

Calidad Asistencial en Atención Primaria

El concepto de calidad asistencial ha sido definido a lo largo de los años por distintos autores de gran prestigio, como Avedis Donabedian. Calidad asistencial es organizar los elementos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en la salud y calidad de vida de pacientes y usuarios. De esta aproximación se deriva una conclusión muy clara: el esfuerzo de mejora de un servicio sanitario es responsabilidad de todas las personas que trabajan en él.

El concepto de calidad asistencial puede ser entendido por todos los profesionales y no ofrece mayor problema. Sin embargo, para lograr implantar sus principios, ha sido necesario desarrollar una disciplina llamada también "calidad asistencial". Esta disciplina no siempre es bien conocida por los profesionales sanitarios, que a veces observan con escepticismo o rechazo los esfuerzos de directivos o expertos en calidad en implantar planes de mejora. Para intentar superar el rechazo o la indiferencia de los profesionales, casi todas las actividades formativas en calidad asistencial comienzan con una revisión de la historia de este movimiento. Esta aproximación tiene su lógica y permite contemplar con perspectiva las experiencias, fracasadas o exitosas, de profesionales e instituciones que nos han precedido. Entre las primeras, destaca la lucha novelesca del Dr Semmelweiss contra la infección puerperal, como ejemplo de un avance crucial que tardó en ser aceptado por la medicina institucional de la época. Aunque a veces se atribuyó este fracaso al inmovilismo y corporativismo de los médicos de la época, otros factores jugaron en contra de Semmelweiss: un carácter difícil, la imposibilidad de demostrar la existencia de los agentes patógenos causantes de la fiebre puerperal, etc. La historia exitosa de la reforma sanitaria y de la profesión enfermera realizada por Florence Nightingale demuestra cómo en otras condiciones, los profesionales y el sistema sanitario en general son capaces de adoptar eficaces medidas de mejora.

A lo largo del siglo XX, se han ido produciendo innovaciones y desarrollos que confluyen finalmente en la calidad asistencial actual. La primera línea de trabajo se centró en la calidad científico-técnica, es decir, en la actividad clínica: diagnóstico, tratamiento, y más tarde, prevención y rehabilitación. Los estudios de variabilidad de la práctica asistencial iniciados por Wennberg en los EE.UU. demostraron que la causa más importante de diferencias en las tasas de procedimientos médicos eran los distintos estilos profesionales. Otra línea de desarrollo que está contribuyendo a mejorar la calidad científico-técnica es la medicina basada en la evidencia. Este movimiento ha exigido replantearse la forma de practicar la medicina. La excesiva abundancia de información en las publicaciones científicas (la mayor parte redundante o inservible), exige lograr que los clínicos dispongan de la información ade-

cuada en el momento preciso para poder reducir la incertidumbre de las decisiones clínicas.

La segunda gran línea de trabajo que va configurando la calidad asistencial es el reconocimiento progresivo del papel del enfermo y del usuario en el sistema sanitario. Poco a poco, se fue reconociendo el derecho del paciente a conocer los aspectos más relevantes de su enfermedad, alternativas terapéuticas, pronóstico, etc., plasmado en el consentimiento informado. Después, se añadió su participación en el proceso curativo o preventivo, asumiendo derechos y responsabilidades. Finalmente, en un tema muy actual, se debaten nuevas formas de participación de usuarios y asociaciones en el diseño de los servicios de salud. Este debate no está resuelto definitivamente.

El mundo sanitario se ha visto beneficiado por muchos avances producidos en otros campos profesionales y sociales. La revolución del consumidor informado ha obligado a las empresas y a la industria a definir sus procesos, su forma de trabajar, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los consumidores y clientes. Los ingenieros y los directivos de las empresas más exitosas se adaptan a las necesidades cambiantes, y generalmente crecientes, de sus clientes. Aunque los fallos de mercado a veces impiden ver claramente los resultados de este cambio, se acepta que las instituciones y empresas construidas en torno a las necesidades de sus clientes son las más exitosas a largo plazo. La complejidad de una buena gestión en cualquier ámbito es enorme. Por ello, los expertos en gestión y calidad han tratado de desarrollar modelos que faciliten la labor a gestores y trabajadores. Así han surgido distintos modelos; tres de ellos tienen gran importancia en el ámbito sanitario. El primero son las normas ISO, que surgen por la necesidad de normalizar productos y servicios. Las últimas versiones de las normas ISO (serie 9000) tienen en cuenta no sólo aspectos técnicos, sino también aspectos de gestión y mejora continua. El segundo gran modelo aplicado en sanidad es el más "médico" de todos: el modelo de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Este modelo establece una serie de criterios de buena práctica clínica, asistencial y gestora (estándares), que debe cumplir una institución sanitaria para ser reconocida como de calidad por una entidad acreditadora independiente. Finalmente, el tercer modelo a tener en cuenta es el EFQM (European Foundation for Quality Management). Este modelo clasifica la actividad de una entidad en nueve grandes criterios; establece que una institución debe gestionar bien sus recursos (humanos y materiales), con una actividad correctamente planificada y ejecutada (procesos), y obtener unos resultados óptimos en sus clientes y en los propios trabajadores, sin olvidar el impacto de la empresa en el medio ambiente (físico y social). Este modelo está suponiendo un gran avance, ya que ofrece

un lenguaje común que permite comparar prácticas entre sectores y empresas muy diferentes, y aprender de las mejores soluciones.

Un ejemplo de un desarrollo industrial trasladado al mundo sanitario es la seguridad del paciente. Desde hace unos años, tras la publicación del informe "Error es humano" en EE.UU., ha aumentado la preocupación por los efectos adversos de la atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud lanzó la iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", que está teniendo una gran repercusión, plasmada en programas y medidas que mejoran la seguridad y reducen los efectos adversos de la atención. Aunque inicialmente el ámbito más estudiado es el hospitalario, también en atención primaria existe una gran preocupación. El movimiento de seguridad del paciente enlaza con iniciativas anteriores: la calidad científica técnica plasmada desde hace años en el esfuerzo por reducir la infección nosocomial, la participación del paciente en su propia atención y en la mejora de la seguridad (Patient's for patient safety), etc.

A estas alturas el lector se podrá extrañar de que no se haya abordado más aisladamente la calidad asistencial en el ámbito de Atención Primaria. En realidad, este abordaje específico no tiene mucho sentido, porque las preocupaciones y los avances, los retos y los desarrollos futuros son comunes, no ya sólo a los distintos niveles asistenciales, sino también, en su mayor parte, a la prestación de servicios a pacientes y ciudadanos. Sin embargo, señalaremos algunos ejemplos de la aplicación de la metodología de mejora continua en el ámbito de la Atención Primaria. La evaluación anual de la historia clínica es un buen ejemplo de monitorización de indicadores de calidad, no siempre seguida de una adecuada planificación de medidas de mejora al año siguiente. Esta evaluación anual se está viendo muy mejorada por la implantación de la historia clínica informatizada, que va a permitir focalizar los esfuerzos de mejora.

Un excelente trabajo es la adaptación del Modelo EFQM al ámbito de la Atención Primaria en el Área 11 de Madrid. Cualquier adaptación de este modelo tiene la ventaja de utilizar un lenguaje más próximo al profesional sanitario. El inconveniente es que la evaluación con dicha adaptación no es directamente comparable con evaluaciones de otros ámbitos sanitarios o no sanitarios. Otra adaptación interesante del modelo se realizó en el SACYL. La Guía EFQM que publicó es una excelente herramienta para comenzar a trabajar en el marco de un modelo de calidad total. Por su parte, el SESCAM ha realizado un esfuerzo para desarrollar un Plan de Calidad, basado en distintas experiencias (INSALUD, JCAHO), que utiliza el modelo EFQM como marco de referencia, y que elige objetivos de mejora tratando de que sean aplicables tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria. Otros ejemplos de calidad en Atención Primaria se pueden encontrar en JANO, en su edición de mayo de 2004.

El mundo sanitario ha vivido probablemente demasiado de espaldas a otros sectores. En los últimos años, sin embargo, la atención sanitaria se está beneficiando de los avances e innovaciones de la industria, del sector servicios y de la administración. Todas estas iniciativas, movimientos, experiencias y desarrollos se han ido es-

tructurando y sistematizando en los modelos de gestión de la calidad total, que pretende lograr que las empresas e instituciones trabajen todo el tiempo pensando en que pueden mejorar y consigan cada día un resultado más elevado, un estándar más exigente y, finalmente, una mayor satisfacción del cliente. Sin embargo, es obvio que falta mucho por hacer. Muchas de las medidas propuestas desde la calidad asistencial sufren de falta de evidencia que soporte su eficacia. Los planes de calidad son a veces anunciados prematuramente, implantados sin la crítica necesaria y sin el apoyo de los profesionales, que tienen la capacidad de aplicarlos o convertirlos en papel mojado. Se abusa de la evaluación sin realizar después el consiguiente ciclo de mejora. Diferentes problemas organizativos y estructurales lastran en la realidad la aplicación de planes y procesos diseñados para ser aplicados en condiciones ideales.

A pesar de las peculiaridades de los servicios sanitarios, la gran mayoría de los procesos que configuran la atención médica se pueden beneficiar de la metodología desarrollada desde la disciplina transversal y multidisciplinaria de la calidad asistencial. Las herramientas ofrecidas por ella complementan y potencian los conocimientos y habilidades de los profesionales. A cambio de una inversión en formación y de un esfuerzo adicional, el profesional, siempre que se vea apoyado por expertos y por su institución, puede mejorar su trabajo y beneficiar en último término a sus pacientes.

Juan Fernández Martín

Jefe de Servicio de Investigación. SESCAM

BIBLIOGRAFÍA

- Avellana Revuelta E, Davins Miralles J, Marquet Palomer R. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. La mejora de la calidad. FMC 1994; 1(3): 156-167.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260 (12):1743-8.
- EFQM. Introducción a la excelencia. Bruselas: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad; 2003.
- Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. I am a good patient, believe it or not. BMJ 2003; 326:1293-1295.
- Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
- Ferrándiz Santos J, Rodríguez Balo A. El diseño de la calidad. La gestión por procesos JANO 2004; 66:69-72.
- Guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; 2004.
- Guía de Autoevaluación en Atención Primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del Modelo Europeo de Excelencia. Valladolid: Sacyl. Junta de Castilla y León; 2004.
- León Vázquez F, Galán Cortés JC, Sanz Rodrigo C. Repercusión en Atención Primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica. Aten Primaria 2004; 33(1):28-30.
- López de Castro F, Montero Fernández MJ, Valles Fernández N, Fernández Rodríguez O, Alejandro Lázaro G, Chacón Fuertes J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de Atención Primaria de Castilla La Mancha durante 2003. Rev Esp Salud Pública 2005; 79(5): 551-8.
- Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2000; 114:460-463.
- Repullo JR. Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:199-200.
- Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Plan de Calidad 2006.
- Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. Science 1973; 182:1102-8.