

Artículo Especial

Conceptos de Calidad en Salud

Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. actual. práct. ambul. 2004;7:152-155

Introducción

En los últimos años ha habido un creciente interés sobre los distintos aspectos que tratan sobre calidad en salud. Esta área, relativamente nueva y con un gran desarrollo, puede ser abordada con enfoques diversos y se ha ganado un espacio en la mayoría de los congresos nacionales e internacionales.

La idea de calidad en salud puede sonar amplia, difusa y subjetiva. Sin embargo, se trata de un concepto concreto y, como veremos a continuación, pasible de ser medido, con la consiguiente reducción de la subjetividad.

Si bien es real que en muchos casos no estamos entrenados para evaluar fehacientemente nuestra propia práctica, también es verdad que si no intentamos hacerlo, difícilmente podamos realizar intervenciones para mejorarla. No estamos hablando de diferentes opciones de trabajo, sino de un imperativo ético: hacer las cosas lo mejor posible.

Algunas definiciones de calidad

No hay una definición de calidad en los servicios de salud universalmente válida, habiendo, hasta la fecha dos líneas de pensamiento:

1) la que propone el Instituto de Medicina de EEUU y que considera a la calidad como: "...el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual...". Se trata de una visión maximalista e ideal cuyo límite es el máximo conocimiento científico-técnico y tiene una visión centrada en la calidad científico técnica del prestador.

2) la que propone el programa español: "...la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario...". Esta última incorpora a los receptores del servicio (pacientes, clientes y usuarios) direccionando hacia donde deben orientarse los servicios de salud, sin olvidar sus necesidades y expectativas.

Mejoría de la calidad

Se puede analizar como punto de partida desde tres situaciones claramente diferenciables: el diseño de la calidad, el ciclo de mejora y el monitoreo.

Diseño de la calidad

Se habla de diseño de la calidad, básicamente, cuando se va a crear un nuevo servicio que antes no se prestaba, o se modificará sustancialmente uno que ya existía. Antes de ponerlo en funcionamiento se definen los criterios de calidad a cumplir, lo que forma parte de la estructura del diseño de este nuevo servicio.

Ejemplo:

Cuando se toma la decisión de generar un servicio específico (ej. atención al paciente hipertenso), se incorporan en el diseño los criterios/requisitos de calidad que pretendemos cumplir para que el servicio este orientado hacia las necesidades y expectativas de la población blanco ("target").

Así se definirán los **criterios de estructura** (lo que se necesita para cumplir con el servicio) en este caso el tipo de tensiómetros, los períodos de calibración, manguitos apropiados, personal que se encargara de los registros, personal administrativo, en que lugares físicos se hará, la disponibilidad de guías clínicas, etc.

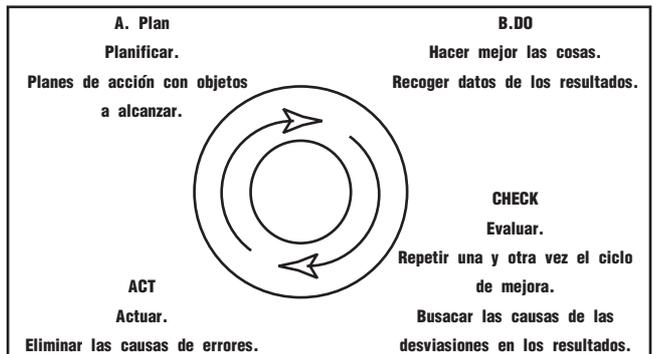
Los **criterios de proceso** (la descripción paso a paso del proce-

dimiento en cuestión) definen en que condiciones se valorará la presión, con que frecuencia, como se seleccionará la población (a quienes), etc.

Los **criterios de resultado** describen las metas que esperamos conseguir con la estructura que utilizamos y con el proceso que aplicamos, por ejemplo mayor captación de hipertensos, mejor control de los mismos, mayor adherencia al tratamiento, etc. Estos criterios deben siempre definirse explícitamente, tanto el objetivo buscado como su marco temporal, p.ej.; captar al 80% de los hipertensos en 1 año, lograr una tasa de control de al menos 75% en los próximos 3 años, etc.

Ciclo de mejora

Los ciclos de mejora de la calidad se implementan en los servicios que están funcionando, considerándose a las situaciones problemáticas como oportunidades de mejora. A estas situaciones se las somete al análisis (¿qué funciona mal? ¿por qué funciona mal?) con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Este constituye el núcleo central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora. El ciclo de mejoría de la calidad, (en inglés, Plan, do, study act) se inicia cuando se identifica un problema dentro de un proceso y tiene como objetivo el diseño (plan), la implementación en pequeña escala de una alternativa para solucionarlo o minimizar su impacto (do), el análisis y la evaluación posterior (check o study) y la extensión de la intervención a mayor escala (act).(ver figura)



Ejemplo:

Queremos saber que porcentaje de la población que se atiende en nuestro ámbito de trabajo es tabaquista y la frecuencia del consejo antitabáquico. Recurrimos a las historias clínicas y sólo en algunas pocas figura si el paciente fuma o no, y menos aún, si se le aconsejó que deje de fumar.

Aquí nos enfrentamos con una situación que no se realiza habitualmente o si se hace no se registra. Ambos son problemas concretos de la calidad del servicio. Identificamos entonces algunas oportunidades de mejora que pueden y deben ser analizadas por los implicados en ese grupo de trabajo.

En este caso las oportunidades de mejora son: la subutilización de la historia clínica, la falta de consejo antitabáquico (o su falta de registro) como práctica habitual, etc.

Se recomienda analizar las causas de cada una desglosándolas en subcausas: materiales (no hay historias clínicas), organizacionales (no hay quien las busque y las provea), de la cultura de los pacientes (son todas consultas por guardia o no programadas, lo que también puede ser un indicador indirecto de mala accesibilidad a la consulta programada), del prestador (hay historia clínica pero nadie registra los actos médicos) etc.

Ejemplo:

Luego de convocar a todos los actores intervinientes en el proceso de atención de la población de dicho centro de salud se implementó un programa de mejoría de la calidad que arrojó como resultado operativo la inclusión de un enfermero que debe entrevistar a los pacientes antes de que los atienda el médico. Este profesional de la salud, a través de un cuestionario estructurado recaba varios aspectos de los hábitos de vida de los pacientes, entre ellos el hábito de fumar. Luego y antes de que el paciente entre al consultorio del médico, el enfermero le comunica los hallazgos positivos de su entrevista y se los marca con una cruz en formulario. Esta estrategia mejoró sustancialmente el registro en la historia clínica del hábito de fumar y condujo además a que el médico registrara el consejo antitabáquico.

Monitorización

Las intervenciones suelen perder efectividad con el paso del tiempo, especialmente si no se implementan estrategias de refuerzo ("booster").

Se denomina monitorización a la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de aspectos sumarios indicadores de calidad. La monitorización tiene el fin de controlar que los procesos se mantienen dentro de los niveles de desempeño deseables y sirve para identificar oportunidades de mejora cuando no se alcanzan los mismos.

Ejemplo:

Luego de un año y en forma coincidente con el prestigio ganado por el centro de salud en la comunidad, con la duplicación en el número de consultas diarias, con la inclusión de otros profesionales de la salud que también demandan tiempo del enfermero que, además debe llenar planillas registrando la leche maternizada que llega del programa materno infantil, se verifica que había vuelto a bajar la tasa de registro de pacientes tabaquistas.

Cuando y cómo se mide la calidad

Cuando se mide la "calidad en los servicios de salud" con algún instrumento consensuado ésta se vuelve más objetiva. Por eso, para poder hacerlo es necesario abordar y consensuar cuáles son las dimensiones medibles, que pueden agruparse en tres principales categorías: 1) la calidad **científico técnica**; 2) la **satisfacción** de los usuarios; 3) la **accesibilidad** al servicio. Estas tres dimensiones no son excluyentes sino complementarias.

Calidad científico técnica

La calidad científico técnica es una de las dimensiones más consideradas por los prestadores y se refiere a su capacidad para utilizar el más avanzado nivel de conocimientos disponible para abordar los problemas de salud. Durante mucho tiempo se sostuvo el concepto que el que más sabe, mejor hace las cosas. Sin embargo, hoy sabemos que no es necesariamente así, siendo la óptima capacitación profesional una condición necesaria, pero no suficiente.

Ejemplo:

¿serán los pacientes mejor atendidos por el jefe de servicio quien, supuestamente es "el que más sabe" o por el profesional que siempre se luce en los ateneos contando al resto de los colegas la última novedad que leyó en una publicación científica y también parece ser el "que más sabe" del tema?

La capacitación científico técnica es la formación y adquisición de conocimientos y aptitudes de los prestadores para la atención sa-

nitaria. No siempre el que más sabe o conoce un tema lo resuelve de la mejor manera. Seguramente todos conocemos ejemplos de pacientes mejor atendidos por un profesional de menor jerarquía formal pero que tiene más tiempo para dedicarle a los pacientes.

Satisfacción de los usuarios

La satisfacción es una actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente ("usuario") y la atención recibida. Los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas. Sin embargo, estas no siempre aportan la información suficiente para la mejora continua, sobre todo si no indagamos sobre las causas de insatisfacción, básicamente las situaciones problemáticas ("oportunidades de mejora") sobre las que se puede intervenir para mejorar.

Hay que tener en cuenta que en la implementación de la encuesta, la muestra sea representativa de la población sobre la que deseamos tener información y no solo sobre aquella que presenta alguna característica particular, como ocurre, por ejemplo, al entrevistar solo a aquellos que consultan al servicio.

Se destaca que las encuestas de satisfacción, si no se encuentran integradas en un plan de mejora de la calidad, no aportan información que pueda resultar útil para mejorar.

Accesibilidad

Se denomina accesibilidad a la facilidad con que se obtiene atención sanitaria en relación a barreras organizacionales, económicas y culturales.

Ejemplo:

Muchos trabajos sobre calidad miden cobertura como un indicador indirecto de accesibilidad (porcentaje de personas vacunadas o sometidas a rastreo de alguna condición clínica).

Al evaluar la accesibilidad se deben valorar

- **barreras económicas** (pago de coseguro para consultas o prácticas).
- **barreras organizacionales** (para atenderse, el paciente debe llegar a las cinco de la mañana para conseguir uno de los veinte números que se dan ese día o debe ir sacar una orden de consulta a una gran distancia de donde vive o trabaja, debe esperar, hacer cola, etc.)
- **barreras de comunicación** (atención de inmigrantes, aborígenes, población rural que ha migrado recientemente a la ciudad, etc.).

¿Qué miden los estudios de calidad?

Hay dos grandes grupos de trabajos sobre calidad, los que miden el nivel de calidad y los que analizan las causas hipotéticas de calidad deficiente.

Los primeros, cuando valoran problemas clínicos, analizan en general el grado de cumplimiento de criterios o requisitos de calidad previamente definidos, con el resultante grado o nivel de calidad de la situación analizada.

Los que estudian las causas hipotéticas de la mala calidad se enfocan habitualmente en problemas organizacionales (ej. tiempo de espera elevado, falta de historias clínicas en el momento de la consulta, etc.). Sin embargo también se utilizan para problemas clínicos cuando se han medido los criterios de calidad y ha resultado un elevado incumplimiento de los mismos, intentando definir que hay que hacer para mejorar.

¿Cómo empezar?

A la hora de leer un artículo sobre calidad en salud, una buena manera de comenzar es valorar qué aspectos de la misma esta considerando.



El trabajo en cuestión puede referirse a estructura (todo lo que hay o debería haber como recursos humanos y materiales), proceso (como se hacen o deberían hacer las cosas) o resultado (por lo general, pero no siempre, consecuencia de lo que hay y de cómo se hacen las cosas).

Al analizar un artículo de nivel de calidad, este debe contener los siguientes componentes:

- Criterios para evaluar la calidad.
- Dimensión estudiada.
- Tipo de dato.
- Unidades de estudio (profesionales, centro de salud, municipios, etc.)
- Fuente de datos (historias clínicas, encuestas de satisfacción, etc.)
- Identificación y muestreo de las unidades de estudio (marco muestral, número de casos y método de muestreo).
- Tipo de evaluación (relación temporal, quién tomó la iniciativa, quien obtuvo los datos).

Criterios para evaluar la calidad

Son utilizados para evaluar el grado de calidad (y eventualmente algunos niveles intermedios). Un criterio es un requisito de calidad que queremos que se cumpla, con sus aclaraciones y excepciones. Debe ser explícito y su forma de evaluación debe ser realizada a través de indicadores reproducibles que describan claramente la fuente de información utilizada para su construcción.

Ejemplo:

Porcentaje de los pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria en quienes se realizó control de fracciones de colesterol en los últimos 6 meses.

Meta: 90%

Indicador:

Denominador: pacientes con enfermedad coronaria identificados a través de código de problema de salud (p.ej. CIAP)

Numerador: registro de valores de colesterol de esos pacientes proveniente del laboratorio y la historia clínica en los últimos 6 meses.

Dimensión estudiada

Debemos considerar qué dimensión de la calidad es la evaluada: la calidad científico técnica del prestador, la satisfacción del usuario, la accesibilidad a obtener asistencia sanitaria, etc.

Las unidades de estudio

La unidad de estudio define a la población y determina cuales son sus características: edad, sexo, pertenencia a determinado grupo de riesgo, etc.

La unidad de estudio define también las características del prestador: un profesional, un servicio de salud, un centro de atención, vale decir, el nivel asistencial evaluado. Se las define aclarando el período evaluado.

Fuentes de datos

Los datos que alimentan los estudios de calidad pueden ser obtenidos de diversas fuentes: listados, historias clínicas, encuestas, bases de datos, etc. Obviamente la confiabilidad de los datos dependerá directamente de la confiabilidad de la fuente de donde han sido obtenidos.

Ejemplo:

Si queremos saber que porcentaje de pacientes continúan el tratamiento antidepressivo durante al menos seis meses tal vez sea más confiable obtener datos de los registros de las farmacias de donde lo compran o retiran que del registro en la historia clínica.

Marco muestral

Debe estar definido el universo de donde se extrajeron las muestras. Cabe aclarar que una diferencia sustancial entre los estudios de calidad y la mayoría de los trabajos de investigación que se publican en revistas académicas es el número de casos, mucho menor en los primeros. Los estudios de calidad habitualmente se valen de 50 a 60 casos, y hasta tan pocos como 30. Sin embargo, estos deben cumplir los requisitos de representatividad, precisión y confianza. Para que una muestra sea representativa y sin sesgo de selección (que todos los componentes del universo evaluado tengan la misma probabilidad de ser incluidos) será importante la técnica usada para el muestreo, que debe ser imprescindiblemente aleatoria.

La precisión estima entre qué valores límite está el valor que se mide, al igual que en los estudios de investigación a través del intervalo de confianza. En las evaluaciones de calidad no se trabaja con muestras grandes y, aunque esto pueda sorprender al lector, aclaramos que muchas veces se resigna precisión en aras de la factibilidad de la evaluación.

Tipo de evaluación

Las evaluaciones de la calidad son retrospectivas o concurrentes ya que no es posible realizar evaluaciones prospectivas, debido a que no se puede medir lo que todavía no ha ocurrido. Dependiendo de quien tome la iniciativa para realizar las evaluaciones, serán internas cuando esta recaiga en los propios prestadores y externa cuando la responsabilidad recaiga en gestores u organismos externos y presuntamente más "independientes" y "objetivos". Debe expresarse también quien recoge los datos. Vale decir que en las evaluaciones internas son más apropiadas las técnicas cruzadas de recolección.

Estudios de causas hipotéticas

Las causas hipotéticas no son requisitos de calidad sino factores que pueden influir en ellos.

Hay estudios que analizan las causas sin datos (de forma subjetiva) y valiéndose del conocimiento de los participantes de la situación en cuestión. Básicamente sus diseños tienen las mismas implicancias que los estudios que tratan con datos cuantitativos y utilizan algunos métodos valorativos como los siguientes:

Encuesta de causas

En un primer paso se define un listado de causas hipotéticas, que puede surgir de la técnica de la tormenta de cerebros ("brain storming"). En un segundo paso se pide al personal implicado que valore cada una de ellas a través de alguna escala ordinal o bien, de "poco" a "muy importante". Esto permite establecer una cuantificación o priorización de las diversas causas en relación a su importancia.

Votación múltiple

Luego de generada la lista de causas hipotéticas, se la entrega al personal comprometido, seleccionando cada uno de ellos un tercio de las mismas. Luego se analizan las más votadas en orden decreciente.



Obviamente estas técnicas pueden arrojar resultados erróneos si la apreciación del grupo no es la correcta.

Los estudios que tratan de cuantificar las causas del problema, no son diferenciales de los estudios, en su diseño, de los que antes vimos que analizaban nivel de calidad, solo difieren en el análisis estadístico de los mismos.

Encuestas de satisfacción

Como dijimos previamente, los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas. Sin embargo, estas no siempre aportan la información suficiente para la mejora continua, sobre todo si no indagan sobre las causas de insatisfacción, básicamente las situaciones problemas u "oportunidades de mejora" sobre las que se puede intervenir para mejorar. Vale mencionar que este tipo de encuesta arroja muchas veces resultados cercanos a un 75% de personas satisfechas.

También es importante evaluar si se han considerado algunos potenciales confundidores o modificadores de efecto a través de técnicas de análisis estratificado o multivariable.

Ejemplo:

A mayor edad mayor tendencia a sentirse satisfecho (de manera elocuente después de los 65 años).

También puede influir el nivel educativo, el sexo, el nivel socioeconómico, el estado de salud, el tipo de relación o seguimiento, etc.

Ejemplo:

Los pacientes crónicos que mantienen una relación longitudinal con un médico tienden a estar más satisfechos que los que mantienen una relación episódica como la que ocurre en una central de emergencias. Las mujeres y especialmente si están ante profesionales de su propio sexo tienden a reportar mejores índices de satisfacción.

Conclusiones

Las herramientas y los programas de gestión de la calidad en salud, son accesibles a los profesionales de atención primaria. Puede ponerlos en marcha una gran institución, un centro de salud, un servicio, o un profesional individual. No necesariamente generan más gastos ya que como consecuencia de optimizar los procesos pueden llegar a lograr una utilización mucho más racional de los recursos. Muchas veces es más barato hacer las cosas bien. Para terminar vale recordar que cuando decidimos realizar un trabajo de calidad no tiene mucho sentido efectuar mediciones u otro tipo de valoraciones si no estamos dispuestos a intervenir para mejorar.

Dr. Raul Urquiza [Médico de Familia.Santa Rosa de Conlara,S.Luis.]

Bibliografía recomendada

Marshall M, Roland M, Campbell S, Kirk S, Reeves D. Measuring General Practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. The Nuffield Trust, 2003.

Formación a distancia "Gestión de la calidad en los servicios de salud" Dr. Prof. Pedro J. Saturno Hernandez UD de medicina preventiva y salud publica. Universidad de Murcia, España.Curso "Gestión de la calidad" Universidad Politécnica de Cartagena, Murcia, España



Gentileza Secretaría de Turismo de La Nación

