

ORIGINALES

Proyecto QUALI: un estudio de la calidad de la estructura en los equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña

M. Botinas^a, E. Sant^a, J. Casajuana^a, F. Zapater^b, J.M. Bueno^c y Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària^d

^aCentros de Salud Gòtic, ^bMontornés-Montmeló (Barcelona) y ^cFuente del Álamo (Murcia).

Objetivo. Analizar el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad en atención primaria de salud de la Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic).

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centros de Atención Primaria (CAP) reformados de Cataluña (186), de los cuales cumplimentaron el disquete con los resultados 73 (39,2%).

Mediciones y resultados principales. Un total de 202 criterios —distribuidos en 5 apartados (estructura y recursos materiales, recursos humanos, organización del trabajo, sistemas de registro y accesibilidad, continuidad, confidencialidad y participación)— fueron autoevaluados en cada CAP. Estos criterios están definidos como básicos u óptimos y se valora su grado de cumplimiento de 1 a 4. El 72,8% de los criterios se cumplían totalmente, el cumplimiento parcial fue del 7,4% y un 19,7% se incumplían. Los criterios básicos presentaron un cumplimiento total del 74%, mientras que el de los óptimos fue del 51,9%. Los grupos con menor cumplimiento (suma del total más el parcial) fueron sistemas de registro (68,6%) y recursos humanos (73,5%). El mejor cumplimiento lo presenta el grupo de organización (85,5%). Por subgrupos el mayor cumplimiento se detecta en intimidad (93,7%), atención directa (89,2%) y registro de actividad (89,1%). Los subgrupos con mayor incumplimiento fueron tratamientos de larga duración (61,8%), vacunas (46,4%) y almacén (42%). De los 18 criterios que se incumplen en la mitad o más, 8 se consideran responsabilidad del equipo.

Se observa un cumplimiento total del 37,8% y parcial en el 24% de los criterios que hacen referencia a la formación específica de los profesionales de AP. Se han obtenido incumplimientos de hasta el 80% en cuanto a calidad de registros de prescripción crónica, vacunas y almacén.

Conclusiones. Cabe destacar el alto grado de cumplimiento de los apartados que más dependen de los profesionales (accesibilidad-continuidad y organización). Este estudio supone una aproximación al conocimiento de la situación de calidad de la estructura de la AP en Cataluña y permite establecer propuestas de mejora.

Palabras clave: Mejora calidad. Centros de salud. Atención primaria.

QUALI PROJECT: A STUDY OF THE QUALITY OF THE STRUCTURE OF PRIMARY CARE TEAMS IN CATALUNYA

Objective. To analyse the compliance with the primary health care quality criteria of the Committee for Quality Improvement of the Catalan Society of Family and Community Medicine.

Design. Cross-sectional descriptive study.

Setting. Reformed primary care centres (PCC) in Catalonia (186), of which 73 (39.2%) filled out the disk with the results.

Measurements and main results. A total of 202 criteria, divided into five sections (structure and material resources, human resources, work organisation, systems of recording and access, and continuity, confidentiality and participation), were self-evaluated in each PCC. These criteria were defined as basic or optimal and compliance with them was graded from 1 to 4. 72.8% of the criteria were fully complied with. In 7.4% there was partial compliance, and in 19.7% non-compliance. The basic criteria had 74% total compliance, whereas the optimal criteria had 51.9%. The groups with least compliance (sum of the total plus the partial) were records systems (68.6%) and human resources (73.5%). The organisation group had the best compliance (85.5%). By sub-groups, the greatest compliance was found in privacy (93.7%), direct care (89.2%) and recording actions (89.1%). Sub-groups with least compliance were long-term treatments (61.8%), vaccinations (46.4%) and storage (42%). Eight of the 18 criteria not complied with by 50% or more were considered responsibility of the team. There was 37.8% total compliance and 24% partial in the criteria referring to the specific training of primary care professionals. Up to 80% non-compliance was found in quality of long-term prescription records, vaccinations and storage.

Conclusions. The high level of compliance in the sections which depend most on professionals should be noted (accessibility-continuity and organisation). This study is a first approach towards understanding the quality of the structure of PC in Catalonia, and enables proposals for improvement to be set up.

Key words: Improvement in quality. Health centres. Primary care.

(Aten Primaria 2000; 25: 160-165)

^aEAP Gòtic. ^bEAP Montornés-Montmeló. ^cEAP Fuente Álamo. ^dSon miembros de la Comissió de Millora de la Qualitat: Bueno JM, Casajuana J, Davins J, Durán J, Fernández de Sanmamed MJ, De Marcos L, Marquet R, Palacio F, Reguant M y Zapater F.

Correspondencia: Mercè Botinas Martí
ABS Gòtic. Av. Drassanes, 17-21, 5.ª planta. 08001 Barcelona.

Manuscrito aceptado para su publicación el 28-VI-1999.

Introducción

Hace ya más de 30 años, Donabedian propuso la clasificación de los componentes de cualquier actividad médica o servicio de salud en tres grandes bloques: la estructura en la que tiene lugar la provisión de los servicios, el proceso mediante el cual se produce la atención y el resultado que obtienen las personas a las que se le ha ofrecido¹. Esta clasificación se ha convertido en clásica y es aceptada por la mayoría de los autores.

Entendemos por estructura «las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta»². En el concepto de estructura podrían incluirse tanto los recursos humanos, físicos y financieros como la organización (distribución del trabajo entre los miembros del equipo, tipo de sistema de registro que se utiliza, existencia de un programa de evaluación y control de la calidad etc.).

Una buena estructura es una condición necesaria pero no suficiente para asegurar un proceso de calidad, puesto que los recursos son losimientos sobre los cuales deberá asentarse el proceso²⁻⁴. Podemos, pues decir que disponer de una estructura adecuada no determina los resultados, pero sí los condiciona.

Desde que comenzó la reforma sanitaria en nuestro país, venimos asistiendo al paso del llamado modelo tradicional, no reformado o de ambulatorios, al nuevo modelo, reformado o de centros de salud, que conlleva cambios graduales y más o menos constantes en la estructura sanitaria de la AP de salud⁵. Este cambio ha ido precedido de la promulgación de

diversas normativas legales: Reglamento Marco de los EAP⁶, Criterios para la determinación de plantillas orgánicas de los EAP⁷, Guía para el diseño de los consultorios locales y centros de AP⁸, entre otros.

Creemos que estos cambios han contribuido a elevar el nivel de calidad técnica y de satisfacción de las personas atendidas, pero todavía queda mucho por mejorar, tanto en aspectos generales, selección y gestión de recursos humanos, procedimientos burocráticos, organización de la atención, así como en la dotación de recursos físicos y materiales⁹.

Además, ese cambio parece no haber ocurrido de manera homogénea; a lo largo de la geografía se pueden apreciar a simple vista diferencias significativas en la calidad de la atención para los diversos tipos de pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que puede cuestionar el principio de equidad en que se basa dicho sistema¹⁰.

Por todo ello creemos que es necesario velar por el nivel de calidad de estos aspectos estructurales, definiéndolos y midiéndolos, para después poder establecer mecanismos de mejora¹¹. En 1993 la Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic) se planteó como objetivo definir una serie de criterios de calidad para nuestro ámbito, fruto de la cual vio la luz una publicación¹².

Posteriormente hemos considerado adecuado aplicarlo al marco territorial de la Sociedad con el fin de conocer la situación, intentar explicar su variabilidad y realizar propuestas de mejora. Este es el objetivo de nuestro estudio.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en los centros de atención primaria (CAP) reformados de Cataluña. Se analiza el nivel de cumplimiento declarado de los criterios de calidad en APS definidos en 1993 por la Comissió de Millora de la Qualitat de la SCMFic. Constituyen un conjunto de 202 criterios distribuidos en 5 apartados:

- Estructura y recursos materiales (arquitectura, accesibilidad (al espacio físico), confort, recursos materiales).
- Recursos humanos (aspectos cuantitativos y cualitativos).
- Organización del trabajo (atención directa y atención indirecta).
- Sistemas de registro.

TABLA 1. Distribución por aspectos evaluados de los criterios de calidad de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Apartado	Subapartado	Bas.	Opt.	Total	% Equipo
Recursos materiales					
	Arquitectura	19	3	22	0
	Accesibilidad (al espacio físico)	14	4	18	5,5
	Confort	4	0	4	0
	Recursos materiales	22	2	24	0
	Subtotal recursos materiales	59	9	68	1,5
Recursos humanos					
	Aspectos cuantitativos	9	0	9	22,2
	Aspectos cualitativos	8	0	8	37
	Subtotal recursos humanos	17	0	17	29
Organización del trabajo					
	Organización de la atención directa	22	0	22	95
	Organización de la atención indirecta	14	0	14	100
	Subtotal organización del trabajo	36	0	36	97
Sistemas de registro					
	Registro de usuarios	3	1	4	50
	Registro de actividad de atención directa	2	0	2	100
	Historia clínica	6	1	7	28
	Registro de morbilidad	6	1	7	86
	Registro de vacunaciones	4	0	4	100
	Registro renovación recetas de crónicos	2	1	3	100
	Registro de actividad docente	1	0	1	100
	Registro de almacén	1	1	2	50
	Subtotal sistemas de registro	25	5	30	70
Accesibilidad, continuidad...					
	Accesibilidad (a la atención humana)	28	1	29	69
	Continuidad	6	0	6	100
	Intimidad y confidencialidad	6	0	6	83
	Participación ciudadana	8	2	10	100
	Subtotal accesibilidad, continuidad...	48	3	51	80
	TOTAL CRITERIOS DE CALIDAD	185	17	202	50,5

Bas.: criterios definidos como básicos; Opt.: criterios definidos como óptimos; Total: total criterios definidos. y % Equipo: porcentaje de criterios cuyo cumplimiento depende básicamente del equipo.

– Accesibilidad (a la atención humana), continuidad, confidencialidad y participación.

Los criterios están definidos como básicos (imprescindibles) u óptimos (recomendables) para poder ofrecer una atención de calidad. Para cada criterio se utiliza una escala de medida de hasta 4 valores según grado de cumplimiento del criterio (cumple el criterio, cumple en más del 50%, cumple en menos del 50% y no cumple) incluyendo la posibilidad de que el criterio sea no aplicable en algunos casos. La escala de valores no es uniforme sino variable en función de cada criterio; así, por ejemplo, hay criterios que sólo permiten la gradación «cumple o no cumple».

En la tabla 1 se presenta el número de criterios incluidos en cada apartado y sub-

apartado, y se señala cuáles de ellos están definidos como de cumplimiento básico u óptimo, y si su cumplimiento depende básicamente del equipo o de condicionantes externos.

Para la autoaplicación de estos criterios en los CAP, los mismos autores desarrollaron un sencillo programa informático (QUALI) que se distribuye junto a una publicación de la misma Comisión dirigida a la implantación de herramientas de mejora de la calidad en los EAP¹³.

Por otra parte, el programa clasifica los criterios en función de si son responsabilidad del equipo o de la Administración, hecho que queda reflejado en la tabla 1. Un 50,5% del total de los criterios se considera responsabilidad del equipo.

Aunque en sí mismo este conjunto de criterios no constituye unas normas de acre-

ditación en sentido estricto, puede ser de gran utilidad como punto de partida para su utilización en este sentido¹⁴.

Un disquete conteniendo el programa QUALI fue remitido, junto con una carta de presentación del estudio y un sobre franqueado para su devolución, a cada uno de los coordinadores de EAP de Cataluña en mayo de 1996. Posteriormente, en diciembre de 1996, se envió una carta recordatorio y se publicó una nota con la misma finalidad en el boletín del primer trimestre de 1997 de la SCMFIC.

Para la explotación de los datos se utilizó un programa informático desarrollado específicamente para un trabajo previo de diseño similar al presente, preparado para un ámbito más restringido. Se realizó un análisis descriptivo de las variables según la frecuencia y el porcentaje de cumplimiento.

Resultados

De los 186 CAP a los que se invitó a participar, 73 (39,2%) devolvieron el disquete con los resultados. Un 72,85% de los criterios se cumplían totalmente, el cumplimiento parcial fue del 7,41% y el 19,74% se incumplían. Se excluyó un 7,1% de criterios, bien por no ser aplicables (64,48%) o por no estar cumplimentados (35,52%).

Comparando los criterios básicos con los óptimos, los primeros presentaron un cumplimiento total del 74,2%, mientras que el cumplimiento de los óptimos fue del 51,9%.

Tal como muestra la tabla 2, los grupos de criterios con menor cumplimiento (considerando la suma de cumplimiento total más cumplimiento parcial) fueron sistemas de registro (68,6%) y recursos humanos (73,5%). El mejor cumplimiento lo presenta el grupo de organización (85,5%).

Por subgrupos se detecta mayor cumplimiento (total más parcial) en intimidad (93,7%), atención directa (89,2%) y registro de actividad (89,1%). Los subgrupos con mayor incumplimiento fueron tratamientos de larga duración (TLD) (61,8%), vacunas (46,4%) y almacén (42%).

En la tabla 3 se especifican los criterios con peor cumplimiento. Dentro del grupo «registro» es donde se encuentran los criterios con menor número de seguidores. En el subapartado «recetas» el criterio 5.6.03 afirma: «Cada UAB recibe periódicamente y de forma sistemática el listado de sus pacientes con recetas de tratamientos prolongados que no han recogido las recetas»; si bien se trata de

TABLA 2. Cumplimiento de los criterios por grupo y subgrupo. De más a menos porcentaje de cumplimiento

	Total	Parcial	T + P	No cumple	Excluidos
Recursos humanos	60,5	13	73,5	26,5	6,2
Cualitativos	37,8	24	61,8	38,2	4,2
Cuantitativos	81,4	2,8	84,2	15,8	8
Sistemas de registro	67	1,6	68,6	31,4	2,4
Tld	22,6	15,6	38,2	61,8	2
Vacunas	53	0	53	46,4	1,8
Almacén	58	0	58	42	3,7
Registro usuarios	67,4	0	67,4	32,6	2,9
HCAP	75,1	0	75,1	24,9	1,5
Morbilidad	79,8	0	79,8	20,2	2,3
Actividad docente	81,8	0	81,8	18,2	1,5
Registro actividad	89,1	0	89,1	10,9	5,1
Recursos materiales	73,4	7,9	81,3	18,7	12,6
Confort	58,1	18	76,1	23,9	1,4
Recursos materiales	70,5	8,7	79,2	20,8	9,7
Accesibilidad	71,1	9,5	80,6	19,4	14,4
Arquitectura	82,2	3,3	85,5	14,4	16,4
Accesibilidad-Continuidad	73,5	11,1	84,6	15,4	3,2
Continuidad	64,5	11,8	76,3	23,7	3,2
Participación	70	8,1	78,1	21,9	2,5
Accesibilidad	74,9	11,8	86,7	13,3	3,7
Intimidad	81,3	12,4	93,7	6,3	1,5
Organización	81,8	3,7	85,5	14,5	6,4
Atención indirecta	73,4	6,1	79,5	20,6	8,1
Atención directa	87	2,2	89,2	10,8	5,3

T + P: suma de los porcentajes de cumplimiento total y parcial; Tdl: tratamientos de larga duración, y HCAP: historia clínica de atención primaria.

TABLA 3. Lista de los criterios con mayor porcentaje de incumplimiento (≥ 50%). Responsabilidad del equipo

5.6.03. Cada UAB recibe periódicamente y de forma sistemática el listado de sus pacientes con recetas de tratamientos prolongados que no han recogido las recetas (87,9%)
5.3.07. El usuario dispone de un documento resumen de su HCAP, para consultas fuera del centro donde constan los datos básicos sobre su salud (83%)
5.6.01. Existe un proceso informatizado de renovación de recetas de tratamientos prolongados (77,6%)
6.2.03. En caso de cambio de profesional en un puesto de trabajo, se dará explicación por escrito (73%)
3.2.07. Todos los profesionales acreditan periódicamente su adecuación para desarrollar las funciones inherentes a su puesto de trabajo (67,8%)
6.4.09. El EAP difundirá entre las entidades con las que mantiene relación un resumen de su memoria anual y de sus objetivos (60%)
6.4.10. El EAP realizará periódicamente una encuesta a los usuarios y/o a la población sobre: accesibilidad, relaciones con la institución y los profesionales, calidad de las instalaciones y de los servicios (60%)
5.5.03. Existe un sistema de información a la UAB de usuarios a los que hay que vacunar mensualmente (55,2%)
6.2.04. Cada profesional sanitario ofrecerá servicio de atención directa en turnos diferentes, al menos un día a la semana (52%)

UAB: unidad de atención básica (en general médico y enfermera), y HCAP: historia clínica en atención primaria.

TABLA 4. Lista de los criterios con mayor porcentaje de incumplimiento (≥ 50%). Responsabilidad ajena al equipo

5.8.02. Existe un registro informatizado de la gestión del almacén (75%)
3.2.08. Existe un mecanismo objetivo, conocido por los miembros del equipo, para la designación de incentivos económicos y profesionales, tanto a nivel individual como a nivel del equipo (75%)
3.1.06. La ratio UAB/personal de soporte es de 1/1 (61,5%)
2.4.07. Se dispone de una camilla con ruedas (55,2%)
3.2.03. Existe un sistema de selección de personal que valora tanto los conocimientos como las habilidades y actitudes de todos los profesionales del EAP (52,5%)
2.2.02. En el exterior del edificio existe un rótulo de identificación visible a 100 metros (51,5%)
2.4.24. El EAP dispone de un fondo de maniobra (51,5%)
2.1.08. El área de recepción está dotada de un espacio para atención reservada (50%)
2.4.05. Se dispone de un espirómetro convencional con el cual se puede determinar CV y VEMS (50%)

UAB: unidad de atención básica; HCAP: historia clínica en atención primaria, y EAP: equipo de atención primaria.

un criterio óptimo, cabe destacar su altísimo incumplimiento, que casi alcanza el 88%. En esta misma categoría, y siendo ya criterio básico, presenta poco cumplimiento el criterio 5.6.01: «Existe un proceso informatizado de renovación de recetas de tratamientos prolongados» (incumplimiento, 77,6%). Sin movernos del apartado «registros» (tabla 4), mencionaremos 2 subapartados más que presentan criterios con altos índices de incumplimiento: en registro de almacén el criterio 5.8.02 («Existe un registro informatizado de la gestión del almacén») presenta un incumplimiento del 75%, mientras en el subapartado historia clínica de atención primaria (HCAP), el criterio 5.3.07 («El usuario dispone de un documento resumen de su HCAP, para consultas fuera del centro donde constan los datos básicos sobre su salud») alcanza un incumplimiento del 83%. En relación a los criterios en los que se considera que la responsabilidad del cumplimiento es externa al equipo, 29 criterios presentaban un incumplimiento superior al 20% y 10 se incumplían en más del 50% de los EAP. Cabe destacar que de los 18 criterios que presentan incumplimientos iguales o superiores al 50%, 8 son responsabilidad del equipo. En las tablas 3 y 4 se presentan estos datos.

Discusión

La primera valoración que debemos hacer de los resultados de este trabajo es señalar la limitación que presenta para extrapolar los datos al conjunto de la AP de Cataluña. Aun-

que el grado de participación (40%) es bastante aceptable para un estudio de estas características, cabe suponer que los centros que de forma voluntaria han querido participar no son representativos de la situación media del total de EAP de Cataluña. Posiblemente los centros que han contestado tienen un mayor nivel de equipamiento, y probablemente una mayor motivación, y ello influye, sin duda, en las características de la organización.

Por otra parte, existe aún más de un 40% de la población catalana atendida por el denominado modelo tradicional, con menor nivel de equipamiento y mayores deficiencias organizativas. Cabe pensar, pues, que la situación general de la AP en Cataluña presenta unos resultados inferiores a los que aquí se exponen.

Sin embargo, esta consideración no afecta a todos los apartados evaluados. Así, por ejemplo, en el apartado recursos humanos, que en casi su totalidad depende de lo que podríamos llamar «elementos fijos» de la AP dependientes de la legislación y normativas vigentes, debemos suponer que los resultados obtenidos en nuestra muestra deben ser similares a los globales.

Queremos señalar la importancia del bajo valor obtenido en este apartado de recursos humanos en sus criterios cualitativos, que hacen referencia a la formación específica de los profesionales para AP: criterios de selección y reacreditación, así como a la formación continuada en servicio. Sólo se ha obtenido un 37,8% de respuestas positivas para el cumpli-

miento total de estos criterios y el 24% de cumplimiento parcial. Es necesario plantear cambios en la normativa vigente sobre contratación y reorientar la gestión de personal para poder mejorar los recursos humanos que constituyen la base de la actividad y de la calidad de la atención que prestamos. Creemos que estos resultados son debidos a la permanencia de las formas de selección de personal previas a la reforma de la AP y que es necesario adaptar estos mecanismos a los requerimientos sanitarios actuales.

El segundo apartado en el que encontramos peor cumplimiento es en el de sistemas de registro, aunque de manera desigual en los diferentes subapartados. Así, en lo referente a calidad de registros de la prescripción crónica, obtenemos incumplimientos de alrededor del 80%. Algunos criterios de este apartado son responsabilidad del equipo y otros son de responsabilidad ajena. Estos últimos están en relación con los recursos informáticos disponibles (aunque no parece demasiado complicado disponer de un ordenador con impresora en cada centro) y con elementos de calidad generales del sistema, como puede ser el tipo de receta (factura) de que disponemos y la rígida legislación existente respecto a su expedición. Teniendo en cuenta que esta actividad representa una parte importante del volumen total de actividad de los EAP, creemos necesario mejorar los medios materiales (equipamiento, tipo de receta, aplicaciones informáticas) actuales, conseguir la máxima eficiencia posibilitando la descarga de procedimientos burocráticos que no aportan ningún valor al producto y tienen un coste-oportunidad alto.

Los mismos comentarios podemos hacer para el resultado de los subapartados vacunas y almacén.

El apartado de recursos materiales obtiene un resultado aceptable, excepto el subapartado confort. Es posible que este resultado pueda presentar un sesgo de selección, dado que no se corresponden con resultados de otro estudio similar realizado en un sector sanitario de la provincia de Barcelona, incluyendo la totalidad de los centros⁹, en el que se objetivaba un mayor incumplimiento en todo el apartado de recursos materiales.

Analizando los apartados que dependen más de los profesionales (accesi-

bilidad-continuidad y organización), observamos un aceptable cumplimiento de los apartados en general, 84,6 y 85,5%, respectivamente. El subapartado continuidad es el que obtiene peores resultados, 76,3%.

Puede producirnos cierta satisfacción observar que los apartados que más dependen de los profesionales sean los que en general obtienen mejores resultados. Sin embargo, debemos tener en cuenta que son los apartados más relacionados con la calidad del proceso de atención y con la calidad percibida por los usuarios. Esto es debido a que los aspectos de calidad recogidos en estos apartados son, en buena medida, definitorios de la AP: accesibilidad, continuidad, capacidad resolutoria... Por ello, deberíamos plantearnos índices de cumplimiento muy altos.

En este sentido, el incumplimiento en un 24% de los criterios de continuidad, por ejemplo, debe hacernos reflexionar sobre si la AP que estamos ofreciendo responde a las necesidades de los usuarios. Proponemos que el establecimiento de los mecanismos organizativos que garanticen la continuidad y accesibilidad de la atención sea una acción de mejora prioritaria de los equipos. Algunos de estos mecanismos son muy sencillos y al alcance de todos, como puede ser el dar explicación por escrito a los usuarios de los cambios de profesionales. Otros son más complejos, como el ofrecer atención directa en turnos diferentes al menos un día a la semana. Constituye un reto para los profesionales y para las instituciones responsables superar los criterios de asignación de horarios y turnos de los profesionales y orientar los servicios a las necesidades de los usuarios. Es un reto en el que los profesionales tenemos un papel determinante.

Si analizamos la lista de los 18 criterios menos cumplidos, vemos que 5 de ellos (27,7%) corresponden a recursos materiales, otros 5 a registro y 4 (22,2%) son de recursos humanos y accesibilidad-continuidad, y expresan las necesidades más acuciantes. El interés por conocer y valorar la calidad de los elementos estructurales de los centros de salud no es nuevo en nuestro medio, y se supone que este conocimiento tiene una aplicabilidad inmediata en cuanto al desarrollo de actividades de mejora. Sin embargo, hemos encontrado en la literatura pocos estudios de este tipo,

con características similares, realizados en España.

Hasta el trabajo publicado por Otero en 1987¹⁵, las únicas referencias existentes en lo que atañe a la evaluación de criterios de calidad eran los criterios de acreditación docente de 1986 y los de definición del modelo de AP de 1984. Con este estudio se pretende dar un primer paso en la definición de los criterios de referencia. Se analizaron 70 indicadores en 64 centros urbanos y rurales, estableciéndose criterios de estructura evaluando: zona de salud, recursos humanos, recursos materiales y organización. Dados los resultados iniciales, hubo que disminuir el nivel de exigencia; aun así destaca el bajísimo nivel de cumplimiento en los centros rurales.

Un segundo trabajo, publicado en 1994¹⁶, analizaba a partir de una muestra la estructura y organización de los centros de salud de todo el Estado (n final de 162). Se describía la situación respecto a recursos humanos y materiales, y algunos aspectos de la organización, pero sin confrontarla con unos criterios establecidos. Por las características de los datos, no podemos establecer comparaciones con los que nosotros hemos encontrado, aunque sí comentar que en cuanto a recursos, especialmente materiales, la situación que nosotros hemos detectado parece mejor que la descrita en ese estudio, lo cual puede ser debido a los 4 años transcurridos entre ambos trabajos o bien a que el equipamiento de base en los EAP de Cataluña esté más en consonancia a los criterios definidos.

Un tercer trabajo, publicado en 1991¹⁷, más dirigido (o básicamente dirigido) a la estructura realizado en 24 EAP de Madrid analiza el cumplimiento de 22 criterios (20 de Otero⁵ más la estabilidad del EAP y la cualificación de los médicos generales) y demuestra una estructura y dotación de material aceptables en un porcentaje inferior al presente estudio. Los recursos humanos son adecuados en la mitad de los equipos y el grado de organización es aceptable en dos tercios. A pesar de todo ello, cabe destacar que los criterios utilizados son escasos y menos exigentes, y por lo tanto, poco comparables con el presente estudio.

Nuestro estudio permite una aproximación al conocimiento de la situación de la calidad de la estructura de la AP Cataluña. A pesar de la dificul-

tad de extrapolar los datos de nuestra muestra al conjunto del país, que probablemente tiene resultados inferiores, consideramos que este trabajo nos permite establecer propuestas de mejora aplicables a la mayoría de los equipos, adaptándolas a la realidad particular de cada EAP.

El programa QUALI ha resultado ser un instrumento de fácil utilización (ningún equipo se puso en contacto con nosotros por problemas en la forma de utilizarlo, que permite a los EAP conocer su situación en relación a los 202 criterios de calidad de la SCMFic, y con los datos de este trabajo disponer de una referencia útil sobre su nivel de calidad actual. Esta información es de utilidad tanto para los propios EAP, como para los organismos de gestión.

Creemos que sería interesante desarrollar otros estudios para observar la evolución en el tiempo que va presentando el cumplimiento de estos criterios.

Agradecimiento

A Alvarado C, Álvarez M, Ancochea A, Armengol F, Avendaño J, Bonet M, Borrell F, Busom J, Camps R, Campillos C, Casas J, Collado A, Coma M, Comas C, Cortada M, Crespo R, Creus R, Cunillera R, Deniel J, Espinàs J, Espino A, Farrés P, Fau E, Gálvez E, García A, García JM, Gonzalez MJ, Guinart A, Hereu J, Isern R, Juanola J, Lorente MJ, Llauradó J, De Marcos L, Martínez V, Marquilles C, Meneses JA, Mercader J, Milà A, Pallarés J, Pascual A, Peligro J, Pérez X, Plaja P, Ramon MA, Ramon S, Riera C, Rodríguez A, Sáez P, Sánchez MJ, Santana B, Subias PJ, Tamayo C, Tiñena F, Tió I, Tomas-Rodó LM, Ubach J, Urdiain R, Ventura M, Vila C y Vilaplana R, miembros de las comisiones de calidad de los EAP que han cumplimentado y remitido el cuestionario.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank. Memorial Fund Quarterly* 1964; 44: 166-203.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
3. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
4. Vouri HV. Quality assurance of health services. WHO Public Health in Europe n.º 16. Copenhagen, WHO, 1982.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret

- 84/85 de Mesures per a la reforma de l'Atenció Primària de Salut a Catalunya.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ordre de 6 de maig del 1990 d'aprovació del Reglament Marc de Funcionament del Equips d'Atenció Primària
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ordre de 8 d'octubre de Fixació de Criteris per a la determinació de les plantilles orgàniques del Equips d'Atenció Primària.
8. Generalitat de Catalunya. Programa d'equipaments per a Centres d'Atenció Primària. Barcelona, 1991
9. Zapater F. Avaluació de la qualitat de l'estructura del Sector Sanitari de Girona. Trabajo presentado al diploma de Posgrado en Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Fundación Avedis Donabedian, 1994.
10. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud. Ginebra: OMS, 1988.
11. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
12. Comissió de Millora de la Qualitat. Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1993.
13. Comissió de Millora de la Qualitat. Guia pràctica. Implantació d'un Pla de Millora de la Qualitat a l'Atenció Primària de Salut. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1994.
14. Bohigas L, Suñol R, Otero A. Los programas de acreditación. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P, editores. Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont-Pharma, 1997.
15. Otero A, Engel JL. Evaluación de la estructura de los centros de salud. Aten Primaria 1987; 4: 484-496.
16. Antoñanzas A, Casas MJ, García JC, Gonzalo A, Izaguirre C, Melús E. Estudio de la estructura y organización de los equipos para la aplicación de programas de garantía de calidad en atención primaria. Centro de Salud 1994; 2: 703-712.
17. García Boró S. Evaluación de la estructura de los equipos de atención primaria en Madrid. MEDIFAM 1991; 1: 66-75.