un objetivo estratégico crítico de la organización en su conjunto. Debe garantizar el acceso a la atención, la adecuación del volumen de pacientes a la posibilidad de mantener la calidad científicotécnica y basarse en los puntos de vista de los clientes, internos y externos. Los presupuestos deben permitir alcanzar los objetivos y el mantenimiento y la renovación de la tecnología.

Es evidente que los *líderes clínicos* y de la *gestión* son elementos claves para el compromiso con la calidad. Difícilmente una organización podrá mejorar si sus líderes no están capacitados para fomentar la mejora de la calidad en su parcela de responsabilidad, y no se evalúa su práctica de forma periódica. Igualmente, los *profesionales sanitarios y no sanitarios* han de poseer la cualificación necesaria, lo que implica un mecanismo de selección riguroso y una formación continuada que el sistema es responsable de garantizar. Todos los profesionales de la organización deben conocer claramente, por escrito, cuáles son sus funciones y sus responsabilidades en relación a la calidad de la atención y a su mejora.

Los *servicios de apoyo* deben ser adecuados tanto a los objetivos generales como a las funciones y capacidades de los profesionales. Es esencial que los recursos físicos sean revisados de forma periódica para asegurar que se mantienen en buen estado de funcionamiento y cumplen las normas de seguridad. La organización debe garantizar la *integración y coordinación* de todos sus niveles, facilitando una adecuada comunicación, así como la prestación de una atención *completa y continua* de manera que si deriva a sus pacientes a otras organizaciones, tiene la responsabilidad de evaluar la calidad de la atención que están recibiendo y de asegurarse de que no se duplican u omiten servicios.

Si se desea realmente mejorar la calidad de la atención es necesario que políticos, gestores y líderes clínicos se comprometan en la tarea.

Ciclo evaluativo y/o ciclo de mejora

El programa de garantía y mejora de la calidad tiene como esquema de trabajo el *ciclo evaluativo* o *ciclo de garantía de calidad* de la literatura tradicional (Palmer, 1983). El programa de mejora continua de la calidad esquematiza los distintos pasos de todo el proceso de mejora en el llamado *ciclo de mejora* que, con esa denominación, apareció en la literatura con posterioridad.

En los últimos años, algunos autores emplean estos tres términos (*ciclo evaluativo*, *ciclo de garantía* o *ciclo de mejora*) como sinónimos e intercambiables entre sí. Entre nosotros, Saturno (1997) ha elaborado un modelo integrador que partiendo del ciclo de garantía clásico, incorpora los distintos pasos y actividades de un ciclo de mejora, como resultado de la propia evolución de la metodología de la gestión de la calidad.

En esta obra se ha optado por describir por separado ambos ciclos respetando la terminología que se encuentra en la bibliografía. No se pretende valorar el grado de diferencias o semejanzas entre ellos ni el nivel de acercamiento producido entre los dos modelos de calidad. Se aporta información para descubrir los significados de los distintos términos empleados. En las referencias bibliográficas, se citan obras y artículos que posibilitan al lector su propia valoración.

En relación con este debate, que tanto espacio ha ocupado entre distintos autores, es oportuno reproducir la argumentación de Juran en una de sus obras (1990): «...sería magnífico si en la comunicación sobre calidad se alcanzase una terminología normalizada para describir los distintos conceptos, acciones y significados. Tal paraíso está muy lejos dado que existen obstáculos activos a esa normalización... Es necesario ante todo descubrir qué realidades se esconden bajo las etiquetas, es decir, acciones, actividades o ideas del individuo que está hablando. Una vez que se comprenda esto, podrá tener lugar una comunicación segura tanto si se está de acuerdo con las etiquetas como si no. En cambio, si la comunicación es puramente a través de ciertos términos, es fácil ser engañado en la creencia de que hay una comprensión, a pesar de que cada parte no sabe literalmente de lo que está hablando la otra.»

En la figura 23.1 se representa un esquema del ciclo evaluativo o ciclo de garantía de calidad, que supone una sucesión de etapas. Siguiendo la terminología que se empleaba en los años ochenta, las sucesivas etapas eran:

1. Identificación de problemas.
2. Elaboración de criterios.
3. Diseño del estudio de evaluación.
4. Evaluación de la calidad.
5. Propuesta de medidas correctoras.
6. Ejecución de las medidas propuestas.
7. Reevaluación.

En la tabla 23.2, se representan las distintas fases que componen el ciclo de mejora. Se trata de cuatro fases, con distintos pasos cada una, que se identifican como:

1. Detección (identificación de oportunidades de mejora).
2. Análisis (tanto de las causas como de las posibles soluciones).
3. Mejora.
4. Monitorización.

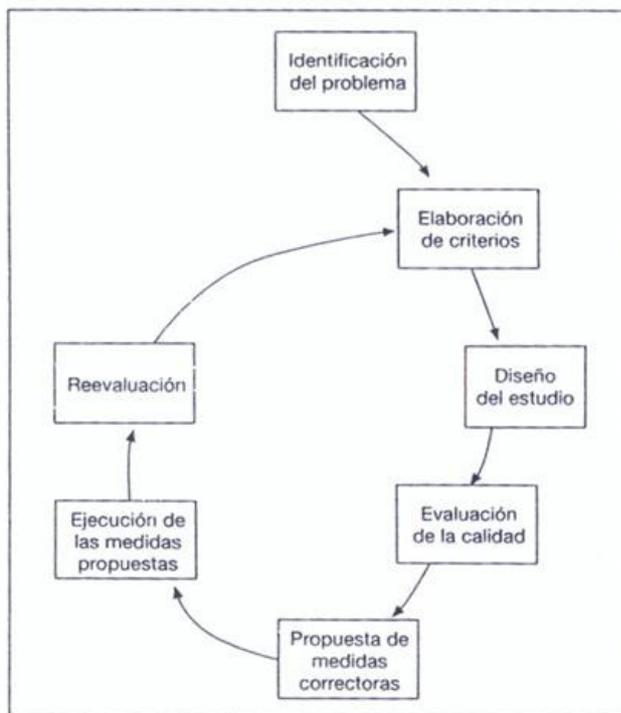


Figura 23.1. Ciclo evaluativo. Tomado de: Palmer H, 1983.

TABLA 23.2. Fases del ciclo de mejora

Primera fase: detección
<ol style="list-style-type: none"> 1. Decidir comenzar 2. Identificar y listar situaciones mejorables 3. Priorizarlas 4. Decidir quién trabaja en cada una y definir equipos de mejoras
Segunda fase: análisis
<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar las causas 2. Considerar posibles soluciones 3. Escoger soluciones factibles 4. Establecer mecanismos de control 5. Detectar y analizar las resistencias al cambio
Tercera fase: mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar soluciones 2. Controlar el proceso de su aplicación 3. Detectar y reparar los obstáculos que se produzcan
Cuarta fase: monitorización
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar los resultados a monitorizar 2. Reiniciar el ciclo

Tomado de: SCMFIC, Plan de mejora de la calidad, 1994.

En relación a la metodología que se puede emplear en cada uno de los pasos que se describen se citan varias herramientas y métodos que se utilizan indistintamente desde una u otra perspectiva. El hecho de que se describan en uno de los dos ciclos no significa que no se emplee en el otro con la misma finalidad (describir la realidad, analizar la relación causa-efecto, elegir entre varias opciones, etc.). Al modelo que se identifica con el programa de garantía y mejora de la calidad se le ha relacionado con los métodos más próximos a la epidemiología (elaboración de indicadores y diseño de estudios evaluativos o de asociación causal). La metodología que se asocia al modelo de la mejora continua de la calidad tiene en común el afán por la representación gráfica de la realidad y del análisis y la importancia que le concede a los aspectos cualitativos (diagrama de flujos, diagrama causa efecto de Ishikawa, diagrama de Pareto, gráficos de control, etc.).

Aún aceptando esta imagen de unos métodos originariamente más asociados a un modelo que a otro, en sentido estricto no existe exclusividad en la utilización de una herramienta para uno de ellos.

A continuación se describe de una forma más pormenorizada y desde un punto de vista operativo, pensando en un programa interno para un equipo de Atención Primaria, el significado de cada uno de los pasos de ambos ciclos (como ya se ha dicho, hay autores que proponen referirse a «ciclo de mejora», en general, sin distinción de modelos).

Ciclo evaluativo

Identificación de problemas

Aparte de iniciar el ciclo, la identificación de problemas (o de oportunidades de mejora) es una de las fases más importantes. Una buena elección es crucial para el éxito del programa.

Es muy conveniente seleccionar lo más relevante para el centro: algo que se quiere hacer especialmente bien o que no es admisible que vaya mal. Al mismo tiempo, es conveniente considerar en la elección de los problemas cuáles serían más fácilmente solucionables en función de su probable origen (de conocimientos, actitudes o estructurales).

Existen múltiples métodos más o menos complejos para proceder a la identificación de problemas. Algunos de ellos tiene una base fundamentalmente subjetiva, como, por ejemplo, el *brainstorming*, los *grupos nominales*, la opinión formal o informalmente recogida de pacientes o de personal sanitario o la revisión actualizada de la literatura científica. Otros pretenden partir de una cierta objetivación, como la que puede resultar de un micromuestreo de casos o historias para buscar áreas-problema, el análisis de incidentes y quejas, el estudio de condiciones índice (*tracers*), el análisis de perfiles estadísticos (*profile analysis*), etc.

No existe ningún método que pueda decirse que sea universal o manifiestamente mejor que otro. En la práctica, el único consejo que puede darse en este sentido es el de la conveniencia de ser flexibles e imaginativos en los métodos a utilizar para identificar problemas. La utilización de uno y otro debe depender de las características de cada institución; en concreto de validez, factibilidad y resultados prácticos previsibles de cada uno.

Al enfrentarse a más de un problema, su priorización es imprescindible, ya que es imposible evaluar todo al mismo tiempo. Una forma de hacerlo es considerar los clásicos criterios de Hanlon utilizados en salud pública: número de pacientes afectados (magnitud del pro-

blema), si están o no en relación con riesgos graves para el paciente (gravedad), en qué medida depende la solución del propio equipo asistencial (vulnerabilidad) y su coste.

Elaboración de criterios

Una vez identificado el problema hay que proceder a definir los criterios para la evaluación. La utilidad de la evaluación depende de una correcta selección y definición de criterios.

Se pueden definir los criterios como las condiciones que ha de cumplir la práctica asistencial (o la estructura o los resultados, en su caso) para que pueda ser considerada de calidad. Constituyen la referencia para evaluar la calidad. Los criterios se identifican con objetivos de calidad asistencial que se quieren cumplir.

Los criterios pueden ser implícitos o explícitos. Como el propio concepto indica los *criterios implícitos* son los que se asocian a la buena práctica y responden a los contenidos teóricos que definen una actividad profesional determinada. En un sentido más concreto son los que practicaría un profesional de reconocido prestigio. Por ello, cuando un programa de control de calidad se basa en criterios implícitos, se requiere contar con uno o varios profesionales solventes, distintos de los que se intenta evaluar, que tras conocer los datos recogidos emiten su juicio sobre en qué grado se cumplieron los criterios de calidad. La objetivación y comparaciones del resultado de las evaluaciones se dificultan con el uso de criterios implícitos.

Los *criterios explícitos* son aquellos en que se especifican las actuaciones concretas a realizar en cada caso. Pueden ser a su vez empíricos o descriptivos y normativos.

Los *criterios empíricos* son definidos en base al modo en que habitualmente se presta una determinada atención. Se usan como referencia para juzgar la actuación de una institución o grupo de profesionales concretos. Este tipo de criterios tiene el riesgo de perpetuar una mala práctica que por distintas razones hubiese llegado a ser habitual.

Los *criterios normativos* se elaboran específicamente para una situación concreta, y señalan de una forma operativa lo que debe hacerse, cómo y por quién. Algunos autores se refieren a estos criterios como normas.

Estándar es la especificación cuantitativa de un criterio. El término estándar se suele emplear más en los programas de acreditación, y en ese contexto se refie-

re al nivel mínimo que se ha de alcanzar en el cumplimiento de un criterio para que sea aceptable.

Los términos «criterio», «norma» y «estándar» no se emplean siempre con la misma acepción por los distintos autores. En el manual de acreditación de la JCAHO estándar se emplea como sinónimo de criterio.

Para facilitar la evaluación posterior es conveniente utilizar criterios explícitos y normativos. También es aconsejable que sean lo más sencillos posible. En la tabla 23.3 se presenta un ejemplo de criterios normativos, esenciales (se refieren a lo mínimo aceptable, no maximalista), sencillos y flexibles (especifican alternativas aceptables).

Diseño del estudio de evaluación.

Es la parte más técnica del ciclo evaluativo y requiere una aplicación metodológica rigurosa. El diseño del es-

tudio persigue medir el nivel de calidad de un área de la actividad del centro, comparando la realidad observada con los criterios previamente definidos.

Como en todo método es necesario seguir unos pasos determinados. Distintas obras ofrecen guías para ayudar en el diseño de la evaluación (Palmer, 1983; Programa Ibérico, 1990).

En el diseño de un estudio de evaluación, como ocurre con otros diseños metodológicos, es necesario tener en cuenta distintos aspectos, como la dimensión de la calidad a medir, el tipo de datos que se van a recoger (de la estructura, del proceso o resultados), las unidades de estudio, la identificación y el muestreo de casos, las fuentes de datos, los criterios que se van a emplear o el modo de intervención previsto para mejorar la calidad.

La descripción de la unidad de estudio para la evaluación es el equivalente a la definición de caso en los

TABLA 23.3. Ejemplos de criterios en la evaluación de las actividades de detección de cáncer en la mujer

General	Excepciones	Aclaraciones a los criterios
<i>Cobertura</i>		
1. Porcentaje de pacientes asignadas al centro incluidas en el subprograma de detección de cáncer de la mujer		
<i>Actividades</i>		
2. A toda paciente incluida en el subprograma debe haberse practicado citología, constando el resultado en la historia clínica	Histerectomizadas (no en caso de histerectomías subtotales); pacientes que nunca tuvieron relaciones sexuales	Se consideran factores de riesgo: - Comienzo precoz de las relaciones sexuales (< 18 años) - Paciente con varios compañeros sexuales
A. Paciente recién incluida en el programa: 2 citologías consecutivas con un año de intervalo	Pacientes derivadas al Centro de Orientación Familiar (COF)	- Antecedentes personales de enfermedad venérea
B. < 35 años: 1 citología cada 3 años		- Multiparidad (> 3 hijos por vía vaginal)
C. > 35 años: 1 citología cada 5 años		- Bajo nivel socioeconómico
D. Paciente con factores de riesgo: mínimo con frecuencia doble a las indicadas		
3. Ante un citología patológica debe haberse iniciado tratamiento o estudio antes de 15 días	Ninguna	
A. Si carcinoma <i>in situ</i> : derivación		
B. Si atipia: tratamiento antiséptico y/o estrógenos locales		
C. En el caso anterior, debe repetirse citología al mes de finalizado el tratamiento		
D. Si dos citologías consecutivas con atipias: derivación		
4. En toda paciente incluida en el subprograma se debe haber practicado exploración mamaria en el último año, constando el resultado en la historia clínica	Mastectomía bilateral	Se cuantificarán por separado las pacientes con factores de riesgo y sin ellos

Tomada del Programa Ibérico, 1991.

estudios epidemiológicos. Se trata de definir la unidad básica de estudio en la que se van a medir los criterios de calidad. Habitualmente se realiza según tres aspectos: características del paciente o población objeto de la atención que se evalúa (edad, sexo, diagnóstico, etc.), características del profesional o profesionales que participan (médicos, enfermería, más de un equipo, etc.) y período de tiempo evaluado.

La definición de la unidad de estudio identifica la población de casos o universo a evaluar. El tipo de muestreo lo marcará la propia característica de los casos. Se quiere resaltar que los objetivos de la evaluación de la calidad no son idénticos a los de un trabajo de investigación habitual y que, muchas veces, puede llevarse a cabo con un número relativamente pequeño de casos. El manual de la JCAHO propone un mínimo de 20 o el 5% del total. Otros textos señalan entre 30 y 60 casos como regla práctica y habitualmente suficiente. Lógicamente, si se busca una mayor precisión en los resultados será necesario ampliar el número de la muestra.

La fuente de datos es habitualmente la historia clínica u otros documentos del sistema de registro de los centros de Atención Primaria. A veces el diseño del estudio exige la realización de encuestas o recogida de datos especiales.

Evaluación de la calidad

Los resultados obtenidos tras la recogida y análisis de los datos diseñados se compara con los criterios o estándares definidos en el estadio inicial. Se emite un juicio sobre qué datos son incumplidos y se identifican las causas. Hay criterios que se considera han de cumplirse al 100% y otros para los que se pueden admitir unos niveles de cumplimiento menores y seguir considerando buena la calidad de la asistencia.

Propuesta de medidas correctoras

El colectivo de profesionales, una vez valoradas las distintas alternativas, propone las modificaciones que cree oportunas para alcanzar el cumplimiento requerido de los criterios.

Dado que se trata de un programa interno, las medidas correctoras que se propongan se basarán en la motivación y disponibilidad de los propios profesionales.

En el caso de que se hubiesen detectado problemas de formación o estructurales pueden ser necesarias actividades educativas específicas o medidas organi-

zativas que requieran la intervención de la dirección. De ahí la necesidad de que exista una predisposición al cambio en la organización en su conjunto, como se señalaba al definir los factores claves de un sistema sanitario de calidad

Ejecución de las medidas propuestas

Una vez difundida y aceptada la propuesta de medidas correctoras, se deja transcurrir un tiempo en el cual es previsible se esté cumpliendo con las modificaciones acordadas. A veces, es necesario un período de formación en entrenamiento para adquirir los conocimientos y habilidades que posibiliten llevar a cabo la acción propuesta.

La propuesta y ejecución de medidas correctivas es lo que distingue más genuinamente las actividades de garantía de calidad de lo que serían sólo estudios de evaluación de la calidad asistencial.

Revaluación

Transcurrido un plazo de tiempo determinado (p. ej., 6 meses) y utilizando un diseño similar al de la etapa anterior, se recogen y analizan los nuevos datos que permiten evaluar en qué grado se cumplen ahora los criterios inicialmente definidos. Según cuál sea el resultado de esta reevaluación, se inicia de nuevo el ciclo. Puede suceder que sea necesario reconsiderar los criterios propuestos a la luz de las dificultades observadas para su aplicación. Se trataría en este caso de criterios no realistas o excesivamente rígidos.

Una vez solucionado y controlado el problema o área-problema que se ha abordado en primer lugar, es necesario iniciar la evaluación de otro. De hecho, una de las misiones fundamentales de los responsables del programa de garantía de calidad es el rastreo constante de áreas asistenciales para evaluarlas y detectar aquellas cuya calidad puede ser mejorada.

Ciclo de mejora

Detección

El ciclo de mejora se inicia, con la identificación de «oportunidades de mejora». Los teóricos de la mejora continua de la calidad, parten de la base de que todo puede mejorarse (no existen puntos finales). Se descarta la revisión de errores o problemas ya producidos. Se trata-

ría de encontrar «puntos susceptibles de mejoras potenciales». Los métodos para la identificación son los mismos que ya se han citado en el apartado correspondiente del ciclo evaluativo. Un aspecto que destaca en este modelo frente al anterior, es la importancia que se da a la opinión tanto de los profesionales como de la población o de otros profesionales externos.

Al igual que sucedía en el ciclo de garantía es necesario elegir cuál es la oportunidad de mejora más prioritaria para desencadenar una estrategia de acción. Estos programas han extendido el uso de métodos eminentemente cualitativos como la simple ordenación subjetiva de los criterios o la comparación por parejas de situaciones mejorables detectadas realizada por los miembros de la comisión de calidad. Otras técnicas de priorización más estructuradas son las que se basan en criterios que se intentan cuantificar, como es el caso del método de Hanlon ya citado.

Una característica de la mejora continua es que, una vez elegida una situación mejorable concreta, las fases siguientes de análisis y propuestas de cambio y de su posterior seguimiento y control recae en un grupo reducido de profesionales del centro, ligados a la situación de que se trate. A estos grupos se les denomina equipos de mejora. Serían similares a lo que en algunos tratados en el ámbito de las grandes empresas se les denominaba círculos de calidad. En ciertos casos, la comisión de calidad como tal puede asumir el llevar a cabo todas las fases del ciclo.

Análisis

La finalidad de esta fase del ciclo de mejora es proponer cambios que mejoren o solucionen la situación o problema elegido (para mejorar se ha de cambiar).

Las probabilidades de éxito del cambio que se proponga depende de tres factores:

1. Identificación de las causas reales de la situación mejorable.
2. Efectividad y factibilidad de las soluciones escogidas.
3. Aceptación del cambio por los implicados.

El método aconseja conocer antes del análisis de las causas todos los pasos en que puede dividirse el proceso. En este punto el *diagrama de flujos* (representación gráfica de los distintos pasos del proceso) puede ser una herramienta útil.

El análisis de causas se sustenta en un enfoque multicausal. Las causas pueden ser organizativas, ligadas a las personas del equipo, a los materiales, a la estructura o a los propios clientes. Las causas más frecuentes son las organizativas y las materiales. Las más difíciles de resolver son las actitudes del personal. Para identificar y agrupar las causas se puede utilizar, entre otros métodos, el *diagrama de espina* también conocido como *diagrama causa-efecto de Ishikawa*.

La metodología que se puede emplear en el análisis de las causas es muy variada: desde el análisis estadístico-epidemiológico de la asociación causal más riguroso o del cálculo de coeficientes de correlación a los *diagramas de dispersión* o al *diagrama de Pareto*.

El diagrama de Pareto, muy utilizado en los análisis más sencillos, no es más que la representación en un diagrama de barras de las frecuencias de cada causa y de la curva de acumulación de frecuencias relativas (fig. 23.2). Se basa en la fórmula 20/80: el 20% de las causas generan el 80% de los efectos. Desde un punto de vista más general quiere decir que pocas causas explican la mayoría de los casos. De ahí la importancia de identificarlas y la utilidad del diagrama de Pareto.

Una vez identificadas y analizadas las causas se requiere elaborar una lista de posibles alternativas de cambios y tras analizar su efectividad y factibilidad elegir una de ellas. La metodología es similar a la expuesta hasta ahora. Una vez seleccionado el cambio a poner en marcha es necesario establecer los mecanismos de control que se van a instaurar para su seguimiento (elaboración de indicadores).

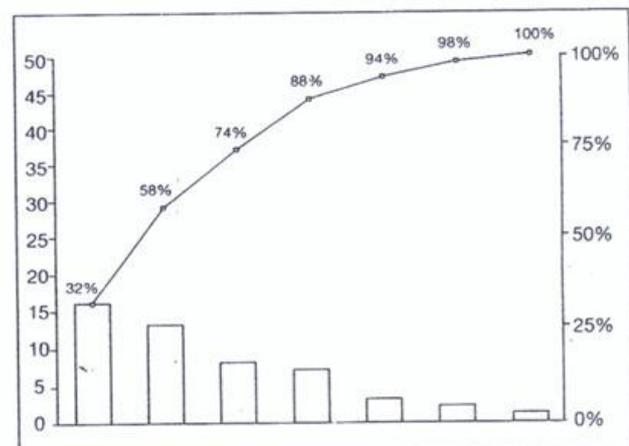


Figura 23.2. Diagrama de Pareto. Tomado de: Comisión de mejora de la calidad. Implantación de un plan de mejora de la calidad en Atención Primaria de Salud, SCMFIC, 1994.

Dado que todo cambio genera resistencias, éste ha de planificarse y gestionarse cuidadosamente, detectando y analizando las posibles resistencias o barreras y las alternativas posibles. Como ya se ha señalado, es necesario tener muy presente que los motivos de resistencia suelen ser individuales y, muchas veces, ocultos.

Mejora

La responsabilidad de implantar la mejora propuesta recae en la dirección del centro o del equipo. Éste es un principio básico. Una vez puesto en marcha el equipo de mejora ha de continuar el ciclo con el seguimiento y control de la aplicación acordada, de forma que permita detectar lo más precozmente posible los obstáculos y alteraciones que pudieran surgir, considerando soluciones alternativas si fuese necesario.

Esta tercera fase del ciclo de mejora es muy difícil de separar de la siguiente (monitorización) que cierra y reinicia a la vez el ciclo. La principal actividad de seguimiento es la monitorización, que se convierte así en un paso más de este ciclo de mejora.

En el programa de garantía y mejora de la calidad a la monitorización se la identifica como una actividad con personalidad propia, no integrada en el ciclo evaluativo.

Monitorización

La monitorización supone el establecimiento de un sistema de información regular, sistemático y completo, que mida los aspectos esenciales de la atención que se presta en una institución a través de los llamados *indicadores clínicos*.

El indicador clínico es una herramienta para identificar procesos o aspectos importantes de la práctica. No constituyen por sí mismos una medida directa de la calidad sino que forma parte de un sistema de alarma para señalar aspectos que requieren un estudio en profundidad. Los indicadores clínicos pueden ser de dos tipos: indicadores centinelas (detectan un caso suficientemente grave que, por el mero hecho de presentarse, exige una investigación detallada del proceso de atención) o indicadores cuantitativos basados en una proporción.

Cuando uno de estos indicadores cuantitativos alcanza un nivel de alerta establecido previamente (*umbral de evaluación*), advierte acerca de la posibilidad de que

se esté produciendo un problema de calidad. Si se confirma, se inicia el ciclo evaluativo para poner en marcha medidas correctoras (fig. 23.3).

La actividad de la monitorización se estructura en cuatro fases principales:

1. Definir todo el espectro de la atención que se ofrece desde el equipo o centro.
2. Identificar los aspectos más importantes de esa atención (procesos).
3. Definir los indicadores.
4. Recoger y analizar la información.

La monitorización como identificación precoz de un problema es el abordaje que recomienda la JCAHO desde 1985 para la puesta en marcha de programas de garantía y mejora de la calidad. Este sistema no ha sido utilizado al completo en los centros de salud de España, probablemente porque requiere no sólo conocimientos metodológicos más profundos sino una infraestructura para la recogida de datos de la que actualmente no se dispone.

Asimismo, la información que suministra monitorización se utiliza en el análisis de las causas y de las soluciones a las que se enfrenta el ciclo de mejora. Al analizar las variaciones de un indicador determinado es posible definir si la causa de la variación observada en el proceso es sistémica (intrínseca al propio proceso) o extrasistémica (externa a él). Una herramienta muy útil para este análisis es el *gráfico de control* (fig. 23.4).

El gráfico de control es una aportación metodológica del modelo empresarial de calidad y constituye una de las siete herramientas del control de calidad que Ishikawa califica como muy importantes. Básicamente, supone la representación de las mediciones del indicador a lo largo del tiempo en un eje de coordenadas en el que figura una banda de valores del indicador limitada por dos líneas de control (superior e inferior) en la que se considera que la variabilidad es debida al azar (en abscisas se representa la secuencia temporal de las mediciones y en ordenadas los valores del indicador).

Cada proceso tiene una proporción de malos resultados, o defectos, debidos a multitud de causas, ya que no es posible eliminar todas las posibles fuentes de error. Desde esta perspectiva, los fallos en alcanzar el nivel de calidad deseado de un proceso pueden provenir de dos fuentes: del propio proceso (fallos sistémicos) o de fuera del proceso (fallos extrasistémicos). Algunos autores se refieren a los fallos sistémicos como

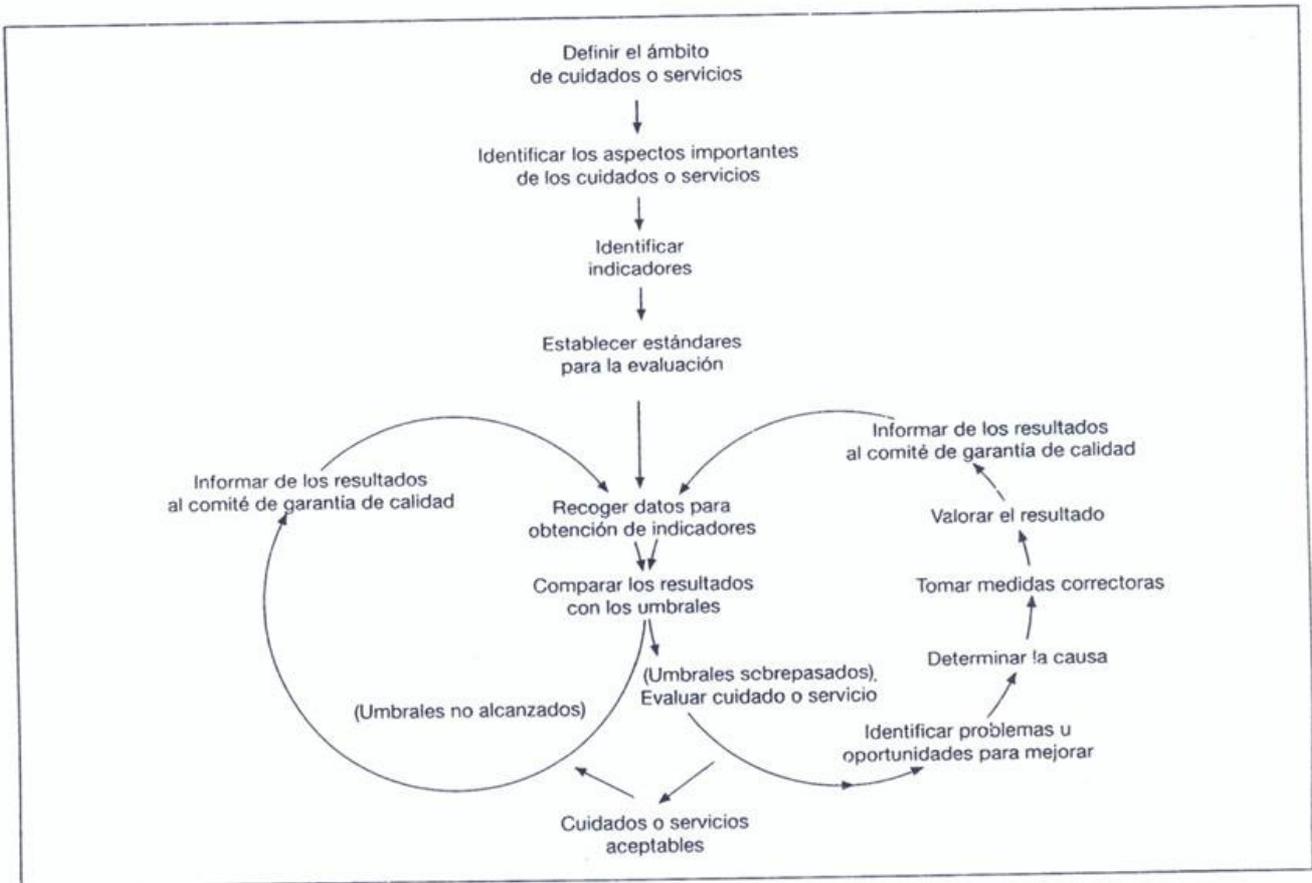


Figura 23.3. Esquema general del sistema de monitorización y evaluación. Modificada de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.

fallos o causas estructurales, ya que en el concepto de procesos o sistemas de atención se incluyen aspectos organizativos o de recursos, que pueden ser los causantes de los fallos observados. A este tipo de variabilidad del indicador achacable al proceso también se le conoce con otros términos, que intentan expresar esa característica: variabilidad aleatoria, no debida a los individuos, no asignable, estable y controlada, entre otros.

Los fallos sistémicos no son atribuibles a los profesionales; son inherentes al propio proceso y no pueden eliminarse sin cambiarlo, aunque los profesionales se esfuercen en evitarlos. Otra de sus características es que, a largo plazo, su proporción es previsible. Por ejemplo, el tiempo de espera para una visita, si todos los profesionales cumplen las normas, tiene una media estable, que es atribuible al sistema organizativo.

En cambio, los fallos con causa extrasistémica son atribuibles a causas ajenas al proceso y sólo se producen cuando existe una de estas causas. También se le

conoce como variabilidad especial o asignable. Tiende a agruparse por individuos, lugares o tiempo. Por ejem-

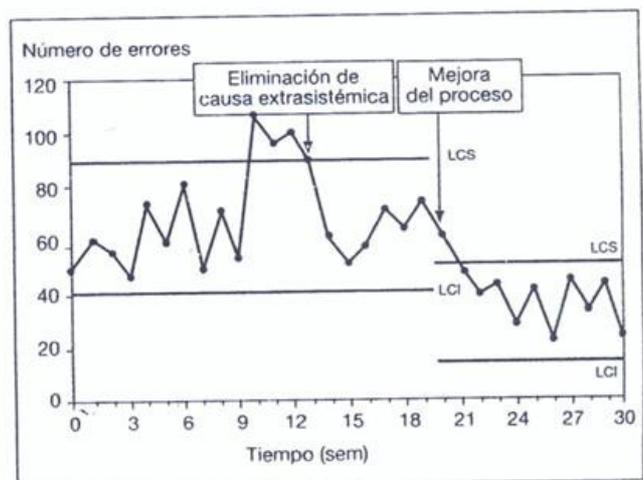


Figura 23.4. Esquema de un gráfico de control estadístico. LCS: Límite de control superior de la variable estadística. LCI: Límite de control inferior de la variable estadística.

plo, si un profesional inicia con retraso la consulta, la media de tiempo de espera de sus pacientes aumentará, ya que no cumple la norma.

La monitorización se orienta inicialmente a la detección y seguimiento de problemas con causa extrasistémica, ya que en la primera fase se procede a la evaluación solamente cuando un indicador alcanza un «umbral de evaluación» preestablecido, que suele estar por encima del nivel de fallos inherentes al proceso. Permite detectar, por ejemplo, que un determinado profesional puede requerir formación en una técnica concreta ya que sus fallos están muy por encima de la media estadística (no pertenecen al proceso). La monitorización supone el control de procesos estadísticamente estables.

Cuando las variaciones del indicador se estabilicen entre las líneas de control del gráfico, los fallos serán entonces atribuibles al proceso (se dice que, en ese momento, el proceso está controlado estadísticamente; que se ha logrado el «control estadístico del proceso»). Si se quiere ahora seguir mejorando la calidad será necesario cambiar el proceso. Es lo que se conoce como rediseñar el proceso. Sólo así se conseguirá aumentar el nivel medio de calidad. Para ello se requerirán mejoras de tipo formativo, tecnológico u organizativo (fig. 23.4).

El diseño de la calidad puede entenderse integrado en el ciclo de mejora y ser una más de las propuestas que hacen a la dirección los equipos de mejora o puede considerarse una actividad especializada que emplea técnicas que le son propias, de una mayor o menor complejidad (reingeniería, *benchmarking*, planificación Honsi Kanri, QFD, desarrollo de la función de calidad, etc.).

Programas de calidad externos. Programas de acreditación

Cuando la calidad de una institución o servicio sanitario determinado es evaluada por un organismo distinto a la propia institución o servicio de que se trate se habla de programas externos o suprainstitucionales. El prototipo de evaluación externa es el programa de acreditación.

El organismo que realiza el programa tiene posibilidades de actuar sobre la institución según el resultado mediante una intervención administrativa (p. ej., mediante restricciones o facilitación presupuestaria, cam-

bio del contrato que liga a la institución evaluada con su financiador, reconocimiento oficial de un grado de excelencia en la calidad, capacitación para la docencia, etc.).

Por acreditación se entiende el reconocimiento profesional y público de que una determinada institución está capacitada para proveer servicios sanitarios de calidad. La acreditación docente se refiere al reconocimiento de la capacidad para la enseñanza, que en el caso de las instituciones sanitarias se asocia a una alta calidad asistencial.

Cuando un centro sanitario solicita ser acreditado persigue, por una parte, el reconocimiento profesional y público de que los servicios sanitarios que presta a la población son de calidad y por otra, el poder ofrecer determinadas prestaciones que requieran esa condición (acceder a un programa de docencia, ser aceptado como proveedor de servicios por una determinada agencia, etc.).

En todo programa de acreditación es posible identificar cuatro elementos básicos:

1. El organismo acreditador.
2. Las normas de acreditación.
3. El proceso de acreditación.
4. Los beneficios de la acreditación.

El organismo acreditador es el titular del programa y emite los certificados de acreditación. Las dos características fundamentales del ente acreditador son la credibilidad y la imparcialidad. El organismo evaluador que puede estar muy alejado institucionalmente del centro a evaluar, caso de la JCAHO en Estados Unidos o de la Comisión Nacional de Acreditación Docente de Instituciones Sanitarias en España, o ser un organismo muy ligado a la dirección del sistema sanitario, caso de las PRO (*Peer Review Organization*) americanas o, en España, de los equipos de inspección o control de calidad dependientes del Sistema Nacional de Salud tanto a nivel central como a nivel de las nacionalidades o regiones.

De las principales experiencias en marcha existentes en los distintos países se puede deducir que el mayor o menor grado de independencia con el Gobierno no cuestiona al organismo acreditador siempre que sea capaz de mantener su condición de credibilidad e imparcialidad. La mayoría de los programas de acreditación que funcionan en los sistemas sanitarios están

dirigidos por acreditadores independientes de la autoridad sanitaria, pero reconocidos por ella.

En España, los programas de acreditación de instituciones sanitarias existentes dependen de las comunidades autónomas. En Cataluña, donde el programa de acreditación de hospitales está muy desarrollado, el organismo acreditador está directamente ligado al departamento de Sanidad y Seguridad Social. Es una Dirección General quien dictamina la resolución sobre la acreditación. Asimismo, el organismo acreditador de los hospitales y centros de salud que quieren participar en el programa MIR de formación de médicos especialistas es el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, vinculado a los Ministerios de Sanidad y de Educación.

El organismo acreditador desarrolla tres tipos de funciones: establece las normas, hace las inspecciones de los centros que quieren acreditarse y emite los certificados de acreditación.

Las normas de acreditación son el conjunto de estándares que se utilizan para medir al centro que quiere acreditarse. Están recogidos en el Manual de acreditación que edita el organismo acreditador.

El proceso de acreditación supone la serie de actuaciones que se llevan a cabo para llegar a la acreditación. Se resumen en tres pasos: solicitud, visita y decisión. La solicitud es una opción voluntaria y constituye una característica fundamental del programa de acreditación. La visita es una parte fundamental del proceso y es realizada por uno o varios evaluadores externos. Son realizados generalmente por profesionales del mismo tipo a los que se evalúa (*peer review*) que emiten un informe ante el organismo acreditador que toma la decisión de acreditar o no. Se realizan, como en todo programa de garantía de calidad, propuestas alternativas para superar las deficiencias observadas.

El recibir la acreditación supone ciertos beneficios, en primer lugar para el centro solicitante, pero también la existencia de un programa de acreditación supone beneficios para el comprador de los servicios y la propia población que va a recibir las prestaciones.

Situación actual de los programas de calidad en Atención Primaria en España

Como se ya se ha señalado con anterioridad, en 1987, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas por dele-

gación del Ministerio de Sanidad y de Educación puso en marcha un programa de acreditación de unidades para la docencia posgraduada que incluyó por primera vez los requisitos de acreditación que debían reunir los centros de Atención Primaria que quisieran participar en la docencia de posgrado de medicina familiar y comunitaria. Tras 10 años de experiencia de ese programa, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que en este tema asume el papel de organismo acreditador, ha acordado actualizar dicho programa de acreditación. A diferencia del programa anterior no se habla de criterios absolutos o recomendables, sino que se describen los estándares agrupados por funciones: coordinación de la unidad docente, edificio y equipamiento generales del centro de salud, personal del centro, datos asistenciales, sistemas de registro, actividad asistencial, docencia e investigación y biblioteca.

En los años ochenta, coincidiendo con la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria basado en los centros de salud y su rápida extensión en distintas CCAA, surgió entre los profesionales de la Atención Primaria un gran interés por los programas de garantía y mejora de la calidad asistencial. En una primera época se centraron en analizar datos de estructura y de proceso, muchos de ellos utilizando un enfoque externo. Este clima llevó a que se definieran estándares óptimos, especialmente referidos a la estructura, para identificar a los nuevos centros de salud que reunían dichos criterios.

Con posterioridad se ha ido extendiendo una cultura de la calidad que se manifiesta, por una parte, por el interés creciente de los profesionales de los centros de Atención Primaria por mejorar su formación en temas relacionados con la calidad y, por otra parte, en el desarrollo de programas internos de calidad.

Por su función de liderazgo en el desarrollo de programas internos de mejora de la calidad y como expresión de realidades concretas entre nosotros, es necesario mencionar, como ya se ha citado a lo largo del texto, el Programa Ibérico de garantía de calidad y la Comisión de mejora de calidad de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria.

La prioridad que la calidad asistencial ocupa entre los temas de formación continuada que reclaman los profesionales de la Atención Primaria queda reflejada en la aparición de distintos proyectos de formación específica y en las obras e iniciativas de reciente aparición en España sobre este tema (plan de mejora, curso a distancia y tratado de calidad asistencial en Atención Primaria, etc.).

El desarrollo del contrato-programa, como instrumento en ese proceso de progresiva separación entre las funciones de financiación, compra y provisión de servicios que vienen impulsando la administración sanitaria, ha propiciado la evaluación externa de la calidad de los centros de Atención Primaria y la definición de criterios explícitos contenidos en la cartera de servicios y en las normas técnicas mínimas.

Bibliografía general

- Benson DS, Townes FG. Excellence in ambulatory care. A practical guide for developing effective quality assurance programmes. San Francisco: Jossey-Bass, Berwick DM, 1990.
- Bohigas L, Otero A, Suñol R. Los programas de acreditación. En: Calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du Pont Pharma, 1997; III:28.
- Bolfrey AE, Roessner J. Curing health care. New strategies for quality improvement. Quality of health care: What is it? N Eng J Med 1996; 335:891-893.
- Comissió de Millora de la Qualitat. Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut. Barcelona: Sociedad Catalana de MFC, 1993.
- Comissió de Millora de la Qualitat. Implantació d'un pla de millora de la qualitat a l'Atenció Primària de Salut. Barcelona: Sociedad Catalana de MFC, 1994.
- Crosby B. The Quality is free. Nueva York: McGraw Hill, 1979.
- Davins J. Las oportunidades de mejora o problemas de calidad. Definición y métodos de identificación. En: Calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du Pont Pharma, 1997; II; 7:17-47.
- Demming WE. Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position. Cambridge: University Press, 1982.
- Dirección General de Planificación Sanitaria. Manual de acreditación de centros para la docencia médica posgraduada. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, 1985.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Feigenbaum AV. Total quality control. Washington: McGraw Hill, 1983.
- García-Boró S et al. Evaluación de la calidad del proceso en equipos de Atención Primaria. Medifam, 1993; 3:17-24.
- Hughes J, Humprey C. Medical Audit in General Practice. Medical Audit series, 3. Londres: King's Fund Centre, 1990.
- Institute of Medicine (IOM) A strategy for Quality Assurance. Washington: National Academy Press, 1990; I-II.
- Ishikawa K. What is Total Quality Control ? The Japanese way. Prentice Hall: Englewood Cliffs, 1985.
- Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Joint Commission on Accreditation. Quality assurance in ambulatory care. Chicago: JCAHO, 1990.
- Joint Commission on Accreditation. Primer on indicator development and application. Chicago: JCAHO, 1991.
- Joint Commission on Accreditation. The transition from QA to CQI. Chicago: JCAHO, 1991.
- Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para ejecutivos. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. Manual de control de la calidad, 2.ª ed. Barcelona: Reverté, 1990.
- Marquet R, Davins J, Casas J, Fernandez RM. Garantía de calidad en un centro de salud: dos años de experiencia. Atención Primaria, 1991; 10:746-752.
- Marquet R. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma, 1993; 47-64.
- Maxwell RJ. Quality assessment in health. BMJ, 1984; 288:1470-1472.
- Nutting PA, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Barcelona: SG, 1991.
- Otero A, Engel JL. Calidad de la estructura y acreditación en los EAP. Control de calidad asistencial, 1988; 3:50-54.
- Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad. Madrid, 1989.
- Palmer RH, Donabedian A, Povar G. Striving for Quality in Health Care. Health Administration Press. Ann arbor 1991.
- Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de los proyectos. Ministerio de Sanidad. Madrid, 1990.
- Saturno PJ. Curso de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Universidad de Murcia y Du Pont Pharma, 1977.
- Saturno PJ. ¿Qué es y para qué sirve un programa de gestión de la calidad? En calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du Pont Pharma, 1997.
- Sketris I. Health Service Accreditation. An international overview. Londres: King's Fund Centre, 1988.
- Suñol R, Bañers J. Origen, evolución y características de los programas de gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du Pont Pharma, 1997.
- Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson, 1989.
- World Health Organization Quality assurance and development in health care. Present concepts and future trends. Technical papers, 1, WHO/EURO, 1991.