

5.2 Calidad en la gestión de los servicios públicos de salud



Introducción a los conceptos básicos y a los instrumentos, metodologías y modelos de fomento de la calidad de la atención en los sistemas de salud.

Autor: Alberto Infante Campos¹

Profesor de la ENS Departamento de Salud Internacional

¹ El autor agradece al Dr. José Jonay Ojeda Feo, del Área de Calidad, Docencia y Formación Continuada Del Hospital Universitario La Paz de Madrid, y a la Dra. Dolors Monserrat, del programa de calidad de la OPS-OMS sus contribuciones al texto.

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Infante Campos A. Calidad en la gestión de los servicios públicos de salud [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 5.2. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

Esta unidad didáctica parte de que la calidad de la atención es el resultado de las múltiples y continuadas interacciones que los distintos agentes que forman los sistemas de salud establecen entre sí. Y, también, de que si fomentar la calidad de la atención puede en ocasiones costar algo de tiempo y de dinero, la no calidad (o la mala calidad) invariablemente cuesta mucho más (en tiempo, en dinero, en sufrimiento innecesario y en vidas perdidas).

En primer lugar, se presentan algunos elementos históricos y una

serie de conceptos básicos sobre calidad de la atención sanitaria. Se discute luego la importancia de los niveles de organización y

de los ámbitos de atención, así como el papel de los distintos actores que conforman cada uno de ellos, para el desarrollo de los programas y actuaciones de mejora continuada de la calidad. Se describen después una serie de instrumentos, metodologías y modelos internacionales para impulsar la calidad. Finalmente se presentan unas conclusiones prácticas así como un somero listado de recursos de información y de formación para quienes, tanto desde el punto de vista de la práctica clínica como de la gestión de establecimientos y programas, deseen iniciarse en este campo.

1. *Introducción*

2. *Un poco de historia*

3. *Conceptos básicos*

4. *Niveles y ámbitos*

5. *Instrumentos y metodologías*

6. *Modelos para el fomento y la mejora de la calidad*

7. *A modo de conclusiones*

8. *Otros recursos de información*

Referencias bibliográficas

Introducción

Existen muchas definiciones de calidad. La más extendida define la calidad como "*hacer las cosas correctas y hacerlas correctamente*". Esta definición tiene numerosas implicaciones. Implica, por ejemplo, que alguien debe saber qué es lo correcto en cada situación, y también que debe saber hacerlo *de un modo y en momento* tales que los beneficios de hacerlo así y en ese momento superen a los riesgos de no hacerlo, de hacer otra cosa, o de hacer eso mismo en otro momento.

Para aproximarse de un modo práctico a las implicaciones derivadas de la definición anterior, en las distintas ramas de la actividad humana se han ido desarrollando cuerpos de conocimiento y reglas de aplicación de los mismos (por ejemplo, normas para la construcción de edificios o criterios para que un avión comercial de pasajeros se considere apto para despegar) los cuales se supone que han de ser conocidos y que pueden ser aplicados por personas (por ejemplo, arquitectos y pilotos de líneas aéreas) a quienes un tercero (normalmente una autoridad

pública) les reconoce facultados para actuar de acuerdo con ellos (por cierto, este es el origen de la palabra "facultativo" que hoy en día se aplica casi exclusivamente a los médicos pero que en el pasado se aplicaba también a otros profesionales).

Estos cuerpos de conocimiento y estas normas suelen revisarse de forma periódica. Algunas de ellas funcionan sobre la base del todo o nada; es decir, son condiciones necesarias para que pueda desarrollarse la actividad en cuestión (por ejemplo, los criterios de despegue de un avión comercial de pasajeros o de arranque, funcionamiento y parada de una central nuclear). Podríamos denominarlos criterios de calidad *absolutos* y se suelen establecer cuando su incumplimiento puede ocasionar daños muy graves a las personas, a las propiedades o, más recientemente, al medio ambiente.

Con mayor frecuencia, estas normas (también llamadas en ese caso estándares) funcionan como un óptimo que sería deseable alcanzar (por ejemplo, las cinco estrellas de los hoteles, o las estrellas de la guía Michelin para los restaurantes) y permiten tanto a quienes desarrollan la actividad (por ejemplo, al gerente y a los empleados de un hotel) como a quienes participan en ella (por ejemplo, los huéspedes, los proveedores, los financiadores o los competidores) establecer una comparación entre el desempeño de la organización y el de otras similares (o entre el desempeño de esa misma organización en momentos diferentes del tiempo). Es lo que podríamos denominar como criterios de calidad *relativos*.

En el caso de los sistemas complejos (entre ellos los sistemas de salud) la calidad depende fundamentalmente de las interacciones que se establecen entre quienes forman parte de los mismos. En los sistemas de salud, la calidad depende por tanto en primer lugar, de las interacciones que se establecen entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares y allegados, y los gestores y administradores sanitarios. Pero, también, y en no poca medida, de las que se establecen entre ellos y el marco legal y normativo, las instituciones formadoras, las autoridades de salud y de otros campos relacionados con la salud, la industria, etc.

Para hacerse una idea de la *importancia de la calidad para los sistemas de salud* basta citar que un estudio publicado en 2006 (1) demostró que el 9,3% de los pacientes que ingresaron en

un año en los hospitales españoles habían padecido al menos un *efecto adverso (EA)* relacionado con la asistencia sanitaria. Si se descontaban los efectos producidos antes del ingreso, en las consultas externas o en otro hospital distinto de aquél en el que habían ingresado, la cifra se reducía al 8,4%.

Entre otras cosas, este estudio también demostró que el 45% de los EAs se consideraron leves, el 38,9% moderados y el 16% graves. Y que el 84,2% de los EAs que estaban relacionados con el diagnóstico, el 55,4% de los relacionados con las infecciones hospitalarias y el 52,0% con los cuidados se consideraron *evitables*.

El promedio de días de hospitalización adicionales provocados por los EAs fue de 6,1 días adicionales por paciente, de los cuales 2,2 días lo fueron por EAs evitables.

Datos similares han sido publicados en estudios semejantes realizados en varios países desarrollados.

Informaciones sobre los efectos adversos de la asistencia sanitaria aparecen con frecuencia en los medios de comunicación. La mayor parte de las veces, se refieren a casos individuales y suelen adoptar un marcado sesgo sensacionalista. Sin embargo, de cuando en cuando, también aparecen informaciones más rigurosas. Así, en 2011 un estudio realizado durante tres meses sobre 4.611 pacientes atendidos en los servicios de urgencia de nueve hospitales españoles (2) demostró que "uno de cada tres pacientes que va al servicio de urgencia de un hospital lo hace por problemas relacionados con la medicación que está tomando (bien por inefectividad, por aparición de efectos secundarios o de interacciones medicamentosas). El estudio mostró que el 80% de estos episodios eran evitables y estimó que el costo promedio de cada episodio fue de 130€.

Con todo, los profesionales de la salud no siempre tienen la calidad de la atención entre sus prioridades. Así, cuando a los treinta y dos alumnos del master de salud internacional de la ENS de 2011 se les preguntó "*¿Cuáles son las habilidades/conocimientos que más le interesan y en los que le gustaría profundizar durante el desarrollo del diploma/maestría que hoy comienza?*", y se les dio la posibilidad de indicar hasta tres opciones de respuesta abierta, la "calidad" fue mencionada tan solo una vez frente a

Por tanto, se puede afirmar que si fomentar la calidad de la atención tiene un coste, la no calidad (o la mala calidad) es casi siempre mucho más costosa.

las 17 veces que se mencionó "políticas de salud", las 15 que se mencionó "formulación de proyectos de cooperación" o las 8 que se mencionó "indicadores sanitarios".

Sin embargo, a la hora de reclamar más recursos, o de oponerse a una reducción de los mismos, tanto las corporaciones profesionales (3) como los profesionales a título individual y los expertos (4) suelen argumentar en términos de los efectos que tales medidas podrían tener sobre la calidad de la atención a los pacientes.

Este tema sirve de introducción a otros más específicos de calidad que se desarrollarán en las áreas temáticas de gestión clínica. No obstante, el abordaje pretende ser aquí más global e integrador, e incluir las estrategias sistémicas para alcanzar mejoras de la calidad.

2. Un poco de historia.

Para comprender el alcance y algunas de las limitaciones de las políticas e iniciativas sobre calidad en la atención sanitaria conviene tener una idea sobre como nacieron, se desarrollaron (y a menudo se transplantaron) conceptos e iniciativas sobre calidad, tanto en el interior de los sistemas de salud, como desde otros sectores de la producción y distribución de bienes y servicios (5).

La preocupación por la calidad de la atención sanitaria no es nueva. En el año 2000 AC en Babilonia, el Código de Hammurabi reguló la atención médica e incluyó un sistema de multas que los médicos debían pagar si se producían malos resultados derivados de su práctica. También hacia el año 2000 AC, en Egipto, se publicaron estándares para la práctica de determinadas intervenciones médicas y quirúrgicas. En China se han hallado documentos datados hacia el año 1000 AC donde se presentan exhaustivamente los conocimientos médicos de la época y se regulan las competencias profesionales. En el 500 AC, Hipócrates de Cos, sistematiza las bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos griegos de la época, muchas de las cuales han pervivido hasta nuestros días. Y en 200 DC, Galeno hace lo propio con el conocimiento médico en época del

imperio Romano. Todos estos trabajos, y buena parte de los que les sucedieron hasta comienzos del siglo XVII, estaban dirigidos en lo fundamental a normalizar la *práctica clínica*.

Los primeros trabajos de evaluación sistemática de la *atención sanitaria* comenzaron a ser realizados por epidemiólogos, entre los que cabe destacar el *Tratado sobre Política Aritmética* de sir William Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna. En él se comparan los hospitales Londres con los de París y se llega a afirmar que "*los hospitales de Londres... son mejores que los de París pues en los mejores hospitales de París fallecen dos de cada quince pacientes mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen dos de cada dieciséis...*". También se deben mencionar los trabajos de Sir William Farr y de F. Nightingale sobre mortalidad hospitalaria. Esta última enfermera inglesa observó que durante la guerra de Crimea (1855) los soldados a quienes se amputaba una pierna tenían más probabilidades de morir a causa de infección hospitalaria si habían sido intervenidos en un hospital grande que en uno pequeño.

Durante el siglo XX se produjo un gran desarrollo de las estrategias y actuaciones orientadas a mejorar la calidad de la atención sanitaria. Así, en 1912 el *American College of Surgeons* (ACS) publicó su primera lista de criterios mínimos que deberían reunir los hospitales de EEUU. Estos se referían: a) cualificación del personal; b) uso de la documentación clínica; c) calidad de la documentación clínica; d) tratamiento que recibía el enfermo; e) revisión de la asistencia por colegas (*peer review*). Estos criterios se fueron implementando y actualizando muy lentamente. En 1951, el ACS se asoció con el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association*, la *American Medical Association* y la *Canadian Medical Association* para formar la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Años más tarde, la *Canadian Medical Association* se separó para crear, junto con otras asociaciones canadienses, el *Canadian Council on Hospital Accreditation*.

En 1966, Avedis Donabedian publicó su estrategia de evaluación de la calidad basada en el conocido paradigma ESTRUCTURA-PROCESO-RESULTADOS que supuso un hito en la historia del control de la calidad de la atención (6).

En 1972, nació en EEUU la *Professional Standards Review*

Organization con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia prestada por los hospitales concertados con el Medicare y Medicaid.

En 1973, J. Wennberg inició sus trabajos sobre las variaciones de la práctica clínica entre diferentes áreas geográficas de los EEUU (7).

En 1974 nació el *Australian Council on Hospital Standards* como una asociación gubernamental dedicada a la acreditación de hospitales. En la actualidad publica el conocido *Australian Quality Review (AQR)*.

En 1979, se creó en Holanda la CBO, una organización con fines no lucrativo dedicada asesorar a los hospitales en temas de calidad y de formación. Publica la *European Newsletter on Quality Assurance*.

En 1980, el Objetivo 31 del documento "Salud para todos en el año 2000" de la Oficina Regional Europea de la OMS señalaba: "De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán de haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias..." y se establecerán "... métodos de vigilancia continuada y sistemática para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante... de los profesionales sanitarios..." e "... impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos" (8). En 1985 esa misma Oficina Regional definió que "La calidad de la atención sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

En 1988, P. Ellwood propuso en EEUU un programa nacional basado en orientar la gestión de la asistencia sanitaria en función de resultados (*outcomes management*) mediante el diseño y la aplicación de estándares y guías de práctica clínica. Y un año después, en 1989, D. Berwick, extrapolando un modelo aplicado

con éxito en varias industrias, propugnó la "mejora continuada de la calidad" (*continuous quality improvement*) en los servicios de salud.

En 1990, la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*, elaboró su "estrategia para el cambio" en la cual incorpora la "orientación a resultados", la "mejora continuada de la calidad" y la necesidad de implicar a los profesionales en los proyectos de mejora de la calidad y se transformó en *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO)*.

En 1999, el *Institute of Medicine (IOM)* de la *Academy of Science* de EEUU publicó su conocido informe *To err is human* (9) que abrió una nueva perspectiva para enfocar los efectos adversos causados por la atención sanitaria y que estuvo en la base de un movimiento conocido como "seguridad de los pacientes" ("*patient safety*") que desde 2004 está siendo impulsado a nivel mundial por la OMS (10).

Si contemplamos los desarrollos que han sucedido desde mediados del siglo XIX desde un punto de vista analítico, comprobaremos que hasta mediados del siglo XX las iniciativas surgieron en lo fundamental de médicos, epidemiólogos, enfermeras o asociaciones científicas o corporativas. Es lo que podríamos denominar, la etapa **profesional-paternalista**, que se caracteriza por centrarse fundamentalmente en las estructuras de los servicios y mucho menos en los resultados, disponer de pocos criterios explícitos y considerar a los pacientes como sujetos pasivos. Durante ese periodo (que corresponde a la fase expansiva de la primera revolución industrial) y sobre todo desde comienzos del siglo XX se produce la transición entre el control pasivo de la calidad de los productos por parte del consumidor (si un producto es defectuoso el consumidor lo devuelve y pide una compensación) a un control activo por parte del fabricante antes de ponerlo en el mercado.

A partir de los años 60 del pasado siglo, estos criterios industriales más proactivos sobre la calidad se incorporan a los sistemas de salud pues la calidad empieza a ser importante no solo para los profesionales sino también para los gerentes, los aseguradores y los financiadores. Se inicia así el periodo que podemos denominar **burocrático** en el cual las decisiones de los profesionales sobre la calidad de la atención (y sobre otros asuntos relacionados con la forma de ejercer la profesión) empiezan a estar fuertemente

condicionadas por las reglas de la organización para la que trabajan. Un primer periodo de inspección individual de casos fue seguido rápidamente por el establecimiento de objetivos y la aplicación generalizada de diversos instrumentos de análisis estadístico y epidemiológico (series temporales, eventos centinela, etc.) de los procesos. Se organizaron Comisiones y Comités encargados de evaluar periódicamente distintos aspectos de la actividad asistencial, sobre todo en los hospitales. Muy en consonancia con la aparición de nuevas profesiones sanitarias, de la necesidad de trabajar en equipo, y del ascenso del "gerencialismo" como filosofía dominante, se enfatizó la idea de "control de calidad" ("*quality assurance*"). Predominaron las estrategias y programas centralizados, cuantitativos, de tipo *check-list*, a menudo reactivos a los problemas detectados, y que enfatizaban el cumplimiento de la "norma". En general, los profesionales sanitarios las vieron como algo ajeno, "que venía de arriba" y a lo que había que someterse. Y en ocasiones, se produjo una cierta dualidad entre el control de calidad "interno" y la "auditoría externa". Además, los pacientes seguían siendo sujetos pasivos de estas actividades.

A partir de los años ochenta y noventa, y como consecuencia en parte de una reflexión interna a los sistemas de salud y, también, de las nuevas tendencias que se apuntaron en las distintas ramas de la industria y de los servicios, se introdujo un nuevo paradigma basado en que los pacientes y sus familias son el "centro del sistema" por lo que han de ser parte activa de los procesos de atención, que la calidad es un requerimiento ético tanto de las organizaciones como de los profesionales, y que los procesos de mejora han de ser continuados (*continuous quality improvement*). En el marco de este paradigma, que trata de rescatar lo mejor de las dos etapas anteriores, un buen líder es aquel que consigue hacer confluir los intereses de los pacientes, de los profesionales y de la organización; más aún, un buen líder es aquél que entiende que la organización es un instrumento al servicio de aquellos. Y en este liderazgo, la mejora continuada de la calidad y la *búsqueda de la excelencia* juegan un papel esencial.

3. Conceptos básicos

Identificar, priorizar y resolver problemas

En cualquier actividad humana, incluidas aquellas relacionadas

con la salud o con la atención a la salud, se presentan continuamente problemas **o situaciones que requieren ser mejoradas**, que, en términos generales, pueden ser de dos tipos: a) problemas **o áreas de mejora** (más o menos) conocidos y que se consideran no bien resueltos (la mayoría); b) problemas que son descubiertos por la ocurrencia de algún suceso (más o menos) inesperado o por la publicación de algún estudio.

Una actitud básica para mejorar la calidad consiste precisamente en no perder demasiado tiempo en debates estériles sino en orientarse a resolver problemas concretos. Se trata de:

Detectar...

A lo largo del tiempo, en el seno de las organizaciones se han ido desarrollando diversos procedimientos para detectar e identificar problemas. Los más comunes son: a) *Escuchar* a quienes entran en contacto con la organización, del cual el análisis sistemático de quejas y reclamaciones de los usuarios es una variante bastante desarrollada en las organizaciones sanitarias; b) *registrar y analizar* la actividad y/o sus resultados, del cual el análisis de historias clínicas es un ejemplo conocido y útil; c) *hacer diagramas de flujos* para detectar puntos de riesgo o que requieren una especial atención; d) elaborar y/o consultar *estadísticas e indicadores*, que cuando adquieren la forma de series temporales permiten tener una idea consistente acerca de la situación y sus tendencias; e) *realizar encuestas* específicas; f) impulsar *métodos de consenso* como son la lluvia de ideas, la técnica del grupo nominal o el método Delphi.

Priorizar...

Una vez que los problemas han sido detectados e identificados suele ser conveniente priorizarlos. Para ello se suelen tener en cuenta *criterios objetivos*, entre ellos el número de personas afectadas (o potencialmente afectables); la *gravedad* del problema (es decir, si es letal o no, si deja o no secuelas, si estas son reversibles, etc.); la existencia o no de soluciones y el tipo de éstas (si son sencillas o complejas, de efecto inmediato o retardado, curativas o paliativas, etc.); los costos (directos e indirectos) de las mismas. Y, también, e inevitablemente, *criterios subjetivos*, entre ellos: el impacto del problema en los medios de comunicación, la alarma generada, los efectos sobre el prestigio del establecimiento, la red o el sistema de salud, o sobre los directivos de la misma, las reacciones de determinados

actores, etc. Por tanto, priorizar un determinado problema de salud en relación a otros no es tan solo (y a veces ni siquiera principalmente) un ejercicio técnico o racional sino que incorpora elementos discutibles y que, normalmente, serán discutidos de modo que quien asuma esa decisión ha de estar dispuesto a explicar los motivos, el proceso y las consecuencias esperables.

Definir estándares...

La forma más habitual de definir que es lo correcto en una actividad consiste en recurrir al "criterio experto". Una forma de "criterio experto" consiste en definir *estándares* que dicha actividad (y/o los resultados de la misma) deberían cumplir o tender a aproximarse.

En términos de situación de salud y de atención a la salud hay estándares más fáciles de establecer que otros. Por ejemplo, parece sencillo definir que, dados los conocimientos actuales, el estándar de prevalencia de tabaquismo en la población española es 0. O bien que el estándar de ocurrencia de bacteriemia ligada al uso de catéter endovenoso por 1.000 ingresos en UCI es también 0.

Sin embargo, resulta más difícil establecer un estándar de cobertura de atención paliativa de los pacientes de cáncer en situación avanzada y terminal. De hecho, la primera vez que, en España se definió un estándar para ese proceso de atención en el nivel nacional, este se formuló del siguiente modo: "*Todos los pacientes con cáncer deben recibir atención paliativa durante las fases avanzadas y terminales de la enfermedad en cualquier nivel asistencial, incluyendo la intervención de equipos específicos de cuidados paliativos ante situaciones de complejidad*" (11)

Los ejemplos anteriores ilustran algunos de los elementos fundamentales que hay que tener presente a la hora de definir (o de aceptar) un estándar de atención. Definir un estándar implica, como mínimo: a) alguien que selecciona el proceso o el resultado que conviene "estandarizar" (normalmente el financiador/asegurador); b) alguien (normalmente con suficiente conocimiento experto) que, de acuerdo al estado del arte y al contexto cultural y organizacional, lo define; c) alguien (normalmente los profesionales de la salud y/o los gerentes de establecimientos de salud) que lo difunde y vela porque se tenga en cuenta; d) muchos (normalmente los profesionales y, cada

vez más, los pacientes y sus familias, la industria y los medios de comunicación) que lo aceptan e incorporan a sus prácticas; e) un procedimiento de actualización y revisión conocido.

Como veremos más adelante, en la literatura internacional abundan hoy estándares sólidos y bien definidos (y organizaciones que se encargan de elaborarlos, difundirlos y revisarlos) para multitud de procesos, actividades y resultados referidos tanto a la situación de salud como a los procesos de atención. En la mayoría de los casos, el principal problema no consiste tanto en definir nuevos estándares como en adaptar bien los ya existentes a las condiciones concretas de que se trate.

En este punto conviene distinguir entre un *estándar* y un *objetivo* o meta. El estándar define el óptimo deseable (y posible) teniendo en cuenta el nivel de conocimiento científico disponible en ese momento (por ejemplo, 0% de prevalencia de tabaquismo entre la población española). El objetivo o meta indica el grado de logro que se propone conseguir (o la situación a la que se pretende llegar), en las condiciones en que se trabaja y con los medios de que se dispone, en un plazo dado (por ejemplo, reducir de 28% a 20% la prevalencia de tabaquismo en la población española entre 2011 y 2020) Muchos objetivos sanitarios pueden ser vistos como pasos intermedios en el camino hacia el logro del estándar.

Una actitud básica: Orientarse a resolver problemas

- Identificar
- Priorizar
- Definir (o adaptar) metas (o estándares)
- Tratar de aproximarse a las metas

Estructura-Proceso-Resultado

Como ya se mencionó, Donabedian desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos: estructura, proceso y resultado. Cada uno de estos elementos formó un eje organizador de tipos de problemas, indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

Se entiende por "estructura" las edificaciones, los equipamientos, los vehículos, el personal, los medicamentos, los suministros de cualquier otro tipo, las normas y sistemas organizacionales y la financiación, todos los cuales conforman a los establecimientos, a las redes y a los sistemas de salud. Se trata de elementos concretos, mensurables, a menudo "tangibles", que en unos casos pueden ser "inventariados" y duran largo tiempo, y en otros se consumen rápidamente durante el proceso de atención (también llamados "fungibles").

Se entiende por "proceso" todo aquello que se realiza para que los pacientes (y sus familiares y allegados) reciban una atención adecuada. Los procesos de atención son la actividad "sustantiva" o "diferencial" de los establecimientos sanitarios y los sistemas de salud, y de ellos depende, en gran medida, la calidad de los mismos. En general, los procesos de atención incluyen una dimensión clínica (que se entiende como una responsabilidad directa de los profesionales de la salud) a la que se ha asociado el concepto de *calidad técnica*, y una dimensión no directamente clínica, a la que se ha asociado el concepto de *calidad percibida* o *calidez*. Esta segunda dimensión incluye componentes cualitativos de medición compleja (por ejemplo, la empatía y la confianza) y que, en buena medida, están culturalmente condicionados. Su importancia se ha ido reconociendo cada vez más, a medida que el peso (y la responsabilidad) de los pacientes y sus familiares y allegados en la mejora de la calidad ha ido aumentando. En muchos casos ambas dimensiones suelen presentarse unidas (por ejemplo, durante la convalecencia inmediata de una bronquitis aguda en un paciente de noventa años en un hospital de media y larga estancia) pero también pueden presentarse separadas (por ejemplo, en una serie de citas periódicas para la revisión ambulatoria de una intervención por cataratas). Se entiende por "resultado" la adecuada culminación del proceso de atención al paciente, en el tiempo y con insumos requeridos. Importa diferenciar entre resultados intermedios (*outputs*) y resultados finales (*outcomes*). Los resultados intermedios suelen medirse por tasas de cobertura (por ejemplo, la tasa de cobertura de determinada vacuna), por la evolución de signos y síntomas, en función de la modificación de determinados parámetros analíticos, por pruebas diseñadas para medir funciones fisiológicas, por la evolución de imágenes radiológicas o microscópicas, etc. Los resultados finales se miden en función de la mortalidad, la morbilidad y la esperanza de vida libre de

discapacidad.

Esta diferencia es importante porque no es lo mismo demostrar que un determinado tratamiento -o proceso asistencial- (por ejemplo, la administración de un nuevo y potente hipo-lipemiente) se ha traducido en una modificación positiva de un determinado parámetro biológico (por ejemplo, una disminución adicional del colesterol "malo") que demostrar que esa modificación ha tenido un efecto positivo en términos de morbilidad (por ejemplo, una reducción de los episodios de angina), de mortalidad (por ejemplo, una disminución en la tasa de fallecimientos por infarto agudo de miocardio), o de esperanza de vida libre de discapacidad (por ejemplo, un aumento de la tasa de supervivencia sin alteración grave de la vida cotidiana de los pacientes que lo tomaron).

Una de las razones de la importante diferencia que suele darse entre los resultados intermedios y finales en salud se debe al hecho de que estos últimos están casi siempre afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de los profesionales de la salud. La genética, la educación, los factores culturales, las condiciones ambientales y de trabajo, los hábitos y preferencias individuales, etc., influyen a menudo tanto o más que los procesos asistenciales en los resultados finales, de modo que en muchos casos los efectos finales de un adecuado proceso de atención no suelen estar ni clara ni unívocamente relacionados con la actuación de los profesionales o del sistema de salud.

ESQUEMA DE DONABEDIAN

Consiste en analizar:

- Estructura:
 - medios humanos
 - materiales
 - financiación
- Procesos (flujos)
- Resultados: Atención a la diferencia entre resultados intermedios y finales

El ciclo de la calidad

El ciclo de la calidad, basado en las ideas de Taylor, esbozado por

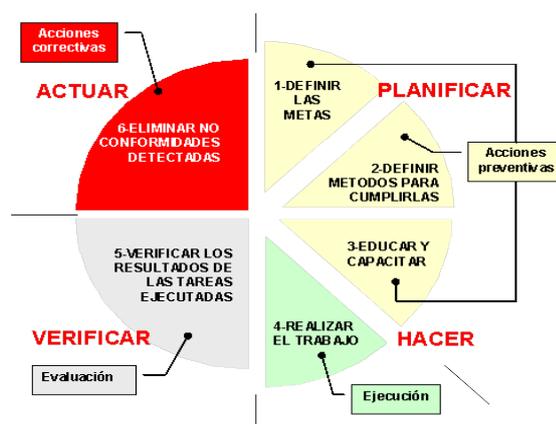
Shewhart, atribuido a Deming (12) y modificado por Ishikawa hasta incluir 6 pasos, sigue siendo un esquema conceptual válido para la mejora continuada de la calidad. Este ciclo se puede aplicar a cualquier proceso o actividad profesional o personal (ver figura 1)

El ciclo se compone de cuatro fases claramente diferenciadas: 1) Planificar; 2) Hacer; 3) Verificar; 4) Actuar” (en Inglés PDCA – *Plan-Do-Check-Act*)

- *Planificar* consiste en establecer los objetivos o metas y los procesos necesarios para conseguir esos objetivos o metas, teniendo en cuenta los requisitos del cliente (ya sea interno o externo) y las políticas de la organización. A menudo, también se incluyen en esta fase las acciones formativas que se consideran necesarias para pasar a la siguiente fase.
- *Hacer* consiste en implementar los (cambios de) procesos o (de) actividades que se diseñaron en la fase anterior, del modo y en los plazos que se establecieron.
- *Verificar/Evaluar* consiste en realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los resultados (o productos) de acuerdo con los requisitos establecidos para ello, e informar a quién se haya determinado previamente.

Figura 1

Calidad de la atención sanitaria



- *Actuar (Corregir)* consiste en ejecutar acciones para

mejorar el desempeño de los procesos de forma que los resultados: a) se adecuen a los objetivos y a los requisitos establecidos previamente (si se comprobó que estaban bien establecidos); o, alternativamente, b) incorporen las lecciones aprendidas durante el proceso (si se comprobó que las acciones o los objetivos tenían fallos de diseño, o han aparecido elementos no previstos).

Como puede verse, el ciclo de calidad no es un círculo (o ciclo cerrado). Se trata más bien de una espiral, ya que al completar una "vuelta" se llega a un punto distinto (y deseablemente mejor) que aquél en que se estaba en el momento de la partida. En ese punto aparecerán nuevos problemas o situaciones cuyo abordaje probablemente requerirá iniciar un nuevo el ciclo.



EL CICLO DE LA CALIDAD

4 fases: Planificar- Hacer- Verificar- Actuar (PHVA)

Es una espiral de mejora continuada.

La calidad como resultado de múltiples interacciones entre los actores

Si se parte de la base de que los sistemas de salud (y las redes y los establecimientos de salud) son el resultado de (y/o generan) un equilibrio inestable de múltiples interacciones entre numerosos actores con puntos de vista e intereses no siempre coincidentes, será fácil aceptar que la calidad de los procesos de atención y de los resultados de esos procesos, dependerá

en gran medida de las características de esas interacciones. Y, también, que unos y otros tenderán a poner diferente énfasis en (o a ser requeridos por otros sobre) tales o cuales aspectos relacionados con la calidad.

Por ello, interesa examinar, con las cautelas del caso, los *elementos determinantes* de la calidad de la atención que les suelen ser requeridos y/o con los que se identifican a cada uno de los principales actores de los sistemas de salud.

Profesionales

Los principales determinantes de la calidad de la atención que les suelen ser requeridos a los *profesionales* y con los que habitualmente ellos se identifican, son: a) buen nivel de conocimiento (lo que saben, que es amortizable y depende de la formación recibida en el pregrado, en el posgrado y a lo largo de su vida profesional); b) habilidades adecuadas (lo que saben hacer, que es algo más duradero y depende sobre todo de la práctica diaria y del contexto organizacional en que esta se realiza); c) motivación (que les guste su trabajo, lo que depende de factores subjetivos y, también, de los incentivos y desincentivos a que se ven sometidos); d) recursos materiales y humanos indispensables, incluido el tiempo (pues en buena medida dependen de su capacidad de influir en las organizaciones en que trabajan).

Usuarios

Los principales determinantes de la calidad con que los *usuarios* se identifican (y que suelen reclamar con mayor frecuencia) son: a) la facilidad de acceder a la atención cuando se siente que se necesita (lo que depende de que no haya barreras geográficas, económicas, culturales, físicas, o de cualquier otro tipo que lo impidan); b) una buena comunicación con los profesionales (lo que depende tanto de las condiciones materiales en que la comunicación se establece como de factores culturales que pueden facilitar o dificultar esa comunicación); c) la generación de confianza entre el usuario y el profesional y/o la organización (que depende de numerosos factores de índole individual y social que afectan a la percepción que tiene el usuario acerca de la probabilidad de que le resuelvan su problema); d) la calidez del trato (lo que depende también de numerosos factores objetivos y subjetivos, pero donde la personalización de la atención tiene un peso decisivo).

Gestores

Los principales determinantes de la calidad que les suelen ser requeridos a los *gerentes y los financiadores* (y con los que a menudo ellos mismos se identifican) serían: a) accesibilidad (definida en los términos de párrafo anterior); b) seguridad (es decir, que se atienda a tiempo y adecuadamente y que como resultado de esa atención a los usuarios no les suceda ningún efecto adverso evitable); c) flexibilidad (para atender los cambios en cantidad y calidad de la demanda de atención de forma oportuna); d) transparencia (para explicar y justificar la priorización y el uso de los recursos); e) costes asumibles (para no obligar a los contribuyentes - o a los accionistas - a asumir cargas inadecuadas o insoportables).

Por supuesto, cada uno de los tres actores anteriores puede compartir parte de (o todos) los puntos de vista de los otros dos. El éxito de las políticas de calidad depende en gran medida de la capacidad para construir agendas de actuación que concilien estos tres puntos de vista. El requisito indispensable para lograrlo es que exista un liderazgo dialogante y participativo que sitúe la mejora continuada de la calidad en el centro de la agenda de la organización.

4. Niveles y ámbitos de atención

Tal como se ha presentado en otros módulos docentes, los sistemas de salud pueden ser analizados considerando que su organización opera en tres niveles distintos aunque relacionados entre sí:

Un nivel micro, que es aquél en el que se relacionan fundamentalmente los profesionales y los pacientes y sus familiares y allegados (por ejemplo, las consultas, las salas de hospitalización, los servicios de urgencia y emergencias y los domicilios). Desde el punto de vista de la calidad de la atención es el nivel más importante pues es allí donde se presentan (y se pueden resolver) la mayor parte de los problemas de salud, y se producen (y se pueden evitar) la mayor parte de los efectos adversos derivados de la atención.

Importa mucho que en este nivel exista y se mantenga una cultura de fomento y mejora continuada de la calidad (en su

doble dimensión de calidad técnica y calidad percibida o calidez), que se identifiquen y se prioricen los problemas, que desarrollen acciones concretas para resolverlos, y que se mida y se comunique su impacto. El ciclo de la calidad fue concebido y despliega su mayor potencialidad en este nivel. Cuantos más profesionales (no solamente los médicos y las enfermeras sino también el personal administrativo, el personal técnico y de mantenimiento, y el resto de quienes trabajan en los establecimientos de salud) esté involucrada en acciones de mejora de la calidad en este nivel, mejor.

Un nivel intermedio (o meso), que es aquél en el cual se relacionan los profesionales y otros trabajadores de los establecimientos de salud con los gerentes y administradores de servicios, establecimientos y redes. En muchos de ellos, sobre todo en hospitales de tamaño mediano y grande, existen, además de un responsable asistencial, responsables específicos de calidad en los que éstos delegan estas labores. Este nivel intermedio es muy importante, porque en él confluyen las iniciativas que vienen desde "arriba" con las que llegan desde "abajo", y la calidad ha de batallar por mantenerse en el centro de las preocupaciones cotidianas de los gerentes de modo que las acciones de corto plazo (por ejemplo, una campaña para fomentar el lavado de manos) sean consistentes con los proyectos de mediano plazo (por ejemplo, un proyecto para reducir la prevalencia de la infección hospitalaria) y reciban el respaldo los medios para conseguir sus objetivos.

Además, suele ser un ámbito donde se dan oportunidades para fomentar la participación de todos los profesionales y de los pacientes y sus familiares y allegados en iniciativas conjuntas. En lo que se refiere a la calidad, muchas de estas oportunidades se han formalizado (y, en ocasiones, burocratizado) y adoptan la forma de comités o comisiones (de historias clínicas, mortalidad, tejidos, farmacia, política antibiótica, ensayos clínicos, etc.) las cuales pueden estar dirigidas (o formar parte) de una comisión o comité de calidad unificada para el conjunto del establecimiento. Y es también este nivel intermedio en el que, con mayor frecuencia aparecen, y han de resolverse los pleitos causados por la aparición de accidentes, efectos adversos, presunta mala práctica, etc.

Un *nivel macro*, que es donde actúan los responsables de los sistemas y subsistemas de salud, se discuten las orientaciones

estratégicas de mediano y largo plazo y la financiación, se proponen y se aprueban las normas y regulaciones de alcance sistémico, y se originan con mayor frecuencia los debates políticos y mediáticos. También suele ser un nivel bien posicionado para impulsar proyectos de ámbito internacional.

Además de ejercer un liderazgo proactivo en materia de calidad, las actuaciones en este nivel son importantes porque afectan a factores que afectan a la calidad de la atención sanitaria que se presta en el nivel micro de un modo indirecto pero no por ello menos importante. Tal es el caso, por ejemplo, de los contenidos y los métodos de formación de los recursos humanos, de la existencia o no de sistemas de información sanitaria fiables, accesibles y oportunos, o de la implementación adecuada de normas de calidad para las instalaciones y los insumos empleados en los establecimientos de salud.

Lo ideal es que los tres niveles trabajen de forma armónica; es decir, que actúen de manera *sinérgica* (con las mismas o parecidas prioridades y a lo largo de las mismas líneas de actuación) y *sincrónica* (con las mismas o parecidas metas a ser conseguidas en los mismos o parecidos plazos de tiempo), respetando cada uno los ámbitos de actuación que les son propias a los otros dos. Lo cual, por cierto, rara vez se produce.

Un ejemplo de sinergia y sincronía: “El proyecto Bacteriemia Zero (13)

- **Partenariado y liderazgo:** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, SEMICYUC y proyecto Pronovost (John Hopkins University, Baltimore, USA)
- **Objetivo bien definido:** pasar de 7,7 a 1,4 episodios de bacteriemia por catéter en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) / 1.000 días.
- **Amplia implicación:** inicialmente 192 UCIs españolas, 147 de ellas durante más de un año y 100 durante los 18 meses que duró el proyecto (Enero 2009 - Julio 2010)
- **Resultados notables:**
 - Reducción del 50% de episodios
 - 66 muertes evitadas
 - 8.904 días menos de estancia en UCIs
 - 27.6 M de € de ahorro con una inversión de 2.3 M de €
 - Estimular un proyecto sobre neumonía por ventilación mecánica

El proyecto anterior es una de las muchas acciones puestas en marcha a partir de 2007 por el *Plan de Calidad del SNS* español. Esta iniciativa, impulsada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, pionera en su género, pretendió dar una traducción operativa a los mandatos contenidos en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, impulsando muchas de las acciones que ya se venían realizando por las autoridades regionales de salud y añadiendo otras nuevas. El Plan se orientó a los pacientes (14) y se elaboró sumando los puntos de vista y los esfuerzos de las administraciones, las sociedades profesionales y las asociaciones de pacientes, y contó con una financiación específica para desarrollar sus proyectos (15).

Otra forma de enfocar la calidad de la atención, complementaria de la anterior, consiste en considerar los *ámbitos* donde la atención se presta.

Estos ámbitos son el domicilio, los centros de trabajo, los centros, servicios y unidades de atención primaria, y los establecimientos de atención especializada. Cada uno de ellos puede contar con programas específicos de mejora de la calidad; es el caso, por ejemplo, de los programas para reducir la automedicación y la polimedición en los domicilios; para disminuir la accidentabilidad laboral; la implantación de teléfonos unificados para atender las llamadas por urgencias o emergencias sanitarias, o el fomento del correcto lavado de manos, en la atención primaria; o del fomento del lavado de manos o de la prevención de úlceras por presión en los hospitales.

En este sentido, un tema central para la mejora de la calidad de la atención está siendo el esfuerzo desarrollado en los últimos años para garantizar la *continuidad asistencial*. Ello implica desarrollar y aplicar conceptos de comunicación continuada entre los profesionales que trabajan en los distintos ámbitos, así como implementar circuitos de información, de envío de muestras y de imágenes, y de referencia y contrarreferencia de pacientes (incluido el traslado y la atención preferente en condiciones determinadas) que están originando un nuevo paradigma denominado "cuidados integrados" o "*medicina integrada*" (16, 17) (del cual las denominadas "vías clínicas" - *clinical pathways* - son tan solo un aspecto).

Esta forma de organizar los cuidados tiende a disminuir los

tiempos de espera para recibir atención así como la repetición innecesaria de exámenes y pruebas, con los consiguientes ahorros de costes, al tiempo que se minimiza el riesgo de cometer errores. En general, la satisfacción de los profesionales y de los pacientes y de sus familiares y allegados aumenta. Ejemplos de la aplicación de este paradigma serían las vías clínicas que muchos servicios regionales de salud han organizado para la atención del infarto agudo de miocardio (desde la sospecha diagnóstica en el domicilio o el centro de trabajo hasta el tratamiento en la unidad coronaria); o la reorganización de determinados centros de atención primaria o de especialidades para ofrecer primeras consultas, pruebas, diagnóstico y tratamiento en un solo día. En EEUU, la Administración de Veteranos y la aseguradora Kaiser Permanente han sido pioneros en la integración de cuidados. En varios países europeos, el concepto de "cuidados integrados" incluye también la integración de los cuidados sanitarios y sociales (18).

Se trata, sin duda, de una estrategia prometedora que, sin embargo, no es fácil de implementar pues obliga a que profesionales de distinta formación trabajen de forma muy protocolizada y con equipos fuertemente coordinados. Asimismo requiere un reingeniería profunda de los procesos gerenciales y administrativos, en organizaciones que en ocasiones trabajan con mandatos y culturas diferentes lo cual, al menos en una primera etapa, obliga a modificar hábitos largamente establecidos, y a invertir tiempo y dinero.

5. Instrumentos y metodologías para la mejora de la calidad

En este apartado se describen algunos de los instrumentos y de las metodologías más comúnmente empleadas para la mejora de la calidad en los establecimientos, las redes y los sistemas de salud. No se trata de instrumentos y de metodologías excluyentes. De hecho, la gran mayoría son complementarios y, a menudo, se aplican simultáneamente dependiendo del nivel y el ámbito de atención. Cada uno de los apartados merecería un capítulo entero, por lo que aquí solo se tratan brevemente, remitiéndose al final a fuentes de información que permiten estudiarlos en profundidad.

Auditorías

Las auditorías son evaluaciones externas realizadas por personal especializado, con criterios previamente conocidos por auditores y auditados. Se popularizaron a partir de los años 50 en los hospitales de EEUU.

Las auditorías pueden ser voluntarias (es decir, solicitadas por los auditados para obtener algo a cambio, normalmente un determinado nivel de reconocimiento) u obligatorias (es decir, impuestas por los financiadores por o la autoridad sanitaria, normalmente cuando se detecta un problema). Pueden hacerse en los niveles "micro" (por ejemplo, un determinado servicio de un hospital) y "meso" (por ejemplo, un determinado centro - o red de centros - de salud, o un hospital en su conjunto) bien con carácter excepcional (porque ha surgido un problema) o periódico (por ejemplo, formando parte del proceso de acreditación de las unidades docentes para la formación sanitaria especializada). En ciertos casos, sobre todo cuando se trata de una auditoría de realización periódica, pueden ir precedidas por una "autoevaluación" que realizan los propios auditados siguiendo un protocolo o cuestionario previamente enviado por los auditores y cuyos resultados estos conocen antes de visitar la unidad o centro auditado.

Los puntos críticos de una auditoría son: definir bien su propósito, contar con un equipo auditor cualificado, establecer una metodología sólida, comunicar bien los resultados, y establecer acciones correctoras consistentes con el propósito inicial de la auditoría. Además, con frecuencia las auditorías tienden a ser vistas por los profesionales como una intervención "externa" de connotaciones "cuasi punitivas". Esto puede estar justificado en algún caso. Por ello, cuando no es así, es decir, cuando la auditoría forma parte de un proceso de acreditación y/o de mejora de la calidad, es necesario desarrollar un esfuerzo de explicación importante.

Los dos ejemplos más conocidos en el SNS español son las auditorías previas a la acreditación de las unidades docentes que desarrollan los programas de formación sanitaria especializada (que lleva varias décadas en funcionamiento) (19) y las auditorías previas a la designación de los centros, servicios y unidades de referencia del SNS (CSUR) iniciadas en 2008 (20)

Círculos de calidad

Son agrupaciones *voluntarias* que utilizan una metodología común para abordar un determinado tipo de problemas y proponer medidas de mejora. Esta metodología, que nació en los años setenta en varias grandes empresas japonesas, y se extendió luego a otros países, suelen ser utilizada por grupos de profesionales con intereses comunes (por ejemplo, el grupo de calidad de la Sociedad Española de Cirugía ha creado diversos círculos de calidad para temas concretos).

Se trata de una metodología flexible y, en general, poco costosa (salvo en términos de tiempo) y se ha demostrado bastante eficaz para promover la innovación de productos y de procesos. Para que resulte útil, al menos uno de los miembros del grupo debe tener experiencia previa en este tipo de trabajo. Es muy importante evitar desde un principio que el círculo de calidad se transforme en un canal para la expresión del descontento o el malestar laboral, que, caso de existir, se debe poder expresar por sus propias vías. En la mayor parte de los casos los círculos tienen una duración limitada (semanas o meses) aunque algunos pueden durar varios años. Su principal limitante nace, precisamente, de su informalidad.

Comités, Comisiones clínicas y Responsables de calidad

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se fueron organizando comités y comisiones clínicas dedicadas a supervisar el correcto funcionamiento de distintas áreas de la actividad hospitalaria. En el origen, la mayoría de ellas nacieron como resultado de la iniciativa de grupos de médicos interesados en mejorar la calidad de esas actividades y, también, como reacción a las primeras auditorias externas realizadas por las autoridades o los financiadores. A esta corriente se la llamó "audit médico" y desde un principio enfatizó las ventajas del control por los pares (*peer review*) para diferenciarse de las auditorias externas realizadas por personal ajeno al hospital y que no siempre era médico (o médico de la especialidad auditada).

Con el paso del tiempo, estos comités y comisiones se fueron reglamentando, y durante los años setenta y ochenta del pasado siglo, se fueron incorporando a los reglamentos de funcionamiento interno de muchos hospitales. En ellos se describía la denominación, composiciones y funciones de estos comités y comisiones, e incluso la frecuencia con que deberían reunirse. A estos comités y comisiones clínicas se les otorgaban funciones

asesoras de la dirección del centro y llegó a haber tantos como se pueda imaginar (por ejemplo, mortalidad, tejidos, infecciones hospitalarias, antibióticos, tumores, farmacia, documentación clínica, cuidados de enfermería, hemoterapia, investigación, docencia, ensayos clínicos, etc.), e incluso algunos de ellos se dividían en subcomités (por ejemplo, subcomité de caídas, de úlceras por presión, etc.).

A finales de los años ochenta y principios de los noventa, su excesiva atomización y cierta deriva corporativa por un lado, y la irrupción del "gerencialismo" (con su énfasis en los aspectos económicos, la dirección por objetivos y los indicadores cuantitativos de actividad) por otro, implicaron una cierta decadencia de estos comités y comisiones. Sin embargo, algunos de ellos han continuado funcionando hasta el presente y otros han sido relanzados asignándoles capacidad decisoria en ámbitos específicos (docencia, investigación, ética asistencial, ética de la investigación clínica), y pueden ser un buen punto de partida para relanzar en el ámbito de gestión micro y meso los programas y actividades de mejora continuada de la calidad sobre nuevas bases.

En la actualidad, se admite que la mejora de la calidad debe ser una preocupación central de los equipos directivos y de todos y cada uno de los profesionales que trabajan en el hospital o en la red de atención primaria. Para impulsarla suele haber un *responsable (o, incluso, un equipo) de calidad* a tiempo completo, con suficiente proximidad a la gerencia del centro, cuya misión consiste en coordinar e impulsar las distintas actuaciones y programas.

Programas de calidad en el nivel de los servicios

Además de en el nivel *meso* (el hospital, la red de atención primaria, etc.) hoy se admite que la calidad debe ser una preocupación sistemática y constante de quienes trabajan en el nivel *micro* (es decir, en cada servicio clínico hospitalario o en cada centro de atención primaria) y, en particular, de aquellos que dirigen dichas unidades. Una buena guía para fomentar la mejora continuada de la calidad en este nivel es la desarrollada por la JCAHO para las unidades clínicas hospitalarias y que puede adaptarse con facilidad a los centros de atención primaria. Tal como puede comprobarse en el recuadro siguiente, dicha guía se basa en el ciclo de calidad y comprende 10 pasos diferenciados.

Programas de calidad en los servicios/ unidades asistenciales (JCAHO)

1. Asignar responsabilidades
2. Describir el campo de actuación
3. Identificar puntos críticos
4. Identificar indicadores
5. Establecer los umbrales de tolerancia y las metas
6. Recoger datos (fuentes, métodos, análisis)
7. Discutir, evaluar, recomendar actuaciones
8. Actuar
9. Monitorizar resultados
10. Comunicar y realimentar

La gestión de riesgos y la seguridad de los pacientes

La denominada "gestión de riesgos" ("*risk management*") es una filosofía de mejora de la calidad desarrollada primero en los EEUU y extendida después a otros países desarrollados y que ha acabado siendo casi sinónima con la que se denomina "seguridad de los pacientes" ("*patient safety*").

El primer incentivo para desarrollar este enfoque fue hacer frente a los costes asociados al creciente número de demandas judiciales causadas por los efectos adversos derivados de la atención hospitalaria. De modo que en 1976 la Asociación Médica y la Asociación de Hospitales de California implantaron un sistema de mejora de la calidad basado en la búsqueda de este tipo sucesos. Una analogía que ayudó a impulsar esta manera de enfocar la calidad de la atención fue la que se estableció con el modo en que la industria del transporte y, en particular, las compañías aéreas, abordan la seguridad de los vuelos y los accidentes. Las bases filosóficas de esta estrategia quedaron establecidas en el informe "*Errar es humano*" mencionado antes. Esta estrategia parte de que suele ser más fácil definir lo que no debería ocurrir (por ejemplo, que un paciente ingresado en un hospital contraiga una infección que no padecía al ingresar) que lo que debería ocurrir (por ejemplo, en qué consiste tratar adecuadamente el dolor de espalda crónico o el asma bronquial)

(21)

El proceso a seguir puede resumirse en los siguientes pasos:

1. Fijar los criterios que definen el efecto adverso (EA)
2. Fijar el estándar (que suele ser 0)
3. Revisar las historias clínicas en momentos prefijados (por ejemplo, a las 48 del ingreso, cada tres días y a las dos semanas del alta)
4. Revisar las hojas de atención
5. Detectar servicios, procesos y profesionales donde ocurren los EAs
6. Discutir las causas y las medidas correctoras con los implicados
7. Dar un tiempo y volver a revisar

En seguridad de los pacientes la mayor dificultad radica en que el aprendizaje a partir de los errores no se puede llevar a cabo sin la previa asunción de su existencia y pasar de la cultura de la culpa (y de la ocultación) a la cultura de la declaración (no necesariamente punitiva) es difícil y toma tiempo (21).

Desde 2004 la OMS ha formulado "Retos Globales por la Seguridad del Paciente" destinados a impulsar el compromiso y la acción internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante para todos sus Estados Miembros. Si el primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria a través del impulso de la formación en higiene de manos, el tema elegido para el segundo "Reto Mundial" es la seguridad de las prácticas quirúrgicas. Para ello se ha identificado un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y que se recogen en una lista de verificación que debería ser utilizada en los quirófanos (22).

Analizar la variabilidad de la práctica clínica y eliminar los cuidados inapropiados

Desde finales de los años ochenta, numerosos estudios han demostrado que en los establecimientos de salud se administran diariamente medicamentos, se realizan procedimientos y se prestan cuidados, sobre los que no existe evidencia suficiente de que tengan algún efecto beneficioso o, incluso, de los que existe alguna evidencia de que sus riesgos superan a sus beneficios. En 1995, un informe del IOM cifraba estas actuaciones en un 20-25% del total de las realizadas en EEUU. En España, un estudio

publicado recientemente por el servicio de evaluación del Servicio Canario de Salud, mostró que de los 5,1 millones de euros que se gastaron en tratamientos de rehabilitación entre 2004 y 2007, solamente el 40,5% se empleó en financiar tratamientos que contaban con un aval científico. El resto habría ido a financiar tratamientos que, cuando menos, pueden calificarse de inútiles. Lo anterior se complementa con el hecho, ampliamente demostrado también desde los años ochenta, de la existencia de una gran *variabilidad en la práctica clínica*. Esto significa que enfrentados con el mismo tipo de problema de salud (por ejemplo, el tratamiento de la úlcera gástrica) para el que se conoce cuál es la mejor solución de acuerdo con el estado del arte, un número relevante de profesionales de distintos territorios, de un mismo territorio, e incluso de un mismo establecimiento de salud, no actúa como cabría esperar.

Las razones de esta variabilidad son diversas y han sido analizadas en la literatura. Se pueden dividir en dos grandes categorías: aceptables e inaceptables.

Algunas causas de variabilidad aceptable:

- *Diferencias en las características y preferencias de los pacientes*
- *Características locales*
- *Incertidumbre en la evidencia científica*

Algunas causas de variabilidad inaceptable:

- *Ignorancia culpable*
- *Conflicto de interés (“lo mejor para el que más (me) paga”)*
- *Uso inapropiado de tecnologías sanitarias (por innecesario, inútil, inseguro, inclemente o insensato)*

Por tanto, un elemento que contribuye a mejorar la calidad de la atención es analizar sistemáticamente la variabilidad de la práctica clínica, diseminar ampliamente los resultados de esos análisis, y discutir sus causas de modo que se puedan ir eliminando aquellas que se consideran injustificadas de esa variabilidad. Esto puede hacer a nivel de un establecimiento, de una red de establecimientos o de un territorio.

En ese sentido una iniciativa interesante en España, que sigue la línea abierta por los trabajos de Wennberg, es el “Atlas de

variaciones en la práctica médica” en el SNS desarrollado por más de 50 profesionales y patrocinado por la mayoría de los servicios de salud (<http://www.atlasvpm.org/avpm/>)

La eliminación de las prácticas y procedimientos inapropiados (así como de la variabilidad inaceptable en la práctica clínica) es, al mismo tiempo, una exigencia ética (pues nadie debería ser sometido de forma inadvertida a algo cuya utilidad no esté bien fundada y nadie debería ser privado de la atención que necesita por causas ajenas a su voluntad) y una necesidad económica (los recursos son siempre limitados y los empleados en ese tipo de prácticas se podrían emplear en otras que cuenten con suficiente evidencia de utilidad)

Una de las estrategias para reducir las prácticas inapropiadas consiste en evaluar las técnicas y los procedimientos antes de su introducción en la práctica profesional (y, también, durante ella). Esto debería ser obligatorio en el caso de que vayan a recibir financiación pública, de tal modo que financiadores, gerentes, profesionales y pacientes dispongan de criterios de referencia, sólidamente fundados, sobre la pertinencia o no esas tecnologías y procedimientos. Esto se hace desde hace tiempo con la mayoría de los medicamentos y vacunas (y también con algunos productos sanitarios) pero no con la gran mayoría de las demás tecnologías y procedimientos.

Dos mecanismos ampliamente utilizados para ello son los *informes de evaluación de las tecnologías sanitarias* (habitualmente dirigidas a financiadores y gerentes) (23) y las *guías de práctica clínica* (GPCs) (habitualmente dirigidas a los profesionales) (24). En este sentido, cabe mencionar dos iniciativas recientes. En primer lugar, la serie de informes de evaluación de tecnologías y procedimientos que fueron financiadas entre 2007 y 2010 por el Plan de Calidad del SNS y realizadas por las siete agencias de evaluación de tecnologías en salud del SNS. Y en segundo lugar, el proyecto denominado “Guía Salud” puesto en marcha en 2005, que es el primer intento de disponer de una biblioteca de GPC’s homologadas para el SNS. (<http://portal.guiasalud.es/>)

Vías clínicas

Como ya se mencionó, las vías clínicas (también llamadas *mapas de cuidados* o *procesos asistenciales*) son planes de asistencia

que se aplican a pacientes con determinada patología de curso clínico predecible. Se iniciaron a mediados de los años ochenta en el *New England Medical Center* de Boston para procedimientos médicos bien definidos con gran volumen de casos y alto riesgo y/o alto coste. Por ejemplo, el by-pass aorto-coronario, y las prótesis de rodilla y de cadera.

En la actualidad, existen miles de ellas diseñadas para situaciones cada vez más complejas (por ejemplo, para distintos tratamientos oncológicos o neurológicos). La forma más de común de presentación es una matriz temporal con divisiones por días (o incluso por horas) en la cual se distribuyen las distintas acciones. Son compatibles con el empleo de algoritmos para considerar diversas opciones, con protocolos y con recomendaciones y en muchos casos se confunden con las GPCs, si bien las vías clínicas tienden a ser algo más rígidas y prescriptivas que aquellas.

Medidas de satisfacción de los usuarios

La calidad de la atención percibida por el paciente está básicamente determinada por la diferencia entre sus expectativas y la percepción de los resultados que ha obtenido. Si tenemos en cuenta el gran número de actuaciones que se realizan a diario en un hospital o en un centro de salud, el número de quejas y reclamaciones que finalmente se formula resulta proporcionalmente bajo. Sin embargo, esto no debe hacer olvidar que la gran mayoría de las quejas no se acaban de formular por escrito, por lo que los buzones solo recogerán una fracción pequeña del total de quejas. Además, la experiencia demuestra que a medida que los pacientes son más cultos y están mejor informados, mayores son sus niveles de exigencia y, por tanto, más fácilmente se frustran sus expectativas. Por ello una comunicación adecuada, reducir los tiempos de espera, y brindar un trato personalizado, se transforman en una dimensión esencial de la calidad.

Los métodos habitualmente utilizados para medir la satisfacción de los usuarios son los buzones de quejas y sugerencias, y las encuestas de satisfacción. Los primeros suelen usarse en el nivel de los establecimientos y servicios y las segundas pueden usarse, además, en el nivel de las redes de servicios y en el nivel macro (o del sistema). Este tipo de encuestas tendrán tanto más valor cuanto más sólidas sean desde el punto de vista técnico y más "independientes" del ámbito encuestado sean quienes las realizan. También es muy importante que se realicen periódicamente y que permitan construir series temporales. En España, muchas

autoridades regionales de salud realizan encuestas periódicas de este tipo. La más conocida, sin embargo, es el denominado *Barómetro Sanitario* realizado anualmente desde hace más de veinte años por el Centro de investigaciones Sociológicas, financiada y diseñada por el Ministerio de Sanidad y que tiene amplitud nacional.¹

Premios

En Japón se estableció en 1950 el premio Deming a la calidad para premiar a una empresa que demostrara que su calidad era excelente. Edward Deming fue el profesor norteamericano que, tras la segunda guerra mundial, introdujo en Japón las técnicas cuantitativas para mejorar la calidad.

Como respuesta al éxito de las empresas japonesas durante las décadas siguientes, Malcom Baldrige, secretario de comercio con el presidente Reagan instituyó en 1987 un premio similar en EEUU, el cual lleva su nombre. Por fin, en 1991 la European Foundation for Quality Management (EFQM) creó el premio europeo a la calidad. En España, el Ministerio de Industria creó en 1993 los premios Príncipe Felipe a la excelencia empresarial y uno de ellos es, precisamente, a la calidad.

Como puede comprobarse, estos los premios surgen en un entorno, y formando parte de, iniciativas de mejora de la calidad, la cual es vista en el sector industrial como un elemento fundamental para competir en mercados cada vez más abiertos. Todos ellos empiezan por una convocatoria pública que establece los requisitos que deben reunir las entidades solicitantes. Las mejor puntuadas reciben una visita de inspección que produce un informe. Finalmente un jurado revisa la documentación y de acuerdo con los criterios establecidos en la convocatoria emite su veredicto (25). Los premios – que pueden llevar aparejada un importante recompensa económica – suelen entregarse en un acto solemne que tiene importante repercusión mediática.

La Fundación Avedis Donabedian instauró en 1993 los Premios a la Calidad en Sanidad, con la voluntad de distinguir públicamente el trabajo realizado por los profesionales y centros día a día. Estos premios se agrupan en tres áreas: información social y transparencia, mejora de la calidad en los diferentes sectores y reconocimiento a personas de especial relevancia. Desde 2007 también los entrega anualmente el Ministerio de Sanidad.

¹ <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

6. Modelos para el fomento y la mejora de la calidad

La Certificación ISO

La *International Organization for Standardization* (ISO) ² se constituyó en 1947 y de ella forman parte más de 130 países. Se trata de una federación no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la estandarización en gran variedad de campos y actividades. Está organizada en grupos de trabajo por áreas de actividad y para cada uno de ellos reúne grupos de expertos que elaboran familias de estándares. La familia de normas ISO 9000 constituye la base para el desarrollo de los sistemas de gestión de calidad. Por parte de España, la entidad que forma parte de ISO es la Asociación Española de Normalización (AENOR).

La ventaja de las normas ISO es que son compatibles con cualquier otro modelo o estrategia de calidad que se adopte y que permiten obtener una certificación internacional reconocible por cualquier actor implicado. Aplicar normas ISO ofrece oportunidades para mejorar aquellos aspectos de los servicios de salud que más similitudes ofrecen con el sector industrial (por ejemplo, transporte sanitario, edificaciones, hostelería, laboratorios, servicios de radiología, servicios de mantenimiento, algunos aspectos del archivo y la circulación de la información, etc.). Si bien, en general son demasiado rígidas y están poco adaptadas a los aspectos clínico-asistencias y sanitarios.

La Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO)

Tal como se mencionó, fue creada en EEUU en 1951 como JCAH y al principio su filosofía general fue semejante a la de ISO (elaborar estándares de práctica profesional para la autorregulación voluntaria). Solo que en vez de nacer en el sector industrial, lo hizo en el ámbito hospitalario, en vez de hablar de "normas" habla de "estándares" y en lugar de hablar de "certificar" habla de "acreditar". Al igual que ISO su enfoque empezó siendo eminentemente externo a las organizaciones sanitarias. En los años sesenta, la acreditación de la JCAH se transformó en obligatoria para aquellos hospitales que deseaban atender a los pacientes cubiertos por el Medicaid y el Medicare.

Con el paso del tiempo, la JCAH (<http://www.jointcommission.org/>) ha ido ampliando sus actividades para incluir no solamente

² <http://www.iso.org/iso/home.htm>

a los hospitales sino todo tipo de de organizaciones sanitarias e incluso a las residencias asistidas. Además, los estándares se enriquecido pasando de ser puramente estructurales a incluir también indicadores de procesos y de resultados. Y por último, el proceso de acreditación ha variado para intentar convertirlo en una ayuda para el mejoramiento continuado de la calidad.

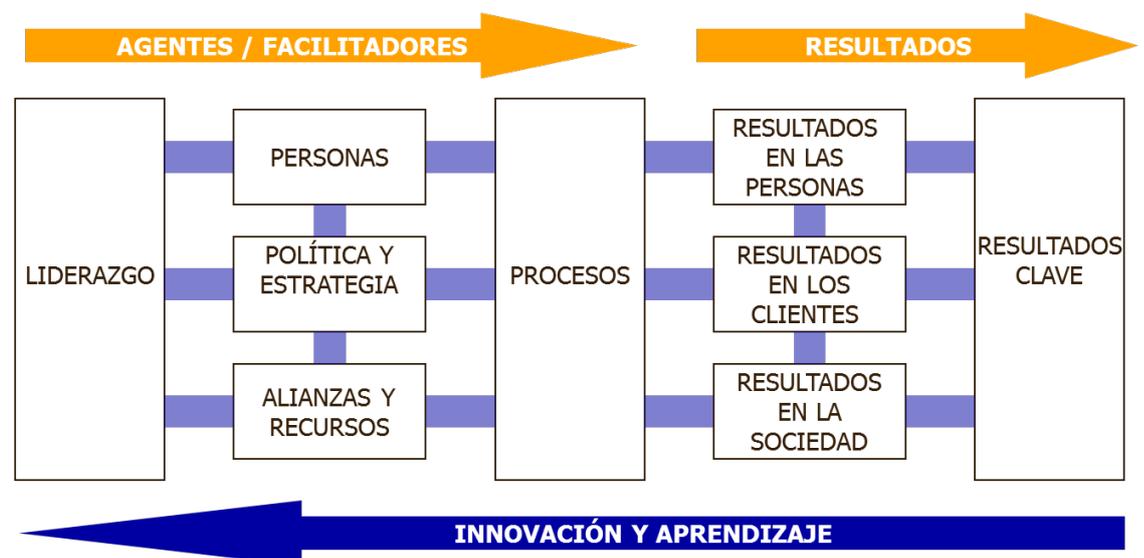
En 1997 creó una sección internacional (la *Joint Commission International*, JCI) y desde 1999 acredita hospitales de todo el mundo. En España la JCI trabaja con la Fundación para la Acreditación y Desarrollo Asistencial (FADA-FAD) para la acreditación de centros sanitarios (hospitales, centros de atención primaria, centros socio sanitarios, etc.)

Dado que los estándares no detallan los requisitos del sistema o del programa de gestión de la calidad se pueden completar con la norma ISO 9001. Tampoco tienen carácter universal y la propia JCI propugna una adaptación local de los mismos (26)

El European Forum for Quality Management (EFQM)

En 1988, 14 empresas privadas europeas decidieron crear una fundación (el European Forum for Quality Management – EFQM) y en 1991 establecieron el premio europea a la calidad, a imagen y semejanza del premio Baldrige estadounidense. En 1994, esta fundación constituyó un grupo de trabajo para el sector público (sanidad, educación, administración local, etc.)

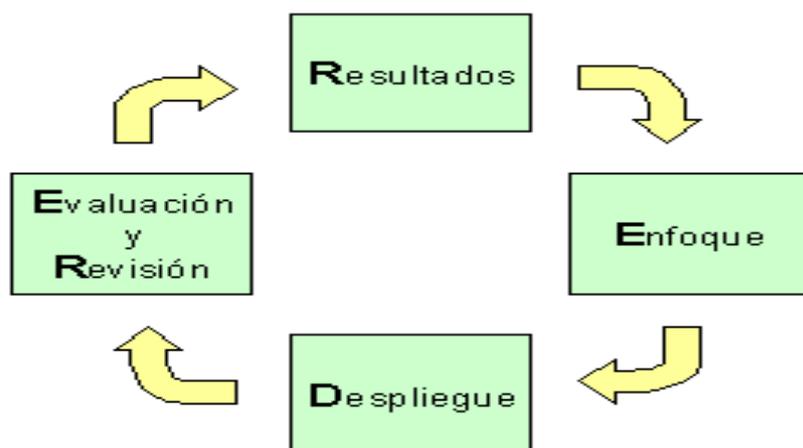
El Modelo de excelencia EFQM se puede resumir así (ver diagrama):



El modelo consiste en un conjunto de **criterios** de excelencia empresarial que abarcan todas las áreas del funcionamiento de la organización. Estos criterios son de dos tipos: i) los **agentes o facilitadores** (criterios 1 al 5) son aspectos del **sistema de gestión** de la organización; son las causas de los resultados; ii) los **resultados** (criterios 6 al 9) representan lo que la organización consigue para cada uno de sus **actores** (Clientes, Empleados, Sociedad e Inversores)

El modelo adjudica un peso a cada uno de estos nueve elementos dando lugar según el grado de cumplimiento a unas puntuaciones cuyo máximo es de 1.000 puntos.

Para poder adjudicar la puntuación hay un conjunto de **reglas de evaluación** basadas en la llamada "**lógica REDER**" (ver diagrama):



R de Resultados = determinar los resultados que se desean obtener

E de Enfoque = planificar y desarrollar métodos para lograrlos

D de Despliegue = puesta en marcha de los métodos

E de Evaluación = evaluar los métodos y el despliegue

R de Revisión = revisar si los resultados son los adecuados y se ajustan a la planificación, método y despliegue

- **Resultados:** En una organización excelente, los resultados muestran **tendencias** positivas o un buen nivel sostenido, los **objetivos** son adecuados y se alcanzan, los resultados **se comparan** favorablemente con los de otros y están **causados** por los enfoques. Además el **alcance** de los resultados cubre todas las áreas relevantes para los *actores*.

- **Enfoque:** Lo que la organización piensa hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque será **sano** (con fundamento claro, con procesos bien definidos y desarrollados, enfocado claramente a los actores) y estará **integrado** (apoyará la política y la estrategia y estará adecuadamente enlazado con otros enfoques).
- **Despliegue:** Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque. En una organización excelente, el enfoque estará **implantado** en las áreas relevantes de una forma **sistemática**.
- **Evaluación y Revisión:** Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y su despliegue. En una organización excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos con regularidad a **mediciones**, se emprenderán actividades de **aprendizaje** y los resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar y poner en práctica **mejoras**.

La filosofía básica del modelo EFQM es ayudar al decisor a gestionar mejor en el camino de buscar la excelencia y no tanto servir para comparar unas empresas con otras, como a menudo se hace (aunque se puede pedir un reconocimiento a partir de una determinada puntuación y entonces es preciso someterse a una asesoría externa) (<http://www.efqm.org/en/tabid/132/default.aspx>).

En España este modelo, que está patrocinado por la Comisión Europea, se ha ido extendiendo en diversos servicios regionales de salud. Su principal limitación proviene del elevado grado de subjetividad de los criterios, de los pesos de cada criterio y de los indicadores empleados.

La Colaboración Cochrane

La Colaboración Cochrane es una organización internacional, independiente y sin ánimo de lucro establecida inicialmente en 1993 en el Reino Unido. Su principal objetivo es asegurar que exista información sobre los efectos de las intervenciones sanitarias realizada de forma rigurosa y periódicamente actualizada, y que ésta se encuentre fácilmente disponible para todo el mundo. Para ello produce y divulga revisiones sistemáticas de intervenciones sanitarias y promueve la búsqueda de evidencias en forma de

ensayos clínicos y otros estudios confiables que estudian los efectos de las intervenciones.

Las revisiones se publican periódicamente de manera electrónica a través de *The Cochrane Library* en inglés y en español en la *Biblioteca Cochrane Plus*, cuyo acceso desde España es gratuito gracias al acuerdo suscrito en su día por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En Latinoamérica ambas bases de datos están disponibles a través de BIREME. Las revisiones sistemáticas se actualizan periódicamente, asegurando que sólo aquella información que es fiable y actualizada esté disponible.

Para llevar a cabo la misión de producir las revisiones sistemáticas, una pequeña administración central da apoyo a los grupos editoriales que trabajan desarrollando revisiones sistemáticas sobre una enfermedad o una situación de salud (los llamados grupos Cochrane de revisión). A nivel geográfico, 13 centros prestan apoyo a las actividades de la Colaboración Cochrane que cuenta con presencia en los cinco continentes (<http://www.cochrane.es/>) e involucra a más de 13.000 personas en todo el mundo, la mayoría de ellos de forma voluntaria.

La Biblioteca Cochrane contiene unas 5.000 revisiones sistemáticas y decenas de miles de estudios. Además, permite saber qué temas han suscitado mayor interés durante las últimas 24 horas, 7 y 30 días, tres meses, etc. También permite un alto grado de interactividad.

Por estos y otros motivos, la colaboración Cochrane es un lugar privilegiado para la difusión de la *Medicina Basada en la Evidencia* (MBE) en todo el mundo

7. A modo de conclusiones

Lo que sigue no debe tomarse al pie de la letra. El autor ha tratado simplemente de resumir su experiencia en este campo y formularla de un modo sencillo por si puede ser de ayuda para otros.

- **Conclusión nº 1: Aspiremos a la excelencia** sabiendo que no se alcanzará nunca pero que el empeño continuado por llegar a ella puede hacernos mejores.

- **Conclusión nº 2: No reinventemos la rueda.** Averigüemos quién está trabajando en calidad en nuestro centro de trabajo y sumémonos. Y si nadie lo está haciendo, tratemos de averiguar por qué es así, si hubo algún intento previo, en qué consistió y por qué no se ha continuado. De los fracasos anteriores se puede aprender tanto o más que de los éxitos.
- **Conclusión nº 3: Casi nada está tan bien que no pueda mejorar ni tan mal que no merezca ser mejorado.** Por tanto, no nos empeñemos en implantar modelos preconcebidos: partamos de problemas concretos y tratemos de solucionarlos. Para la mejora de la calidad, las "condiciones locales" son determinantes y muchas de las soluciones suelen estar cerca de los problemas.
- **Conclusión nº 4: Se puede empezar por cualquier sitio** a condición de definir bien previamente qué se quiere hacer, por qué, con quién, en qué periodo de tiempo y, sobre todo, cómo se ha de *medir* el grado de logro o de fracaso. *Medir, medir, medir...*
- **Conclusión nº 5: Errar es humano.** Ser negligente también lo es pero no por ello resulta excusable. El error detectado se puede corregir. La negligencia que se oculta no. Por tanto: explicitar criterios, transparentar prácticas y difundir abiertamente los resultados.
- **Conclusión nº 6: La calidad cuesta.** No siempre cuesta dinero (o no mucho) pero siempre cuesta algún esfuerzo. Pero la mala calidad cuesta muchísimo más (en vidas, en sufrimientos, en tiempo y en recursos desperdiciados). Los dos adversarios más comunes son rutina y pereza. El más resistente: la ignorancia culpable.
- **Conclusión nº 7:** El elemento central de la calidad es **el recurso humano**. Las tecnologías y las organizaciones no pueden actuar sin las personas; sin embargo, ellas pueden actuar (casi) sin tecnologías y sin organización, usando tan solo sus conocimientos y habilidades personales. Formar bien a los recursos humanos, y mantenerlos actualizados y motivados, es lo principal.
- **Conclusión nº 8: Sumar, sumar, sumar...** Generar ciclos virtuosos de mejora y realimentarlos periódicamente. Funcionar por analogía: si otros como nosotros pudieron

hacerlo ¿por qué nosotros no?

- **Conclusión nº 9: Reconocer y premiar a los mejores.** Suele ser mejor hacerlo en términos colectivos o de equipo que individuales. Estimular a los retrasados. Tener paciencia con ellos. Y excepcionalmente penalizar a los peores (si reiteradamente se niegan a intentar mejorar)
- **Conclusión nº 10: Ponerse en el lugar del paciente** (y de su familia). Juzgar los acontecimientos desde ese punto de vista. Involucrarlos en la definición del problema y en la búsqueda de las mejores soluciones siempre que (y tan pronto como) sea posible.

8. Otros recursos de información

Además de las referencias bibliográficas y de los enlaces que se han incluido en el texto, los siguientes enlaces también pueden ser de utilidad. Dado que el campo de la calidad de la atención sanitaria es sumamente amplio y el número de quienes trabajan en él resulta muy grande, el listado que sigue no pretende ser exhaustivo y tan solo incluye el limitado número de organizaciones con las que el autor ha tenido contacto directo de un modo u otro. Muchos otros recursos están accesibles en la red si realiza un búsqueda mínimamente orientada.

- *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)* (www.calidadasistencial.es/)

Es una sociedad científica de carácter multidisciplinar dedicada a impulsar la mejora continua de la calidad en el ámbito sanitario. Nació en el año 1984 y desde entonces ha organizado un congreso anual de calidad asistencial. Sus esfuerzos se dirigen a convencer y a comprometer a los profesionales de todas las especialidades, a las sociedades científicas, a los colegios y todo tipo de organizaciones profesionales, para que incorporen a su quehacer diario los conocimientos de mejora de la calidad y sean capaces de trasladarlos al paciente. También trabajan con políticos y gestores. Esta organizada como una federación de sociedades territoriales. Edita la Revista de Calidad Asistencial y mantiene el registro español de certificación y acreditación sanitaria.

- *Fundación Avedis Donabedian* (www.fadq.org)

La Fundación Avedis Donabedian se creó en Barcelona en 1989 y es el órgano gestor del Instituto Universitario del mismo nombre creado en 2006 y adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona. La Fundación sigue desarrollando proyectos gratuitos y con financiación parcial (como parte de su responsabilidad corporativa), y promoviendo los premios anuales de calidad. En particular, la Fundación ofrece apoyo y asesoramiento a las organizaciones sanitarias y sociales que deciden adoptar un modelo externo como eje de su programa de mejora de la calidad, bien sea el Modelo EFQM, la certificación ISO o la acreditación (tanto acreditación de las distintas comunidades autónomas como la acreditación internacional de la JCI).

- *The National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (www.nice.org.uk/)

NICE fue creado por el Departamento de Salud del Reino Unido en 1999 con el objetivo de reducir la variabilidad en la oferta y en la calidad de los tratamientos y cuidados ofrecidos por Servicio Nacional de Salud británico. Para ello ha desarrollado guías basadas en la evidencia (y otros productos) referidas a medicamentos, productos sanitarios, tratamientos y procedimientos clínicos. Asimismo, produce recomendaciones sobre modos de vida saludable, prevención y bienestar que van dirigidas a autoridades locales, profesionales y gestores del NHS y a todos los actores relacionados con estos temas, incluidos el sector privado y las organizaciones de pacientes y de voluntarios. La *Health and Social Care Bill* de 2011 sentó las bases para que NICE se transforme en un organismo público autónomo y expanda sus actividades al sector de los servicios sociales.

- *The Swedish Council on Health Technology Assessment* (SBU) (www.sbu.se/)

El SBU fue creado por el gobierno sueco en 1987 para responder básicamente a tres preguntas: a) ¿qué opciones terapéuticas eran más efectivas?, b) ¿cómo se podía diagnosticar con mayor precisión?; c) ¿cómo usar los recursos sanitarios para obtener beneficios óptimos? Desde entonces el SBU ha sido una organización líder en evaluación de tecnologías en

salud en el mundo y ha ostentado, casi desde su creación, la secretaría de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías en Salud (INAHTA) de la que la AETS del ISCIII y otras agencias autonómicas españolas forman parte. Su sistema de *alertas rápidas* es ampliamente usado. El SBU es centro colaborador de la OMS para evaluación de tecnologías en salud. En 1992 fue transformado en autoridad pública independiente.

- *The Agency for Health Quality and Research (AHQR)* (www.ahrq.gov/)

Una de las 12 agencias del Departamento de Salud de EEUU, su misión es mejorar la calidad, la seguridad, la eficiencia y la efectividad de los cuidados de salud en el país. Orienta sus actividades a todos los actores del sistema de salud de EEUU y al público en general. Su *National Guideline Clearinghouse* contiene la que probablemente sea la base de datos de guías de práctica clínica (y documentos relacionados) más amplia y más actualizada del mundo. Una parte de sus materiales están traducidos al español y se usan ampliamente en América Latina.

- *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (www.safetyandquality.gov.au/)

La *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* comenzó oficialmente sus trabajos como autoridad independiente en Julio de 2011 de acuerdo con lo establecido en la *National Health and Hospitals Network Act 2011*. En septiembre de ese mismo año publicó los *National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS)* para impulsar la implementación y el uso de los sistemas de seguridad y de calidad en los servicios de salud del país.

- *Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS = PAHO/WHO (siglas en inglés))* <http://new.paho.org>

En 2007 la OPS/OMS aprobó una resolución sobre "Política y estrategias regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente". <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r10-s.pdf>.

Entre los diferentes trabajos realizados está el **Curso Virtual** realizado en 2011, al que se puede acceder a través del **Campus Virtual de Salud Pública de la OPS**. <http://cursos.campusvirtualesp.org/login/index.php>

También, el curso de Enfermería y la Seguridad del Paciente realizado por el centro colaborador de la OMS en seguridad del paciente de la Escuela de Enfermería y Estudios de Salud de la Universidad de Miami. Este curso se ha hecho con la colaboración de la Red Internacional de Enfermería y Seguridad del Paciente (RIENSEP) y la OPS. http://www.miami.edu/sonhs/index.php/sonhs/centers/pahowho_collaborating_center/patient_safety/enfermer

Además, en 2012 se ha lanzado en 2012 un curso de Seguridad del Paciente de la OMS, que en este momento disponible en inglés: *Patient safety research: introductory course (on-line)* Patient Safety Research Team. World Health Organization. <http://bit.ly/xLShap>

Este curso virtual y gratuito fue diseñado para ayudar a las enfermeras y estudiantes de enfermería a adquirir y mantener destrezas básicas para la prestación de cuidados seguros a los pacientes. Existen muchos recursos en la red relacionados con la seguridad de los pacientes pero este curso es especial porque está diseñado teniendo en cuenta sus necesidades de aprendizaje. Se han compilado numerosas recomendaciones clínicas y se presentan en un formato fácil de usar.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio ENEAS 2006. Secretaría General Técnica. Madrid, 2006
2. El País 20/02/2011
3. Organización Médica Colegial. Los médicos nos rebelamos frente a los recortes. Comunicado aprobado por la Asamblea General. Madrid, 28 de enero de 2012.
4. Repullo, JR. Preservar la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis. El Médico nº 1128. Enero 2012
5. Rodríguez Pérez MP. Calidad asistencial: conceptos dimensiones y desarrollo operativo. En: Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos. Oteo, L.A. (ed) pags. 7-13, Díaz de Santos, Madrid, 2006
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q 1966; 44: 429-462.
7. Wennberg J, Gittelsohn A. [Small area variations in health care delivery](#). Science 1973 Dec 14; 182(117):1102-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. pàg. 25 Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999
9. Institute of Medicine. To Err Is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson (eds.) National Academy Press. Washington, D.C. 2000
10. Ver: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cáncer del SNS. Secretaría General Técnica. Madrid 2006
12. W. Edwards Deming. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Díaz de Santos. Madrid 1989
13. Ver: <http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html>
14. Infante A. Prólogo. En: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2007; 22(6):269.
15. Ver: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad->

[SNS/home.htm](#)

16. Kodner, DL y Spreeuwenberg, C. *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*. [Int. J. Integrated Care](#) vol. 2, 14 nov. 2002
17. Lawrence D. [Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership – Bridging the Quality Chasm](#). [National Academy of Sciences](#). p. 99. Washington, DC 2005
18. Ver: <http://www.integratedcare.londondeanery.ac.uk/what-is-integrated-care>
19. Ver: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad-SNS/pdf/excelencia/cuestionario/CriteriosCD.pdf>
20. Ver: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad-SNS/pdf/excelencia/cuestionario/ProcedimientoCSUR.pdf>
21. Aranaz-Andrés, JM et al. *Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias* Gac Sanit. 2008; 22(supl 1): 198-204
22. *Alianza Mundial por al seguridad del paciente. Segundo reto mundial: La cirugía salva vidas*. OMS. Ginebra. 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
23. Ver: <http://www.inahta.net/>
24. Alonso, P y Bonfill, X. *Guías de práctica clínica (i): elaboración, implantación y evaluación*. Radiología. 2007; 49(1):19-22
25. Bohigas, J Ll. *Semejanzas y diferencias entre las estrategias mejora de la calidad en la industria y en la sanidad*. En: *Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria*. Aranaz JM y Vitaller J (eds). pags 43-44. Generalitat Valenciana. Valencia 2003
26. Saturno P. *Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria*. En: *Modelos de Calidad en Atención primaria*. págs. 41-42. Semergen. Madrid 2005