

La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando?

Quality Care: What are we speaking about?

R. Cabadas Avión

Servicio de Anestesia y Cuidados Intensivos. Hospital Povisa. Vigo-Pontevedra

Autor para correspondencia: cabadas@me.com

INTRODUCCIÓN

Los primeros antecedentes documentados que se relacionan con la calidad asistencial se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando una enfermera, Florence Nightingale, estudió las tasas de mortalidad de los soldados en los hospitales militares de Inglaterra. En los Estados Unidos se considera como precursor de estudio sobre el tema a Ernest Codman, cofundador del Colegio Americano de Cirujanos, quien en 1916 estableció los principios para la certificación del médico, la acreditación de instituciones de salud y la creación del Programa Nacional de Normas Hospitalarias. Cuatro décadas después, en 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias de los Hospitales de los Estados Unidos de América (JCAHO, por sus siglas en inglés), que ha impulsado el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y extendido su actuación a otros tipos de centros de calidad. En las últimas décadas, no se puede dejar de mencionar el importante aporte de Avedis Donabedian, quien ha establecido gran cantidad de planteamientos teóricos y prácticos, que han impulsado el desarrollo de la calidad sanitaria.

Los motivos que nos incitan a buscar la calidad en la asistencia sanitaria, son los siguientes:

- Éticos, por el derecho que todos los ciudadanos tienen al nivel de salud más alto alcanzable y a la atención sanitaria y por la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar con calidad en la atención que prestan.

- Sociales, por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos la equidad, la accesibilidad y otros atributos de la atención sanitaria.
- De seguridad, ya que la constante evolución de la tecnología nos obliga a evaluar los procesos de implantación y de uso generalizado, para calibrar adecuadamente su idoneidad disminuyendo el riesgo de cualquier innovación.
- Económicos, por la necesidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, ya que estos son limitados.

Existen conceptos que no se deben confundir y se deben puntualizar, entre los cuales podemos mencionar: la calidad es subjetiva, actualmente está considerada en los denominados costos intangibles y probablemente los más valiosos, pero difíciles de cuantificar, que dependen de las expectativas (apreciación directa del paciente), por lo que debe asegurarse antes y no después de producido el servicio; esto quiere decir que previamente se deben determinar las características de calidad, que deben ser reales, cuantificables y finalmente establecer normas, reconociendo que no hay normas perfectas y que se las puede modificar o sustituir.

En relación a calidad en salud, debemos indicar que en un principio prevalecía la opinión de que cada persona tenía derecho a la mejor medicina que se le puede ofrecer; gradualmente se han agregado algunos componentes al concepto de calidad total. Uno de ellos es la satisfacción tanto del que proporciona el servicio como del que lo recibe y de la entidad responsable de que se brinden los servicios; si a

esto le agregamos los recursos y los costos, estar3 completo el escenario en que se conceptúa la calidad total. La calidad total busca la satisfacci3n permanente de las necesidades del paciente, por lo tanto el hospital debe fundamentalmente conocer cu3les son esas necesidades y dise1nar en base a las mismas una atenci3n que se ajuste a sus requerimientos.

El concepto de calidad total en salud tiene tres principios b3sicos: 1) todo esfuerzo debe estar dirigido al paciente; 2) nada es mejor que trabajar en equipo de salud, y 3) todo lo que hacemos es susceptible de mejorar.

DEFINICIONES DE CALIDAD ASISTENCIAL

Este aspecto es muy dif3cil de concretar y sintetizar por las m3ltiples definiciones y variables publicadas a lo largo de los a1os. Todav3a en la actualidad existen muchas definiciones posibles respecto a la calidad asistencial, y muchas de ellas v3lidas en funci3n del contexto en el que se enmarquen.

La Organizaci3n Mundial de la Salud hace algunos a1os, al hablar de calidad en salud, dec3a: “aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagn3stico y los servicios terap3uticos, que van a conducirlo al estado de 3ptima salud conseguible para este paciente, seg3n los conocimientos del momento de la ciencia m3dica y los factores biol3gicos del paciente: edad, enfermedad, diagn3sticos secundarios concomitantes, cumplimiento terap3utico, con el coste m3nimo de recursos, con la exposici3n al m3nimo riesgo posible de un da1o adicional y con la m3xima satisfacci3n del paciente”.

Para Avedis Donabedian, la calidad de la asistencia sanitaria es “el nivel de utilizaci3n de los medios m3s adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”.

Para la JCAHO es el grado del servicio de atenci3n al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento.

Seg3n la OTA (Office of Technology Assessment), calidad asistencial es el nivel del proceso de atenci3n que aumenta la probabilidad de resultados deseados por el enfermo y reduce la probabilidad de efectos adversos dado el estado de conocimiento t3cnico. Es decir, reducir la relaci3n riesgo/beneficio de cualquier actividad m3dica. Hacer las cosas correctamente y hacer lo correcto. Para ello se han propuesto modelos y herramientas, siendo muy utilizados el c3rculo de PDSA o de Shewhart (PLAN – DO - STUDY – ACT). Si tenemos en cuenta a los distintos actores que participan en el modelo asistencial, deberemos incluir a los pacientes, los profesionales y los gestores, definiendo la calidad como el cumplimiento de los objetivos de cada

uno de ellos, lo que representar3amos en la imagen como el 3rea com3n a todos ellos (Figura 1):

- Los profesionales aportan una perspectiva individual de la calidad en su pr3ctica cl3nica, haciendo lo correcto de la forma m3s correcta.
- Tamb3n los pacientes aportan una perspectiva individual al exigir competencia t3cnica, accesibilidad y comprensi3n.
- Por su parte, la administraci3n y las organizaciones sanitarias tienen una perspectiva comunitaria, buscando un equilibrio entre el rendimiento t3cnico, la satisfacci3n de los pacientes y el gasto econ3mico asumible.

Hay una serie de **conceptos err3neos** que debemos desmitificar:

- “Un producto con calidad es caro”: falso, ya que la calidad es una inversi3n que permite ahorrar. Lo que es caro es la ausencia de calidad.
- “La calidad no se puede medir”: si no medimos no podremos valorar la calidad. En calidad hay dos palabras clave: medir y cambiar; la secuencia ha de ser: medir para conocer el punto de partida y los problemas, proponer cambios para mejorar y volver a medir para comprobar los logros.
- “Calidad y cantidad son t3rminos contrapuestos”: en absoluto son t3rminos contrapuestos, de hecho la calidad mejora la productividad.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Hay un acuerdo generalizado de que la calidad debe ser evaluada. Esta evaluaci3n supone la medida del nivel de calidad alcanzado. Identifica los problemas y los compara con objetivos previamente establecidos. Sin embargo, para evaluar la

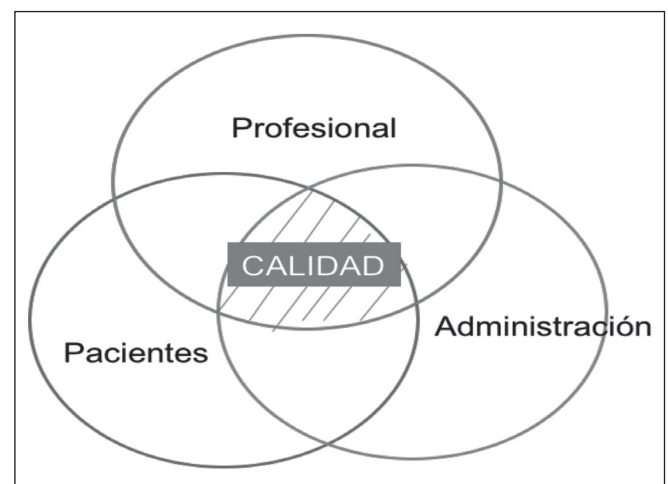


Fig. 1. Participante en la calidad.

calidad se debería llegar a un acuerdo en su definición, pero como se ha visto existen múltiples definiciones y, aunque haya mucha coincidencia entre ellas, cada una agrega conceptos importantes que otras omiten. Por tanto, la calidad no es un concepto simple y ello hace necesario valorar los distintos componentes de la calidad que pueden ser medidos: son las llamadas “dimensiones de la calidad asistencial”.

a) Calidad científico técnica: representa la competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios. Esta dimensión considera tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente. Es la dimensión más utilizada para medir la calidad de la atención sanitaria. La calidad científico-técnica se refiere a la práctica clínica; el término calidad utilizado solo, sin otros adjetivos, suele referirse a este componente. La práctica clínica es el proceso de la actuación médica en relación con la atención del paciente. Es decir “lo que hay que hacer” y “cómo hacerlo”.

Los constituyentes de la calidad científico-técnica son: cuerpo de conocimientos disponibles, percepciones, datos clínicos de los pacientes, juicios, razonamientos y decisiones de los médicos, procedimientos que utilizan, intervenciones que aplican y forma en que los profesionales mantienen y perfeccionan sus conocimientos y habilidades clínicas.

Para mejorar la calidad científico-técnica y el trabajo en equipo se desarrollan:

- *Guías de práctica clínica:* “lo que hay que hacer”. Son recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales y a los enfermos a seleccionar la mejor alternativa asistencial en el abordaje de condiciones clínicas concretas en contextos sanitarios específicos. Implica que hay que detallar las decisiones de explicación (diagnóstico y patogénesis) y las decisiones de atención (prevención y tratamiento); todo ello organizado con las mejores evidencias científicas disponibles.
- *Protocolos* que se definen como actas de un consenso en la toma de decisiones clínicas. Se realiza por parte de los interesados, ante un problema asistencial y recoge con gran nivel de detalle, de forma muy normativa y sin presentar alternativas los pasos a seguir.
- Otro instrumento son las *vías clínicas* que ofrecen las directrices que deben seguirse ante situaciones clínicas determinadas cuyo curso clínico es predecible.
- Complementado a las citadas guías se han desarrollado los *algoritmos*: “cómo hay que hacerlo”, especialmente cuando hay alternativas a elegir.
- Una oportunidad de mejorar la calidad científico-técnica es el estudio de la variación de la práctica clínica: es decir, que con los mismos datos, diferentes médi-

cos proponen distintos tratamientos. Es incompatible con la calidad en los servicios sanitarios. En teoría, las guías y algoritmos reducen los procedimientos innecesarios, las hospitalizaciones innecesarias o ambas.

Para concluir la dimensión de calidad científico-técnica mostramos algunas formas de conseguirla o mejorarla: a) edición de guías de práctica clínica, protocolos, algoritmos. “Hacer lo correcto en la forma correcta”; b) realizar registros de actividad y resultados en relación con objetivos, comparar con servicios o unidades similares; c) implementar programas de formación continuada; d) realizar ensayos clínicos; e) implementar medidas administrativas, y f) desarrollar e implantar vías clínicas o planes de atención.

b) Efectividad: grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio que en teoría debería producir, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales (eficacia es el resultado de una prestación en condiciones ideales). En calidad se suele medir más la efectividad que la eficacia. Hay que tener en cuenta que el objeto de un sistema de salud es mejorar el grado de salud de la población y no solo generar servicios.

c) Eficiencia: es el grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) medidos por la efectividad y los costes que genera el servicio prestado. Los resultados se miden en eficacia (efecto producido en la variable en condiciones ideales), efectividad (en condiciones habituales), utilidad (cantidad y calidad de años que se aporta al individuo) y beneficio (resultado de la intervención medido en unidades monetarias). De esta forma se configuran las formas de análisis de la eficiencia: análisis coste-eficacia, coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio. La evaluación económica de los servicios sanitarios ha experimentado un gran desarrollo y cada vez es más tenida en cuenta por los gestores de los servicios sanitarios.

d) Accesibilidad: facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales. Dentro de esta dimensión se podría incluir la *equidad* (distribución justa de los recursos sanitarios entre la población).

e) Satisfacción: representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. La satisfacción es un resultado deseable del proceso asistencial. Puede medirse mediante encuestas, que preguntan sobre la satisfacción en general, y sobre aspectos concretos. La metodología aplicada influye mucho en los resultados obtenidos: tipo de encuesta, forma de aplicación, tasa de respuesta, etc. Otra forma de evaluar la satisfacción es el análisis de las sugerencias y las reclamaciones presentadas. El modelo de gestión de calidad total también tiene en cuenta el grado de

satisfacci3n de los profesionales, los clientes internos (los clientes externos son los pacientes o usuarios).

- f) **Aceptabilidad:** es la satisfacci3n m1s la adhesi3n del usuario (grado de colaboraci3n del paciente, cumpliendo el tratamiento prescrito, etc.). La satisfacci3n se refiere a tres grandes aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente f1sico), estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Este 1ltimo aspecto es fundamental. De hecho, puede darse insatisfacci3n del usuario con un alto nivel de calidad cient1fica.
- g) **Adecuaci3n:** es la medida en la cual el servicio se corresponde con las necesidades del paciente o de la poblaci3n.
- h) **Continuidad:** se refiere al tratamiento del paciente como un todo, de una forma ininterrumpida en un sistema de asistencia integrado. La continuidad se podr1a incluir como uno de los componentes de la calidad cient1fico-t1cnica.
- i) **Seguridad cl1nica:** este es uno de los componentes esenciales de la calidad sin el cual no podremos hablar de calidad cient1fico-t1cnica. Dada la trascendencia que tiene en la actualidad es por lo que merece una menci3n particular y por lo que se habla de ella asociada a la calidad ("Calidad y Seguridad") cuando en realidad constituye un 1mbito de la primera aunque posiblemente sea el m1s importante. Una pr1ctica cl1nica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qu1 procedimientos cl1nicos diagn3sticos y terap1uticos son los m1s seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

El c1rculo de la mejora continua es el centro de cualquier acci3n de mejora de la calidad, permitiendo abordar actividades desde la m1s sencilla a la m1s compleja. El proceso de gesti3n de cualquier actividad en cualquier organizaci3n debe estar estructurado en cuatro tipos de actuaciones que se representan habitualmente mediante el ciclo PDSA (PLAN – DO – STUDY – ADJUST). Es una metodolog1a recomendada para la realizaci3n de cualquier actividad que permite lograr los resultados esperados en forma sistem1tica, partiendo de informaci3n confiable para la toma de decisiones.

El c1rculo de la mejora continua consta de cuatro fases (Figura 2):

1. **Plan** (planificar): organizaci3n l3gica del trabajo, identificaci3n del problema y planificaci3n, establecimiento de objetivos a alcanzar y establecimiento de indicadores de control.
2. **Do** (hacer): correcta realizaci3n de las tareas planificadas y aplicaci3n controlada del plan.
3. **Check** (Verificar): comprobaci3n de los logros obtenidos; verificaci3n de los resultados de las acciones realizadas y comparaci3n con los objetivos.

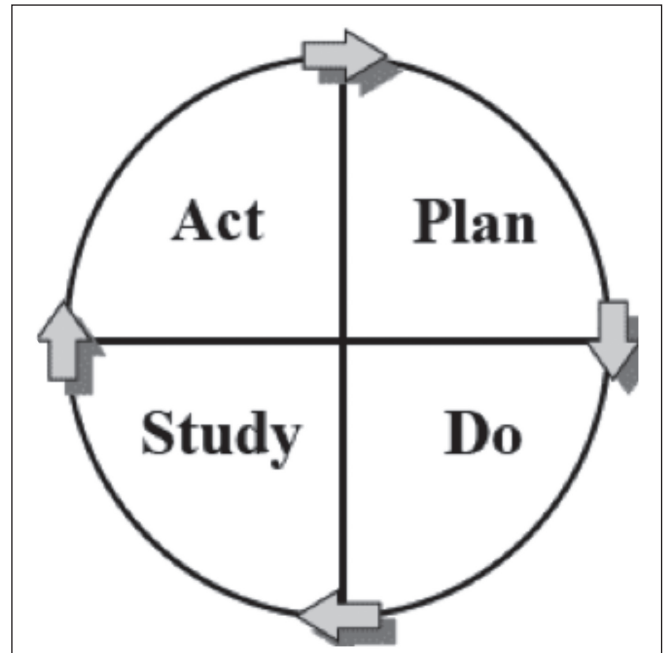


Fig. 2. C1rculo de mejora continua.

4. **Adjust** (Actuar): posibilidad de aprovechar y extender aprendizajes y experiencias adquiridas, analizar los datos obtenidos, proponer alternativa de mejora, estandarizaci3n y consolidaci3n y preparaci3n de la siguiente etapa del plan.

Este es un proceso de mejora continua, en el que se van estableciendo metas que, una vez logradas, nos conducen a buscar nuevas mejoras de calidad.

BIBLIOGRAF1A RECOMENDADA

1. De Lille R. Calidad en Anestesia. Revista Mexicana de Anestesiolog1a; 2003;36.(Supl. 1):S69-S74.
2. Guy Haller. Quality and Safety Indicators in Anesthesia. A Systematic Review. Anesthesiology 2009;110:1158-75.
3. Louro Gonz1lez A, Mar1n Le3n I. Gu1as de Pr1ctica Cl1nica. Conceptos b1sicos sobre su elaboraci3n y utilizaci3n. A Coru1a: Casit1rides S.L. y autores; 2006.
4. Donabedian A. La calidad de la atenci3n m1dica. M1xico D.F.: La Prensa M1dica Mexicana, S.A.; 1984.
5. McGlynn EA. There is no perfect health system. Health Affairs 2004; 23(3): 100-2.
6. The PDSA Cycle. Disponible en http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/plan_do_study_act.html
7. "La Calidad Asistencial en la Uni3n Europea". Ministerio de Sanidad. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
8. F. Revilla Ramos. Dimensiones de la calidad en Sanidad. Ed D1az de Santos; 2014
9. Manual de Calidad Asistencial. SESCOAM. Dep3sito legal: M. 19319-2009. Edita: SESCOAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).
10. Curso Seguridad del paciente. Proyecto Bacteriemia Zero. Ministerio Sanidad y Sociedad Espa1ola de Medicina Intensiva. Disponible en http://hws.vhebron.net/formacion-BZero/docs/CURSO_PSI_BZ.pdf