

## **Capítulo 4**

# **REFLEXIONES SOBRE LA CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Elaborado desde las aportaciones de información del apartado 8 calidad de los capítulos de  
cada CCAA

En los últimos años, la información sobre calidad forma, cada vez más, parte de la información que se reporta públicamente en la mayoría de países desarrollados. Muchos países disponen de información recopilada sobre los esfuerzos de calidad, ya sea en las memorias anuales, en las Web al alcance del público o en informes específicos.

El objetivo de este trabajo es analizar y valorar las actividades sobre mejora de calidad realizadas por las Comunidades Autónomas (CCAA) durante el año 2005 que se han reportado al Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

Para analizar la información que el pone al alcance de los ciudadanos es importante en primer lugar clarificar previamente qué vamos a entender por calidad y qué dimensiones la componen. Para las finalidades de este análisis se ha aceptado la definición de calidad que el Institute of Medicine propuso en 2001(1): La calidad, según la definición del IOM es el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente; y las dimensiones de la calidad propuestas por la Foundation for Accountability (2) ya que fueron específicamente seleccionadas para analizar los informes públicos sobre calidad, y se han utilizado en numerosos informes y análisis con el mismo propósito. Dicha fundación propone analizar los informes de calidad en función de las siguientes dimensiones:

**Atención centrada en el paciente** donde se agrupan la satisfacción del paciente y la familia, la información que reciben, atender las expectativas de los pacientes, el diseño de servicios de acuerdo a las expectativas, la participación en las decisiones clínicas y el respeto a su sistema de valores y creencias.

---

(1) Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001. # 0-309-07280-8. Available at: <http://books.nap.edu/catalog/10027.html>.

(2) Foundation for accountability. <http://www.markle.org/resources/facct/index.php> (consultada 8-8-2006)

**Accesibilidad** es el grado de disponibilidad de una intervención sanitaria adecuada para satisfacer las necesidades del paciente. Incluye entre otros los valores de equidad, disponibilidad y oportunidad de la atención.

**Continuidad de la atención** es el grado de coordinación de los profesionales para obtener una atención integrada del paciente dentro de una misma organización y entre diferentes organizaciones en el decurso del tiempo.

**Efectividad de la práctica** o medida en que una determinada intervención se presta de manera correcta, según el estado actual del conocimiento, con el propósito de conseguir el resultado deseado en el paciente. Incluye la evaluación de la práctica (evaluación del proceso).

**Seguridad** o grado en que las organizaciones conocen, prevén y se preparan para evitar riesgos innecesarios para el paciente, ofreciendo entornos exentos de peligro (seguridad estructural y seguridad clínica).

**Uso adecuado de recursos** como condición de la eficiencia de la intervención sanitaria que se presta, en función de las necesidades clínicas del paciente. En esta dimensión se incluyen los aspectos de adecuación en la decisión de exploraciones, tratamiento farmacológico y utilización de camas, entre otros.

Además tras la lectura de los informes remitidos por las diferentes Comunidades Autónomas nos ha parecido importante introducir en este análisis otros tres componentes que permiten comparar algunos de los aspectos estratégicos y organizativos destacados en los informes:

- Existencia de un plan de calidad que incluye su vigencia y el tipo de enfoque que se utiliza
- Las estructuras de calidad y mecanismos de evaluación externa utilizados y sistemas organizativos
- Contenidos del Plan de calidad

Para realizar esta revisión se han clasificado cada uno de los temas que se abordan en los informes de cada una de las CCAA en función de las dimensiones anteriormente mencionadas y se ha realizado un análisis de conjunto que pretende resaltar la situación que se desprende de la globalidad y algunos esfuerzos específicos que por su singularidad merecen un especial comentario.

## Resultados

En la revisión de las acciones reportadas destaca que los temas de enfoque del sistema de calidad y organizativos ocupan un espacio considerablemente más importante que los contenidos de los programas. Por ello iniciamos el análisis por los tres ámbitos complementarios.

Doce de las diecisiete CCAA comunican la existencia de un Plan de Calidad de 2-3 años de vigencia como parte de las líneas estratégicas de la Comunidad que incluye en su mayoría líneas y objetivos estratégicos formalmente aprobados. La misma proporción de CCAA (aunque no sean necesariamente las mismas que tienen Plan de Calidad formulado) enfocan sus esfuerzos de calidad en el marco del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), mientras que otras utilizan enfoques distintos como la gestión transversal integrada de patologías etc.

Al evaluar los mecanismos de calidad externos utilizados destaca que el nivel de aplicación del modelo EFQM en las comunidades que lo utilizan es muy variable y va desde aquellas que tienen una larga tradición y utilizan modelos de autoevaluación y evaluación externa desde hace años (como el País Vasco) a las que empiezan a utilizar el modelo con más o menos intensidad. Junto con el desarrollo del modelo EFQM aparece el enfoque por procesos de las organizaciones que se refleja en muchos de los informes estudiados. Es interesante constatar que tres Comunidades además del País Vasco dicen utilizar el modelo de autoevaluación Eval-expres propuesto por Euskalit, lo que les permite beneficiarse de experiencias anteriores.

Otros mecanismos externos de calidad que se reportan en los informes son la acreditación y la apuesta por generalizar la ISO en todos o algunos de los ámbitos de la atención.

En relación a la acreditación 7/17 CCAA reportan un sistema propio y otra utiliza un sistema internacional (Joint Comisión Internacional ) como estrategia de mejora en algunos centros hospitalarios y de atención primaria. En relación a temas que pueden considerarse innovadores en este campo cabe destacar que tres de los nuevos sistemas de acreditación presentan niveles progresivos (p.e avanzado, óptimo y excelente), lo que es poco frecuente en otros países porque se ha pensado que puede plantear problemas a la hora de informar públicamente del estado de acreditación de los centros, pero puede ser un incentivo de mejora para los centros en proceso. Destaca también en este

sentido la decisión del sistema catalán de acreditación de externalizar la evaluación de los centros a empresas externas al ente acreditador (la administración) que es una iniciativa poco frecuente en la acreditación sanitaria (aunque es el sistema vigente en la evaluación de la ISO) y deberá seguirse con interés para evaluar sus resultados.

La implantación de ISO en diferentes ámbitos es una iniciativa reportada a nivel estratégico por 5 CCAA. Las áreas de certificación más amplias en cuanto a cobertura son laboratorios, servicios de transfusiones o bancos de sangre, compras y suministros y sistemas de gestión de calidad. En el ámbito de los sistemas externos de calidad dos CCAA reportan la creación de nuevos sistemas de autorización y homologación, aspecto de gran importancia que posiblemente haya que abordar a nivel de Consejo Interterritorial en los próximos años.

Otro aspecto destacable a nivel de sistema organizativo de los planes de calidad es la incorporación de los objetivos de calidad a los contratos de gestión. De la lectura de los informes se desprende que todas las CCAA los tienen incorporados de forma sistemática.

En relación a los contenidos de los planes y sus enfoques estratégicos existe gran concordancia en temas de servicio a los ciudadanos, mejora de la accesibilidad etc., aunque son menos las CCAA que incluyen entre sus objetivos estratégicos la efectividad de la práctica o la generalización de la medicina basada en la evidencia. En este sentido cabe destacar la gestión de patologías o condiciones clínicas transversales o integradas en Andalucía y Asturias y iniciados en otras comunidades.

A continuación abordamos los informes sobre las seis dimensiones de calidad de la Foundation for Accountability anteriormente descritas.

#### *Atención centrada en el paciente*

14 de las 17 CCAA reportan acciones en este sentido y 10 disponen de encuestas de satisfacción propias a nivel de CCAA que cubren la mayoría de los ámbitos (Atención Primaria (AP), hospitalización, Consultas Externas, Urgencias (UCIAS), etc.) Es particularmente significativo que 3 CCAA hacen constar los resultados de satisfacción obtenidos. Además destacan en este ámbito interesantes iniciativas como las guías de práctica clínica con lenguaje asequible a los ciudadanos, el “plan de los pequeños detalles” y las mejoras en el confort y espacios comunes.

### *Accesibilidad*

Disponemos de información sobre 10 CCAA. Las actuaciones descritas se centran básicamente en las listas de espera tanto a nivel hospitalario como de exploraciones complementarias. Tres CCAA reportan compromisos de demora máxima concretados en un Decreto. Tres CCAA exponen resultados concretos de demoras medias en diferentes ámbitos. Las acciones para mejorar la accesibilidad incluyen guías de inclusión en determinadas patologías, reingeniería de procesos, seguimiento periódico. Destacan especialmente los esfuerzos de las CCAA insulares para garantizar traslados a los ciudadanos que lo requieren.

### *Continuidad de la atención*

Comunican información sobre el tema 4 CCAA, básicamente aquellas en las que se abordan procesos transversales, cuya implantación se evalúa en 2 CCAA. Todas informan sobre el diseño de procesos de forma conjunta entre especializada y AP. En cualquier caso la información sobre esta dimensión es escasa y poco detallada.

### *Efectividad de la práctica*

Solo 6 CCAA reportan información sobre esta dimensión. Las estrategias más frecuentes son confección de guías, diseño y aplicación de indicadores y creación de unidades o programas específicos. Es interesante el esfuerzo de introducción de medicina basada en la evidencia de Murcia con varios grupos de trabajo sobre mejora de la atención a pacientes con patología crónica

### *Seguridad del paciente*

12 CCAA aportan información. De ellas cinco han formalizado su propio Plan de Seguridad y todas se refieren a la estrategia del Ministerio en este campo que se utiliza como marco común. Los temas abordados siguen las propuestas de la Estrategia en Seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad y incluyen la participación en el proyecto ENEAS de estudio de incidencia de efectos adversos, la identificación de pacientes y la disminución de la infección nosocomial, así como actividades de formación y sensibilización. Una Comunidad reporta la existencia de un registro autonómico de eventos adversos.

### *Uso adecuado de recursos*

Se dispone de la información sobre 6 CCAA. En cuatro de ellas se reportan acciones de mejora del uso de los medicamentos que van desde la implantación de farmacéuticos de enlace a protocolización de medicamentos de alto coste y seguimiento de indicadores. Otra área en la que se reportan acciones es la gestión de aprovisionamientos mediante protocolos y mejoras en la informatización. Destaca también el estudio de las “ambulatory sensitive conditions” en Murcia para evaluar los pacientes que podrían ser atendidos en Atención Primaria.

### **Discusión**

Este estudio se ha basado solamente en la información reportada por las CCAA al Observatorio del Sistema Nacional de Salud del Ministerio en el apartado de calidad (apartado 8).

Basándonos en la información disponible podemos decir que la mayoría de las CCAA comunica esfuerzos de mejora de calidad importantes, que forman parte de los objetivos estratégicos y con compromiso de liderazgo, económico o de personal considerable. En relación a las prioridades establecidas por muchas CCAA éstas coinciden con la mayoría de prioridades establecidas por los gobiernos de la Unión Europea (UE) (ver tabla 1) lo que es importante constatar ya que permite visualizar un posible marco europeo de intercambio de información y resultados.

El enfoque más generalmente desarrollado en España es la aplicación del marco EFQM, lo que no es así en la mayoría de países de la (UE) que tienden a adoptar enfoques menos sistematizados. Creemos que la mayor homogeneidad española puede deberse a las oportunidades que tienen las CCAA de intercambiar experiencias y conocer los logros de los demás (congresos científicos, reuniones etc.), lo que también explicaría los distintos grados de desarrollo de los modelos observados.

Sin embargo, llama la atención especialmente que los informes conceden más importancia a la descripción de los planes y sus instrumentos organizativos que a los resultados. Ello nos hace pensar que estamos aún en una fase muy estructural del desarrollo de los Planes de calidad y que los resultados obtenidos no se reportan, porque quizá aún no se han evaluado o porque no se considera que esta sea una información que deba incluirse en el informe.

Creemos que es importante plantear cual es el nivel de información (“accountability”) que debe ofrecerse a los ciudadanos y valorar otras experiencias europeas similares en las que el nivel de información disponible es considerablemente más elevado.

En relación a las diferentes dimensiones de la calidad, destaca que las áreas con más información son sin duda la de atención centrada en el paciente y la seguridad, probablemente por motivos distintos. En el primer caso posiblemente se trata de una dimensión con gran tradición en nuestro país en la que los gobiernos se sienten especialmente comprometidos. Destaca especialmente que 10 CCAA disponen de encuestas institucionales con amplia cobertura. En el caso de la seguridad creemos que la Estrategia en Seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad ha dado frutos importantes que pueden deberse, por una parte al consenso que ha sabido generar y por otra a su considerable financiación. En cualquier caso es importante destacar que la información estudiada pertenece a 2005 y se produce antes de la publicación del Plan de Calidad del Servicio Nacional de Salud que se realizó en marzo de 2006.

Cabe también preguntarse o reflexionar por qué dimensiones tan habitualmente valoradas por los profesionales de la atención como la efectividad clínica, no son abordadas con más frecuencia. Posiblemente puede atribuirse a una restricción en la información solicitada. También debería ser motivo de reflexión que la continuidad asistencial sea contemplada o incluida en los planes de 4 CCAA, siendo posiblemente uno de las áreas más idóneas a tratar desde el nivel integrado de la CA.

Llama también la atención que la mayoría de iniciativas se refieren a la atención especializada y más específicamente a los hospitales, cuando existen en nuestro país importantes iniciativas a nivel de Atención Primaria y también en salud mental y atención de media y larga estancia que quizá todavía no han recibido el reconocimiento estratégico que merecen.

Creemos importante destacar la necesidad de un marco teórico común a la hora de reportar la información, para permitir que las CCAA expongan de forma similar lo que han hecho y pueda producirse un análisis comparativo más fiable. Debería pensarse en plantear para el futuro una propuesta de clasificación que se considere de interés común que permita ver la evolución en el tiempo.



Finalmente, parece claro después del análisis de la información reportada, que existen muchas similitudes en los enfoques de los Planes de Calidad de las diferentes CCAA. Cambian, sin embargo, los grados de desarrollo de algunas iniciativas y algunos enfoques que pueden ser el germen de nuevas ideas o líneas estratégicas (planes de atención integrada, proyectos basados en la medicina basada en la evidencia etc.). Además se registran ideas y proyectos nuevos que habrá que seguir de cerca para verificar sus resultados. La descentralización en este campo, no parece haber dado como consecuencia grandes divergencias y posiblemente permite la aparición de nuevos desarrollos que tienen en la comunidad que los aplica un buen banco de pruebas. Sería conveniente que existiera un foro de debate de estas iniciativas de calidad que permitiera conocer con más profundidad los beneficios y problemas de las experiencias realizadas.

Tabla 1. **Objetivos de mejora de calidad en los países miembros de la UE. Encuesta a personas clave en cada país (3)**

<b>Objetivo de mejora</b>	<b>Existe el objetivo % (n)</b>
Control de la infección hospitalaria	78 (36)
Lista de espera de cirugía electiva	56 (26)
Satisfacción de pacientes	54 (25)
Tiempos de espera en urgencias y accidentes	43 (20)
Uso de tratamientos clínicos efectivos	41 (19)
Reducir eventos adversos	39 (18)
Otros	39 (18)

---

(3) Spencer E, Walshe K. Health Care Quality Strategies in Europe. A survey of quality improvement policies and strategies in health care systems of member states of the European Union. (Deliverable 6). Methods for Assessing Response to Quality Improvement Strategies (MARQuIS) Sixth framework program for research. European Commission. Project no. SP21-CT2004-513712. (156)  
<http://www.marquis.be/Main/wp1114091582/ff1119451343/fsf1130149170> (consultado 8-8-2006)