

# Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina (1989-2004)

Josep Davins Miralles, Silvia Calvet Junoy y Clara Pareja Rossell

**Objetivo.** Describir el grado de solución de los problemas detectados mediante un plan de mejora de la calidad (PMC) en un equipo de atención primaria (EAP) y analizar métodos de identificación, causas y dimensiones de la calidad afectadas por los problemas detectados y la participación del profesional.

**Diseño.** Estudio descriptivo. Evaluación de la situación en diciembre de 2004 de los problemas identificados desde 1989.

**Emplazamiento.** EAP urbano, constituido por 58 profesionales, que atiende a una población de 18.897 habitantes en el barrio de La Mina, Barcelona.

**Participantes.** En total, 530 problemas identificados.

**Mediciones principales.** Número y tipo de detecciones y problemas; métodos de identificación; dimensiones de la calidad; causas; grado de solución, por método y causa; grado de solución del PMC (de los problemas «internos», excluidos los problemas con causa externa o del paciente), y participación del profesional.

**Resultados.** En 312 reuniones se realizaron 963 detecciones (media anual,  $60,1 \pm 18,8$ ) que correspondieron a 530 problemas (media anual,  $33,1 \pm 12,4$ ). De estos 530 problemas se mejoraron 411 (77,5%). De los 258 problemas «internos» se mejoraron 225. El grado de solución del PMC fue del 87,2%. El método de identificación que detectó más problemas (53,02% del total) fue la escucha activa del grupo de mejora de calidad. Las dimensiones de la calidad más afectadas por los problemas fueron la efectividad (31,7%) y la accesibilidad (20,4%). La causa más frecuente y, a su vez, con mayor índice de mejora (81,6%) fue la organización interna. El 83,9% de los profesionales participó en el PMC.

**Conclusiones.** Disponer de un PMC en nuestro centro ha facilitado la gestión de la calidad asistencial.

**Palabras clave:** Calidad asistencial. Accesibilidad y evaluación. Modelos organizacionales.

## EXPERIENCE OF THE QUALITY IMPROVEMENT PLAN FOR THE LA MINA HEALTH CENTRE (1989-2004)

**Objectives.** To describe how well the problems detected by a quality improvement plan (QIP) for a health care team (HCT) were solved; and to analyse the identification methods, the quality causes and dimensions affected by the problems detected, and the participation of professionals.

**Design.** Descriptive study. Evaluation of the situation in December 2004 of the problems identified since 1989.

**Setting.** Urban HCT, with 58 professionals caring for a population of 18 897 inhabitants in the La Mina District, Barcelona, Spain.

**Participants.** Five-hundred and thirty problems identified.

**Main measurements.** Number and kind of detections and problems; identification methods; quality dimensions; causes; degree of solution, by method and cause; degree of solution of the QIP (of «internal» problems, excluding the problems caused externally or by patients); professional participation.

**Results.** In 312 meetings, there were 963 detections (annual average, 60.1; SD, 18.8), corresponding to 530 problems (annual average, 33.1; SD, 12.4). Of these 530 problems, 411 improved (77.5%). Of the 258 «internal» problems, 225 improved. The degree of solution of the QIP was 87.2%. The identification method that detected most problems (53.02% of the total) was the active listening of the quality improvement group. The quality dimensions most affected by the problems were effectiveness (31.7%) and accessibility (20.4%). The most frequent cause of problems and, at the same time, the category with the highest improvement rate (81.6%) was internal organization; 83.9% of professionals took part in the QIP.

**Conclusions.** Having a QIP at our centre facilitated the management of the quality of care delivery.

**Key words.** Quality of care. Accessibility and evaluation. Organisational models.

Centro de Salud La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. España.

Correspondencia:  
J. Davins.  
Centro de Salud La Mina.  
Mar, s/n. 08930 Sant Adrià de  
Besòs. Barcelona. España.  
Correo electrónico:  
jdavinsm@papps.org y  
jdavins.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 29-12-2005.  
Manuscrito aceptado para su  
publicación el 3-4-2006.

## Introducción

Con el inicio de la reforma de la atención primaria nacieron los primeros planes de mejora de la calidad (PMC) en los equipos de atención primaria (EAP)<sup>1</sup>. El EAP La Mina implantó en 1989 un PMC por iniciativa de los propios profesionales<sup>1</sup>. Se constituyó un grupo de mejora de la calidad (GMC) con reuniones periódicas de planificación de actividades<sup>2,3</sup>. El GMC se ha apoyado en equipos de mejora, formados por un miembro del GMC y otros profesionales del EAP, para tratar problemas específicos.

El objetivo de este estudio es describir el grado de solución de los problemas detectados por el PMC en nuestro EAP, a la vez que se analizan la participación del profesional, los métodos de identificación, las causas y las dimensiones de la calidad afectadas por los problemas detectados.

## Métodos

El EAP La Mina, situado en el cinturón metropolitano de Barcelona, está constituido por 58 profesionales y atiende a una población de 18.897 habitantes. El GMC está actualmente formado por 13 profesionales (4 médicos de familia, un pediatra, un ginecólogo, 3 enfermeras, un trabajador social y 3 administrativos).

Se ha realizado un estudio descriptivo en el que se analizan los problemas identificados desde abril de 1989 y se evalúa su situación en diciembre de 2004. Se revisaron las memorias anuales y las actas de las reuniones del PMC, donde constan los proyectos y las actividades de mejora realizados para cada problema detectado (formación, información, cambios organizativos, notificación a responsables externos, etc.).

El seguimiento de los problemas se realizó mediante base de datos informatizada (Acces 2000®). Se analizaron las siguientes variables:

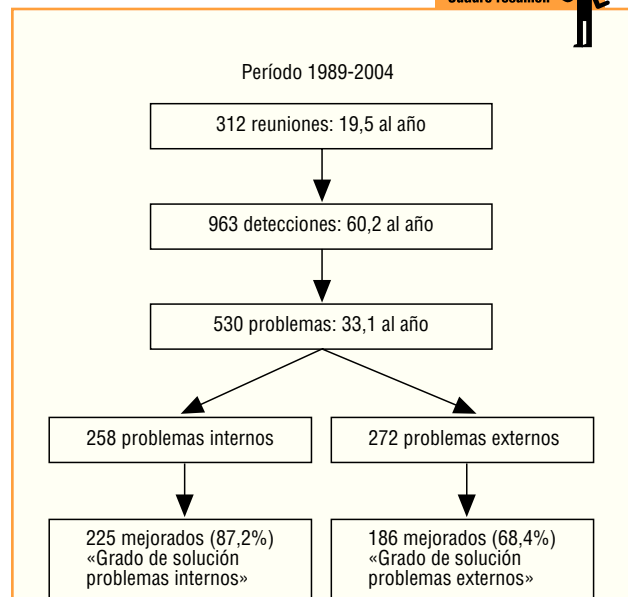
- Método de identificación<sup>3-7</sup>: escucha activa del GMC y equipos de mejora, hoja anónima de identificación de problemas por parte del profesional (HAIPP), análisis de reclamaciones y sugerencias del cliente, técnica de grupo nominal<sup>8</sup>, cuestionario de satisfacción del profesional y del cliente, indicadores<sup>9</sup> y autoevaluación con el modelo de la European Foundation for Quality Management<sup>10</sup>.

- Dimensión afectada por los problemas<sup>4</sup>: accesibilidad, efectividad, seguridad, estructura, continuidad, satisfacción del cliente y componente externo.

- Causas de los problemas: clasificadas según análisis causa-efecto de Ishikawa: organización externa, estructura, organización interna, actitud, competencia profesional y causas del cliente. Se consideró problema «externo» a aquel con causa del cliente o de organización externa. Por contra, se definió problema «interno» a aquel sin causa del cliente ni externa.

- «Grado de solución» del PMC: se consideró resuelto aquel problema que presentó una solución evidente (evaluación cualitativa) o que alcanzó el estándar previo establecido (evaluación cuantitativa). Se definió el «grado de solución» del PMC como el porcentaje de problemas «internos» mejorados.

## Material y métodos Cuadro resumen



## Esquema general del estudio

Estudio descriptivo para evaluar el grado de resolución de los problemas detectados mediante un plan de mejora de la calidad en un equipo de atención primaria.

- Participación de los profesionales en el PMC: se definieron 3 tipos: participación estable (GMC, equipos de mejora), colaboración puntual (proyectos de mejora) y no participación.
- Análisis estadístico: análisis descriptivo y comparación de proporciones mediante el método de la  $\chi^2$ ; se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0®.

## Resultados

El GMC efectuó 312 reuniones (media de 19,5 por año), con un índice de asistencia del 72%. El 83,9% de los profesionales del EAP participó en el PMC: un 37,5% colaboró de forma estable, un 46,4% lo hizo de forma intermitente y un 16,1% no participó (9 personas).

Entre 1989 y 2004 se efectuaron 963 detecciones (tabla 1) que correspondieron a 530 problemas (media de 2,98 detecciones, 1,70 problemas y 1,32 problemas solucionados por reunión). La media de detecciones por problema fue de  $1,82 \pm 2,49$  y la mediana de 1,0. La media de detecciones por año fue de  $60,2 \pm 18,81$  y la de problemas tratados fue de  $47,7 \pm 14,65$ , de los cuales  $33,1 \pm 12,38$  eran problemas nuevos y  $14,6 \pm 7,34$  problemas ya existentes.

Del total de 530 problemas identificados se solucionaron o mejoraron 411 (77,5%). De los 258 problemas «internos» se mejoraron 225 (87,2%) y de los 272 «externos», 186 (68,4%;  $p < 0,05$ ).

**TABLA 1** Métodos de detección y grado de solución de los problemas identificados por método

Métodos de detección	Detecciones por método	Problemas detectados	Detecciones/problema	Problemas solucionados	Grado de solución (%)
Escucha activa GMC	386	281	1,37	215	76,5
Reclamaciones/sugerencias	199	102	1,95	65	63,7
HAIPP	138	107	1,28	86	80,4
Escucha activa equipo de mejora de urgencias	89	55	1,61	47	85,5
Técnica de grupo nominal	50	41	1,21	29	70,7
Equipo de mejora de recursos	38	31	1,22	29	93,5
Cuestionario de satisfacción del profesional	30	20	1,5	16	80,0
Otros*	33	30	1,1	21	70,0
Total	963	530	1,8	411	77,5

GMC: grupo de mejora de la calidad; HAIPP: hoja anónima de identificación de problemas por parte del profesional.

\*Otros métodos de identificación: indicadores, equipo de mejora de información y de procesos, cuestionario de satisfacción del cliente, autoevaluación con el modelo EFQM.

**TABLA 2** Problemas detectados por un solo método de detección: tipos, dimensión afectada, causas y grado de solución

Métodos de identificación	Problemas <sup>a</sup>	Dimensión <sup>a</sup>	Causas de los problemas (%) <sup>c</sup>						Grado solución (%)
			Estructura	Organización interna	Organización externa	Competencia profesional	Actitud profesional	Cliente	
Escucha activa GMC	209/281 (74,6%)	Efectividad (34,0%)							
		Accesibilidad (24,4%)	25,8	58,4	45,9	22,0	38,3	13,0	78,0
HAIPP	61/107 (57%)	Efectividad (39,3%)	27,9	65,6	44,3	18,0	36,1	18,0	78,7
Reclamaciones/sugerencias	77/102 (75,4%)	Satisfacción (46,8%) <sup>e</sup>	6,5	40,3	29,9	22,1	31,2	39,0	70,1
Escucha activa equipo urgencias	27/55 (49%)	Efectividad (59,3%)	48,1	48,1	25,9	11,1	29,6	7,4	92,6
Equipo de recursos	20/31 (64,5%)	Efectividad (45,0%)	100	15,0	20,0	15,0	15,0	15,0	100
Otros <sup>d</sup>	41/91 (45%)	–	–	–	–	–	–	–	–

GMC: grupo de mejora de la calidad; HAIPP: hoja anónima de identificación de problemas por parte del profesional.

<sup>a</sup>Problemas: número de problemas detectados únicamente mediante el método especificado/número de problemas totales identificados por dicho método (%).

<sup>b</sup>Dimensión: porcentaje de dimensión de la calidad más afectada en los problemas detectados exclusivamente por el método especificado.

<sup>c</sup>Causas de los problemas: porcentaje del tipo de causa en los problemas detectados exclusivamente por el método especificado.

<sup>d</sup>Otros: técnica de grupo nominal; cuestionario de satisfacción del cliente; cuestionario de satisfacción del profesional; indicadores; equipo de mejora de información y de procesos; autoevaluación con el modelo EFQM.

<sup>e</sup>Diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre «Reclamaciones» y el resto de métodos en «Dimensión» de la calidad afectada por los problemas identificados.

El método que identificó más problemas (53,02% del total) fue la escucha activa del GMC (tabla 1). El método con mejor porcentaje de problemas detectados que luego se solucionan fue el equipo de mejora de recursos (93,5%). El análisis de las reclamaciones presentó el número más alto de detecciones por problema (1,95).

Los métodos que identificaron un porcentaje más elevado de problemas de forma exclusiva (tabla 2) fueron el análisis de las reclamaciones (el 75,4% del total de problemas detectados por el método) y la escucha activa del GMC (el 74,6%). El análisis de las reclamaciones detectó más problemas de satisfacción (46,8%) que el resto de métodos ( $p < 0,05$ ). La HAIPP detectó el porcentaje más elevado de problemas (65,6%) con causas de organización del EAP.

Los equipos de mejora (recursos, urgencias) detectaron problemas con causas estructurales (el 100 y el 48,1%, respectivamente) y presentaron un porcentaje elevado de solución (el 100 y el 92,6%).

Las dimensiones de la calidad más afectadas por los problemas (tabla 3) fueron la efectividad (31,7%) y la accesibilidad (20,4%), y las que correspondían a problemas con un grado de solución más alto fueron la efectividad (86,3%) y la estructura (85,7%).

La media de causas por problema fue de 2,09. Las causas más frecuentes de los problemas identificados (tabla 4) fueron las de organización interna, que a su vez fueron las causas con mayor índice de mejora (81,6%). Si bien se mejoró el 53,3% de causas, se solucionó el 77,5% de proble-

**TABLA 3** Dimensiones de la calidad afectadas entre los 530 problemas identificados

Dimensiones afectadas	Frecuencia	Porcentaje (%)	Problemas solucionados	Grado de solución (%) <sup>a</sup>
Efectividad	168	31,7	145	86,3
Accesibilidad	108	20,4	79	73,1
Satisfacción del cliente	96	18,1	73	76,0
Continuidad	64	12,1	51	79,7
Estructura-entorno	63	11,9	54	85,7
Externo	26	4,9	6	23,1
Seguridad	5	0,9	3	60,0
Total	530	100,0	411	77,5

<sup>a</sup>Diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre las dimensiones agrupadas «Seguridad» y «Externo» y el resto de dimensiones de la calidad.

mas. Esta diferencia fue más elevada en las causas de actitud, ya que al mejorar el 30,6% de las causas se resolvió el 80,6% de problemas.

## Discusión

A pesar de que el estudio no estaba diseñado para conocer qué hubiera pasado con los problemas de no existir el PMC, los resultados indican que el PMC ha sido útil para la mejora de la calidad asistencial. En estos 16 años se han mejorado 3 de cada 4 problemas identificados y casi 9 de cada 10 problemas «internos». Aunque es escasa la información sobre grado de solución de un PMC en un EAP<sup>1,3</sup>, podríamos clasificar los resultados de buenos.

Si bien es recomendable el apoyo externo de ámbitos superiores, un PMC se justifica a sí mismo al identificar el 57,5% de los problemas con alguna causa organizativa interna, y solucionar el 81,6% de éstas.

Un posible factor que ha facilitado la obtención de buenos resultados ha sido la participación del profesional en las

**TABLA 4** Causas de los problemas identificados: grado de solución por causa

Causas	Causas solucionadas	Causas no solucionadas	Total	Causas: grado de solución (%) <sup>a</sup>	Problemas con la causa: grado de solución (%)
Organización interna	249	56	305	81,6	83
Organización externa	95	113	208	45,7	70,7
Actitud del profesional	63	143	206	30,6	80,6
Estructura	106	64	170	62,4	84,7
Competencia del profesional	79	41	120	65,8	78,3
Cliente	0	102	102	0	67,6
Total	592	519	1.111	53,3	77,5

<sup>a</sup>Diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre «grado de solución de la causa» entre las causas de organización interna y las de organización externa, de actitud o del cliente.

Discusión  
Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- Los planes de mejora de la calidad son elementos estratégicos de mejora continuada de la asistencia que deben integrarse en las actividades diarias.
- La participación de los profesionales es un elemento clave en un plan de mejora de la calidad.
- Hay poca información sobre el grado de solución de los planes de mejora de la calidad en equipos de atención primaria.

### Qué aporta este estudio

- Un plan de mejora de la calidad es útil como herramienta de mejora de un equipo de atención primaria.
- Un plan de mejora de la calidad facilita la participación de la mayoría de profesionales de un EAP en la identificación de problemas y en los equipos de mejora.
- Las causas organizativas son las más frecuentes en los problemas detectados y las más solucionables.

actividades de mejora<sup>12</sup>. Los métodos que favorecieron la participación, como la HAIPP y la escucha activa, fueron los que aportaron más problemas solucionables e identificaron, sobre todo, problemas de organización interna. El profesional del GMC fue clave al detectar más de la mitad de los problemas. Además, los equipos de mejora (recursos, urgencias) demostraron ser un elemento estratégico que favoreció la participación del profesional y se relacionó con un grado de solución elevado.

Las causas más frecuentes fueron las de organización interna, en parte justificables porque el profesional podía estar dirigido a identificar aspectos organizativos cuya mejora dependía de él. Destacó que un porcentaje importante de problemas de actitud mejoró al solucionarse una causa coadyuvante organizativa. Otro factor que influyó fue la planificación de la calidad<sup>3,7</sup> mediante estrategias de mejora

con continuidad en el tiempo y sistematización de las actividades del PMC, que se materializó en las 312 reuniones, en las que se evidenció que la utilización de la metodología basada en la mejora continuada facilitó la mejora de 411 de los 530 problemas identificados.

Disponer de diversos métodos de detección de problemas resultó importante para conocer aspectos que, de otra forma, no se habrían identificado. Este hecho fue especialmente relevante en el análisis de las reclamaciones.

Finalmente, otro aspecto clave fue la orientación al cliente, expresada por la existencia de métodos específicos, como el análisis de las reclamaciones y el cuestionario de satisfacción<sup>3</sup>.

## Conclusiones

Disponer de un PMC en nuestro centro ha facilitado la gestión de la calidad asistencial. Un PMC sistematiza el trabajo alrededor de la cultura de la calidad, facilita la participación del profesional y la mejora de problemas reales.

## Agradecimientos

A los profesionales del EAP La Mina, por su participación en el PMC y, especialmente, a los componentes del GMC, por su dedicación y compromiso. Agradecimiento especial a la Dra. Roser Marquet por iniciar y establecer las bases de nuestro PMC.

## Bibliografía

1. Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la calidad en AP: experiencia de 4 años de un PMC. *Aten Primaria*. 1995;16:80-4.
2. Centre Català de la Qualitat. Pla per a la millora contínua. Cerdanyola: Centre Català de la Qualitat; 1996.
3. SCMFIC. Implantación de un plan de mejora de la calidad en la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Bages Ampans; 1996.
4. Palmer RH. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. Chicago: American Hospital Publishing; 1983.
5. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson; 1989.
6. Nutting PA, Burhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Barcelona: SG; 1991.
7. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Curing health care: new strategies for quality improvement. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
8. Williamson JW. Evaluating quality of patient care. a strategy relating outcome and process assessment. *JAMA*. 1971;218:564-9.
9. Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations. Quality assurance in ambulatory care. Chicago: JCAHO; 1990.
10. European Foundation for Quality Management. The EFQM Excellence Model. Bruselas: EFQM; 1999.
11. Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
12. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. *Mejora continua de la calidad*. FMC. 2000;7 Supl 7:53-68.