

CAPÍTULO 22

GARANTÍA DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN ESPAÑA

Rosa Suñol

Directora de la Fundación Avedis Donabedian, Directora de la Cátedra Donabedian de Calidad, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona

Carlos Humet

Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Director Médico del Hospital de Barcelona-SCIAS

1. Introducción

En el año 1984 un grupo de profesionales fundó la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Se trataba de incorporar a nuestro sistema sanitario el concepto de calidad asistencial con el fin de dar respuesta a algo tan aparentemente simple como explicar por qué no hacemos lo que hay que hacer; por qué, frente a la evidencia de algunas investigaciones clínicas o de gestión, sus conclusiones no se llevan a la práctica o tardan mucho tiempo en ser incorporadas a la rutina de la asistencia; y por qué se investiga poco sobre los resultados de la asistencia que, por otra parte, es la actividad principal de la mayoría de los profesionales y la necesidad primera de nuestros pacientes.

Había que definir la calidad asistencial, dotarse de instrumentos de análisis y medida de los resultados, había que incorporar el concepto de mejora continua; era necesario estudiar el comportamiento humano en el funcionamiento de los grupos, la modificación de la conducta y la resistencia al cambio, aprender a medir la satisfacción y las expectativas de los pacientes y usuarios, etc. Era necesario, en fin, incorporar lo que hoy conocemos como nuestro cuerpo de doctrina.

A la necesidad de este cuerpo de doctrina se dio respuesta importando los conocimientos de profesionales y organismos de otros países que nos llevaban unos cuantos años de ventaja. Fue necesario que algunos de nuestros pioneros se formasen en EEUU para incorporar –como pasó en otras especialidades– los correspondientes conocimientos. Esta labor hubo de completarse, a lo largo de los años siguientes, con la formación de expertos en calidad asistencial, de tal forma que hoy en día el país cuenta con un buen número de profesionales formados –diplomaturas, másters, etc.– para ayudar a las diferentes especialidades en la utilización de la metodología de calidad asistencial.

Se debatió sobre si se trataba de crear una especialidad nueva o de dotar al resto de especialidades de nuevas herramientas que les permitiesen el análisis crítico de sus resultados y las propuestas de mejora. Afortunadamente se optó por la segunda de las opciones que parece que el tiempo va probando como más adecuada.

El primer Programa de Calidad establecido como tal fue el del hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona en el año 1981. De forma progresiva cada vez son más los centros que disponen de un programa de estas características, hasta el momento actual en que, de una u otra forma, todos los centros sanitarios suelen hablar de calidad.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial ha trabajado en estos objetivos fundamentalmente con varios instrumentos. La *Revista de Calidad Asistencial* que está ya en su volumen 16, el congreso anual de la Sociedad que este año ha celebrado el decimonoveno en Murcia y diversas reuniones científicas. El nivel de las colaboraciones en la revista y de los diferentes tipos de presentaciones en las últimas reuniones, permiten constatar un excelente estado de salud de la calidad asistencial en los servicios sanitarios que ya utilizan esta metodología. Si bien es necesario remarcar que no es, ni mucho menos, una metodología de utilización universal en nuestro sistema.

Existen en el desarrollo de los planes de calidad unos cuantos hitos importantes que han marcado su desarrollo: la definición del sistema de acreditación catalán en 1981 y del sistema de acreditación MIR en 1987, la legislación sobre organización de hospitales en 1986 que hacía obligatorias las comisiones clínicas, la creación del Programa Ibérico –junto con Portugal– para desarrollar planes de calidad en Atención Primaria, la definición de planes de calidad en algunas comunidades como Osakidetza y Murcia. El Insalud se ha distinguido por una sensibilidad especial en el desarrollo de políticas de calidad. Así, la inclusión de objetivos de calidad en el contrato programa en 1993, la elaboración de un plan de calidad propiamente dicho a partir de 1995 y de una Memoria Anual de Calidad desde 1996, así como la decisión de nombrar coordinadores de calidad en todos los centros hospitalarios en 1996 y 1997.

Además, en 1989 se crea la Fundación Avedis Donabedian como entidad no gubernamental dedicada exclusivamente a la promoción de la calidad asistencial en España.

2. La situación actual en los centros

Una de las formas de evaluar los temas de interés candentes en el ámbito de la calidad es el estudio de los artículos de la *Revista de Calidad Asistencial*. Hemos revisado los 149 artículos publicados durante el periodo de enero de 1999 a junio de 2001 y los hemos clasificado según el tema principal que abordaban. Los resultados se expresan en la Tabla 1.

Tabla 1
Clasificación de los temas de los artículos de la *Revista de Calidad Asistencial* (1999-2001)

	1999	2000	2001 (En-jun)	Total	%
Gestión	3	2	3	8	5
Costes	4	1	1	6	4
SIS y documentación clínica	5	6	0	11	7
Utilización de recursos *	10	5	2	17	10
Guías de práctica, vías, procesos clínicos y protocolos de cuidados	11	7	4	22	13
Efectividad asistencial	4	8	6	18	12
Uso de fármacos y trat. del dolor	3	3	1	7	4
Mortalidad y atención a terminales	5	0	1	6	4
Consentimiento informado	10	1	1	12	7
Opinión usuario / profesionales	8/2	4/0	6/1	18/3	11/2
Integración asistencial	1	0	2	3	2
Evaluación externa **	3	11	4	18	11
Instrumentos metodológicos	3	1	2	6	4
Otros	2	4	2	8	5

* Incluye demoras, ingresos y estancias innecesarias etc.

** Incluye ISO, Acreditación y EFQM.

Debe mencionarse que la revista tiene una sección fija sobre temas de bioética y sobre medicina basada en la evidencia, cuyos artículos no se han tenido en cuenta en la revisión y que existen en este periodo tres números monográficos que responden a temas de actualidad para los socios, lo que posiblemente explica la frecuente presencia de algunos de ellos.

Los temas de efectividad clínica y procesos asistenciales suponen el 33% de los artículos publicados, los de satisfacción de los clientes y consentimiento informado

el 18%, mientras que los aspectos de costes y gestión representan sólo el 9%, lo que refleja el desigual desarrollo de los temas de calidad entre profesionales y gestores en nuestro país.

2.1. La situación en los hospitales

Hasta mediados de la década de los noventa el modelo de calidad en los hospitales estuvo básicamente liderado por los clínicos y se apoyaba en la evaluación del trabajo clínico –comisiones, prevención de riesgos, etc.–. Posteriormente se empezó a visualizar la implicación de la dirección a través del cambio de ubicación del Plan de Calidad en el organigrama –incluido en las áreas de dirección– y se abordan, de forma más generalizada, aspectos de eficiencia en el uso de recursos –ingresos, estancias innecesarias, etc.–.

Un cambio importante en el panorama de los programas de mejora de calidad hospitalaria fue la decisión del Insalud en 1996 y 1997 de nombrar coordinadores de calidad en los hospitales. Se proveía así una infraestructura que tenía que hacer posible la evaluación de los objetivos de los centros y se reconocía que los programas requerían parte de los recursos del centro. Debemos a esta iniciativa la generalización del consentimiento informado, la presencia de los padres en las salas de partos, la aplicación de criterios de inclusión en listas de espera y otros aspectos bien recogidos en la memorias anuales de calidad que desde 1996 vienen elaborándose.

Además, la articulación de programas en el ámbito de las comunidades autónomas –o Insalud– ha tenido consecuencias importantes en el desarrollo de los programas hospitalarios. Por una parte, los ha convertido en una herramienta de desarrollo de los objetivos de la comunidad –aplicación del modelo EFQM en el País Vasco, desarrollo de los objetivos del Insalud, etc.–, lo que ha permitido su diseminación. Por otra, ha hecho que los centros muchas veces consideraran suficiente «cumplir los objetivos de la administración» dejando de lado, en ocasiones, la evaluación y mejora de sus problemas internos específicos

En estos últimos dos años los programas han abordado el seguimiento de las listas de espera en el Insalud y las guías clínicas y la gestión por procesos en todas las comunidades. El desarrollo de guías clínicas permite compaginar las ventajas de la medicina basada en la evidencia con la coordinación de las actividades de los diferentes profesionales médicos, de enfermería, de servicios de rehabilitación, etc. En general ha conllevado mejoras importantes y documentadas (1, 2, 3) en la eficiencia de la prestación de servicios –disminución de estancias y del consumo de recur-

sos– y, a la vez, mejoras en los resultados clínicos y de satisfacción.

Uno de los esfuerzos notables que se han producido en este periodo ha sido los proyectos para disminuir el tiempo de trombolisis en los pacientes con infarto agudo de miocardio. En el proyecto ARIAM han participado gran número de hospitales que han logrado, en general, resultados muy positivos con un gran impacto en términos de población afectada.

Algunos centros están iniciando la aplicación del enfoque de las vías clínicas a los procesos administrativos de la organización interna, con resultados muy interesantes (4). En Osakidetza se ha generalizado el enfoque por procesos (5) y en algunos centros su cuantificación económica. Los hospitales han sido influidos por los objetivos de calidad establecidos en algunas comunidades –Osakidetza, Murcia, Insalud, etc.– cuando existía un plan global formulado. Así, los 11 hospitales de Osakidetza han realizado las autoevaluaciones con el modelo EFQM siguiendo las directrices del Plan Global de Calidad.

La situación pretransferencial que en estos momentos afecta a los hospitales del Insalud hace que los centros esperen las directrices que puedan producirse en las respectivas comunidades y se encuentren en un momento de transición.

2.2. La situación en la atención primaria

La Atención Primaria abordó los temas de calidad, en primer lugar desde el Programa Ibérico –iniciativa del Ministerio de Sanidad en 1987– donde, a partir de una metodología de formación activa, se involucró a más de cien centros en proyectos de mejora. Posteriormente los temas de calidad han sido siempre parte de la agenda de la Sociedad Española y las correspondientes autonómicas de Medicina Familiar y Comunitaria, de forma que disponen de comisiones de calidad y la revista *Atención Primaria* publica artículos relacionados con la mejora de calidad en casi todos sus números.

Además varias comunidades autónomas incluyen objetivos de mejora de la calidad en sus contratos con los centros de salud. Cabe destacar especialmente el esfuerzo del programa EMCA que ha logrado la generalización de temas de calidad en el ámbito de la atención primaria en toda la Comunidad de Murcia con una metodología basada en la formación activa y el soporte metodológico a los centros.

Destacan en estos dos últimos años: temas de aplicación de instrumentos como medidas de calidad de vida y validación de cuestionarios, efectividad del tratamiento de patologías crónicas, evaluación de la adecuación de visitas a urgencias, uso

de fármacos, organización de los equipos asistenciales, comunicación clínica y evaluación de la competencia profesional.

Podría decirse que este es el ámbito donde más integrados están los temas de calidad en el día a día del trabajo asistencial; sin embargo, los esfuerzos de mejora siguiendo la metodología de calidad no están generalizados ni en la gestión diaria de los equipos ni en la de las áreas de salud, posiblemente porque los trabajos de evaluación requieren aún mucho esfuerzo de los profesionales, al no estar generalizados los sistemas informáticos de documentación y su explotación automatizada en tiempo real.

2.3. La situación en otros ámbitos de atención

Es importante destacar también algunos de los cambios producidos estos últimos años en los programas de calidad de otros ámbitos de atención.

Destaca, en primer lugar, el aumento de actividad en los planes de calidad en las residencias de ancianos y, en general, en todos los servicios socio-sanitarios y sociales: atención domiciliaria, centros de día, centros de atención a disminuidos psíquicos, etc.

Estos programas que se iniciaron a mediados de la década de los noventa han tenido en este periodo un desarrollo muy rápido. El establecimiento de sistemas de calidad externos basados en metodologías de consenso en Cataluña y más recientemente en Valencia han permitido la evaluación comparativa de más de 300 residencias de ancianos, centros de disminuidos físicos y psíquicos, casas de acogida de mujeres maltratadas, etc. Además, varias encuestas de satisfacción a los usuarios o familiares han permitido establecer en estas comunidades planes de mejora de amplio alcance. De todas formas, los planes de calidad en este ámbito todavía no se han generalizado en todas las comunidades autónomas ni existen como elemento de mejora continua interna de los centros, reto que habrá que abordar en los próximos años.

Destaca también en este periodo la actividad en los centros de atención a la salud mental y el inicio de planes de calidad en el ámbito de las drogodependencias. Aquí, como en el caso anterior, se han iniciado proyectos de evaluación comparativa en los que las administraciones han tenido un importante papel aunque también los profesionales han realizado notables avances.

Podríamos decir que en estos dos últimos años se han desarrollado de forma muy significativa los programas de atención socio-sanitaria, social y de salud mental,

aunque en todos los casos falta mucho para lograr su generalización a todo el país.

Otro tema que merece especial atención es la participación de las sociedades científicas en el desarrollo de planes de calidad y de instrumentos para implementarlos que puedan ser útiles a sus afiliados. Destacan especialmente los grupos de trabajo de las diferentes sociedades de las comunidades autónomas y Española de Medicina Familiar y Comunitaria, los indicadores de procesos clave y resultados patrocinados por la SEGO y la Sociedad Catalana de Urgencias, la de Farmacia Hospitalaria, etc. Estos esfuerzos representan un decidido posicionamiento de las sociedades científicas en el ámbito de la calidad que puede representar un buen sistema para dar soporte a los clínicos.

Es importante destacar la decidida apuesta de algunas compañías de seguros y entidades privadas por el desarrollo de políticas de calidad, lo que se va haciendo cada vez más evidente. Falta, sin embargo, que estas iniciativas se generalicen y que la metodología de la mejora continua sea adoptada de forma general en este campo.

3. La situación de la acreditación, la evaluación externa y los planes de calidad en las administraciones

Los mayores cambios en los planes de calidad se han producido en los últimos años en las administraciones. En este momento, cada comunidad autónoma ha iniciado una política de calidad o tiene previsto desarrollarla cuando reciba las transferencias.

Estas políticas de calidad tienen algunos puntos en común. En primer lugar la necesidad de ordenar la provisión de servicios ha hecho que el tema de la acreditación/certificación sea visto como un tema prioritario y que en muchas ocasiones sean más visibles los enfoques de acreditación/certificación externa que el conjunto del Plan de Calidad de la Comunidad

Cada administración ha optado por un modelo de acreditación propia –desarrollado por ellas mismas– para la comunidad. En las comunidades pendientes de transferencias es posible que esta decisión sirva, además, de base para el desarrollo de su plan de calidad.

En general, las comunidades han decidido iniciar la acreditación hospitalaria, aunque algunas como Cataluña plantean un modelo global aplicable a todo tipo de servicios. Galicia ha publicado un libro de estándares de acreditación hospitalaria

enfocado por servicios o áreas de atención –anatomía patológica, diagnóstico por la imagen, etc.–. Cataluña apuesta por un nuevo sistema de acreditación basado en el modelo EFQM que combine estándares de Joint Commission e ISO, mientras que Osakidetza –que no tiene un sistema de acreditación propio– utiliza el modelo EFQM como base para el desarrollo de los centros.

Otras comunidades han elegido enfoques menos conocidos: Andalucía ha optado por un modelo de calidad «transistema» –que integra los servicios de los diferentes niveles asistenciales– basado en procesos clave y en su evaluación. Así, se han desarrollado la lista de procesos, los requisitos de calidad de los mismos y está previsto establecer un sistema que permita acreditar su realización.

Esta tendencia a la dispersión en los modelos de acreditación es una tendencia mundial en estos momentos. Además de los modelos clásicos –EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda– en los últimos años pocos países han desarrollado un modelo de acreditación único –Francia–. En la mayoría coexisten diferentes modelos. Italia tiene un modelo básico que se desarrolla de forma distinta en cada una de las regiones, el Reino Unido tiene más de 10 modelos en marcha, etc. Parece evidente que esta atomización de modelos de acreditación obligará a realizar esfuerzos importantes de armonización en el futuro.

Los esfuerzos realizados hasta ahora en España para sentar las bases de una política de calidad común entre las diferentes comunidades autónomas han resultado infructuosos.

Como hemos visto, existen una serie de características en el desarrollo de los modelos de calidad en las administraciones que son comunes a España y a la mayoría de países.

En primer lugar, la confusión entre la creación de un sistema de acreditación/certificación y el desarrollo de un Plan de Calidad para la comunidad autónoma o región. Además, como no se establece claramente el objetivo de estas acreditaciones, no está claro en la mayoría de los casos si se pretende una acreditación de mínimos, de óptimos, de excelencia o mixta. Por ello el modelo elegido varía desde las acreditaciones sectoriales sanitarias –Joint Commission– a modelos de certificación –ISO– o modelos de desarrollo de excelencia empresarial –EFQM–.

En los sistemas desarrollados en España el contenido de los estándares es, en general, alto y no se prevé qué puede pasar si los centros no los cumplen. Existe, por tanto, la duda sobre si va a utilizarse la acreditación o la información que de ella se deriva, como un sistema para ordenar la prestación de servicios, o sus resul-

tados no van a afectar directamente a algún tipo de centros –los gestionados por la administración, los públicos, etc.– y sólo se utilizarán para la contratación de servicios con entidades privadas. Esta alarma sobre los posibles usos de la acreditación realizada por la administración ha representado, en países como Francia, que se establezca por ley que un hospital no puede tener el *status* de no acreditado por parte de la entidad acreditadora pública.

Otro fenómeno destacable en los últimos años es que la adopción de modelos de acreditación por parte de la administración no sigue el habitual principio de independencia entre la entidad acreditadora y la acreditada, aunque responde a la preocupación de los gobiernos por este asunto. Posiblemente el siguiente paso será reformular el papel de cada uno de los actores en este proceso, lo que sin duda afectará a la mayoría de países de nuestro entorno llegando a modelos más de tipo mixto.

En el ámbito de las acreditaciones privadas ha continuado durante estos años la certificación de sistemas de calidad de servicios por parte de ISO y por el modelo Internacional de Joint Commission-FAD. El RECAS (Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria) de la Sociedad Española de Calidad Asistencial recoge 22 servicios certificados por ISO en ocho centros y tres centros acreditados en su totalidad por el programa Joint Commission/FAD. Además, un centro hospitalario ha obtenido 400 puntos mediante certificación externa en la evaluación EFQM.

La situación de los planes de calidad en las administraciones es también bastante desigual. En el panorama actual destacan modelos bien estructurados y con larga experiencia de implantación frente a comunidades autónomas que aún no han formulado una política de calidad.

En 1992, a instancias del Parlamento, se hizo en el País Vasco la apuesta más global de Plan de Calidad, adoptando el modelo EFQM como base de desarrollo empresarial. En la actualidad sus 11 hospitales han realizado varias autoevaluaciones y los resultados obtenidos han sido la base para la fijación de los objetivos de calidad de los centros. Recientemente un centro ha alcanzado la certificación externa de 400 puntos. En los últimos dos años se ha generalizado el abordaje por procesos con impactos significativos de mejora.

También el Insalud en el año 1993 optó por vincular algunos objetivos cualitativos al contrato programa. Anualmente ha publicado su *Memoria de Calidad*, que recoge los principales resultados de sus centros, algunos de gran relevancia ya destacados en el apartado de hospitales. Además, la creación de la figura del coordinador de calidad en cada centro reforzó considerablemente las posibilidades de desarro-

llo. En los últimos dos años ha habido una decidida apuesta por las vías clínicas que se han generalizado en todos los centros.

Es también de destacar el esfuerzo del programa EMCA en Murcia, basado como ya se ha comentado en el soporte formativo y metodológico a los centros.

Más recientemente, en 2000, la Comunidad de Andalucía ha otorgado a la calidad asistencial categoría de Secretaría General de la Consejería de Salud y ha desarrollado un modelo de atención basado en la integración asistencial de los diferentes niveles de atención mediante procesos transversales en el que la evaluación y mejora de los resultados desempeña un papel muy destacado que habrá que seguir con atención en el momento de su implantación.

Además se observa recientemente la tendencia de establecer encuestas de satisfacción de clientes en las comunidades autónomas. Así, las encuestas de Osakidetza, del ICS en Cataluña, del Insalud y las de Andalucía tratan, además de los temas de hospitalización, las consultas externas, las urgencias y, en ocasiones, otros ámbitos asistenciales como la atención primaria.

4. Temas emergentes

Sin duda uno de los aspectos que se perfila con más insistencia y fuerza como tema de desarrollo futuro es la participación del ciudadano en las decisiones clínicas que le afectan. Disponemos de suficientes instrumentos en el ámbito de la participación individual: el consentimiento informado, las voluntades anticipadas, las reclamaciones, la medición de la satisfacción del enfermo y sus familiares, la evaluación de sus expectativas, etc. Además está arraigando con éxito la bioética entre los clínicos y los gestores. Se trata de generalizar el concepto de que trabajamos sobre una persona con derechos y que nuestra actividad clínica y de gestión tiene que transformarse para adaptarse a esta nueva realidad.

Pero además de la participación individual del ciudadano como paciente, se acerca –y disponemos ya de señales claras en este sentido– que los ciudadanos nos van a exigir participar en las grandes decisiones de política sanitaria, de organización del sistema, de asignación presupuestaria, etc., que en nuestro sector se han resuelto tradicionalmente con un cierto despotismo ilustrado. Son ya varias las iniciativas parlamentarias –País Vasco, Cataluña, Parlamento Estatal– con pronunciamientos sobre la calidad de la atención sanitaria, aunque no tanto en el ámbito de la participación en las decisiones de planificación de servicios, cuyos métodos habrá que continuar investigando.

La seguridad del sistema sanitario y de la atención clínica será una preocupación importante en los próximos años, tanto en su vertiente clínica como en la de las infraestructuras. Los profesionales primero y los ciudadanos más tarde adquirirán conciencia de los perjuicios que puede ocasionar la atención sanitaria. Conviene diseñar sistemas seguros y dar un enfoque científico tanto al análisis de los riesgos como a su prevención, huyendo del tratamiento sensacionalista que en ocasiones se dan a estos temas. Será necesario un gran esfuerzo de los profesionales para romper el tabú de la infalibilidad del acto médico y la correspondiente culpabilización en caso de error. Así mismo la sociedad deberá contribuir a generar un tratamiento positivo a estos temas.

Iniciativas como la reciente creación del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes vinculado a la Cátedra Donabedian de la Universidad Autónoma de Barcelona o el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos –delegación española del Institute for Safe Medication Practices de EEUU– de la Universidad de Salamanca, o la aparición de alguna publicación con un enfoque científico del error de medicación (6), son exponente de este nuevo abordaje de la seguridad de la atención sanitaria.

Por otra parte, y desde el mundo de los seguros de responsabilidad, aparece con fuerza un enfoque basado en la prevención de los riesgos que de una u otra forma abordará también estos aspectos de seguridad clínica y estructural.

Queda además por definir cómo se van a abordar los temas de calidad en el ámbito de las consultas privadas, tema en el que posiblemente las sociedades científicas y colegios profesionales tengan un papel muy importante a desempeñar.

El ciudadano nos va a exigir, también, conocer los resultados de la asistencia sanitaria en un lenguaje fácil de comprender que le permita elegir. Por lo tanto tendremos que dotarnos de instrumentos de medida de resultados sanitarios inteligibles que permitan la comparación y la libre elección de profesionales y centros. Será la primera consecuencia práctica de esta nueva presión.

Se impone, por tanto, el desarrollo de indicadores de resultados y procesos clave. Iniciativas como los indicadores ORYX de la JCAHO, o la realidad de los TOP 20 en España –que por segundo año consecutivo persigue distinguir los mejores hospitales en base a seis indicadores– serán cada vez más frecuentes. A pesar del debate sobre la idoneidad de los indicadores elegidos, la creciente participación de centros es muestra de la madurez del sistema, que incorpora la comparación de resultados como una herramienta más en la gestión.

Este proceso irá acompañado de una mejora sustancial de los sistemas de información y de la incorporación de los indicadores de calidad al cuaderno de mando de los centros sanitarios, servicios clínicos, etc., lo que permitirá que se haga realidad el indivisible binomio gestión-calidad.

La posibilidad nada remota de ligar resultados a sistemas de compra de servicios obligará a definir qué tipos de resultados se deben tener en cuenta en cada caso. La propuesta de E.C. Nelson (7) sobre la evaluación combinada de indicadores que incorporen mortalidad, funcionalidad, coste y satisfacción del paciente –evaluación en cruz o cuatridimensional– son un buen ejemplo de lo que serán en el futuro los análisis de calidad integrados en sistemas de gestión.

Es de prever que la nueva estructuración del sistema sanitario con una nueva organización de la atención primaria y su relación con el hospital y la atención sociosanitaria, nos obligará al diseño de protocolos transversales interniveles que sigan al paciente a una mejor coordinación de los diferentes niveles de la asistencia y, por tanto, la medición de la calidad deberá adaptarse a esta nueva realidad.

Uno de los instrumentos clave para lograr estos cambios es, sin duda, la incorporación de la filosofía y la metodología de calidad en la formación de pregrado de los profesionales sanitarios y, aunque existen loables iniciativas en este campo, son aún demasiado escasas, por lo que es un tema que habrá que abordar forzosamente en el futuro.

5. Discusión

Este capítulo describe la situación de los temas de mejora de calidad en diferentes ámbitos de la sanidad española. No es posible abordar un enfoque descriptivo de los resultados obtenidos en diferentes áreas –resultados asistenciales comparativos, utilización de recursos, satisfacción de clientes, etc.– porque los métodos utilizados no siempre permiten la comparación y porque los datos, aunque a veces existentes, no están disponibles en la literatura o solamente se publican cuando son positivos.

Al analizar las iniciativas existentes podemos observar que la implantación de las acciones de mejora de calidad en España es amplia, aunque desigual en función de los diferentes actores y sectores que se analicen. Sin embargo, no podemos afirmar que la filosofía y la metodología de calidad hayan impregnado nuestro sistema de salud.

Y no es así todavía por la resistencia o desconocimiento de algunos clínicos y por

la dificultad de llegar de una forma científica a los gestores y responsables políticos de las diferentes administraciones.

La respuesta de los clínicos ha sido desigual pero sin lugar a dudas la más entusiasta. No hay profesional riguroso que, una vez conocida la metodología de calidad, se resista a incorporarla como una herramienta más en su actividad diaria, lo que en muchas ocasiones se acompaña de excelentes resultados para los pacientes que les confían su atención.

Por el contrario, la respuesta de los gestores ha sido lenta, seguramente acorde con el nivel de profesionalidad que progresivamente y en este terreno ha ido adquiriendo el país. En un primer momento porque se asociaba calidad a mayor coste, lo que el sector no podía permitirse cuando primaban planteamientos *economicistas*.

Ha sido después, por afinidad con otros campos productivos o por la mayor exigencia del ciudadano en los últimos tiempos o por la misma moda, cuando muchos gestores han incorporado conceptos como calidad total, excelencia, empresa orientada al cliente, etc. Conceptos que, en nuestro ámbito, de una u otra forma llevan implícita una cultura genérica de calidad aunque no siempre la de liderazgo y responsabilidad de la mejora. No obstante, sería injusto no subrayar el esfuerzo y clarividencia de buen número de responsables de centros sanitarios que desde un primer momento incorporaron la calidad en su gestión, siendo pioneros en el sector y abriendo camino a los que posteriormente y de forma más general se han ido incorporando.

Por otra parte, el discurso político imperante en el país ha sido y es todavía excesivamente reivindicativo. Frente al crecimiento del gasto sanitario la respuesta ha sido solicitar más recursos, posponiendo el necesario ejercicio de introspección y autocrítica que permita analizar la adecuada utilización de la gran cantidad de recursos disponibles y la forma de obtener los mejores resultados posibles, tanto en términos de salud como en términos económicos. Porque no es razonable proclamar únicamente la falta de recursos cuando se es consciente –o se debería– de la mala utilización de los que disponemos. Cifras, entre otras muchas que podríamos citar, de ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas del 10% y del 35%, respectivamente, deben hacernos reflexionar sobre la amplia posibilidad de mejora en la utilización de los servicios de salud.

Asimismo las iniciativas de la Administración están en fases iniciales. En estos momentos y salvo algunas excepciones, parecen más diseñadas como instrumentos de «control» de las actividades de los centros que como una forma de armoni-

zar y promover los esfuerzos de mejora de los profesionales, de los centros y de los resultados.

En definitiva, el desarrollo y la impregnación de la calidad asistencial ha evolucionado en paralelo con la maduración del sistema sanitario, como no podía ser de otra forma. Hemos pasado de una primera etapa en la que aprendimos que teníamos que ser eficaces a una posterior en la que incorporamos los conceptos del coste e introdujimos el concepto de eficiencia, a la etapa actual donde la calidad se ha convertido en un elemento estratégico para la dirección de los centros sanitarios y de las administraciones. Faltan muchos elementos por incorporar pero el esfuerzo que se está realizando nos permite ser optimistas.

Bibliografía

1. Galí López J, Puig Rossell C, Hernández Remón J, Carrasco Gómez G, Rosell Salvadó G, Sánchez Coll B. ¿Disminuye la variabilidad entre profesionales con la aplicación de protocolos? Resultados en el proceso asistencial de la fractura de cadera. *Revista de Calidad Asistencial* 1999; 14 (4): 296.
2. Sánchez Bernal R, Sanado Lampreave LA, Orio Coca I, Fernández de Corres Aguiriano B, Rodríguez Herrer C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficacias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso? *Revista de Calidad Asistencial* 1999; 14 (4): 255.
3. Grávalos C, Rodríguez-Dapena S, Alcalde J, Martínez-Pueyo JI, Castells V, et al. Evaluación de dos procesos de carcinoma de colon en oncología médica. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16 (3): 183.
4. Ureña V, Martín-Moína E, Peláez R, Nieves J, Martínez-Hernández J. Construir un sistema de gestión de calidad en los servicios hospitalarios no asistenciales. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16: 561.
5. Ardévol M, Canals M, Gómez A, Llor C. El Modelo Europeo de Gestión Empresarial como instrumento de difusión de la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de Atención Primaria. *Revista de Calidad Asistencial* 2000; 15 (3): 161.
6. Lacasa C, Humet C, Cot R. *Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: EASO; 2001.
7. Nelsm EC, Grennfield S, Hays RD, Lausm C, et al. Comparing outcomes and charges for patients with acute myocardial infarctium in three community hospitals: an approach for assessing «value». *Int J Qual Health Care* 1995; (2): 95-108.