
¿Qué se puede/debe hacer?

José Antonio Molina Illán

*Jefe del Servicio de Inspección de Centros, Servicios y
Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Murcia*

Los ciudadanos y su percepción del Sistema Nacional de Salud

Los datos generales del Barómetro Sanitario 2005 nos aproximan a la valoración que los españoles hacen del Sistema Nacional de Salud (SNS). Nuestros conciudadanos consideran la Sanidad Pública como el servicio más importante de los que debe proveer el Estado y alrededor del 95 % creen que globalmente funciona bien o al menos aceptablemente, aunque con necesidad de reformas.

Existe conciencia, asimismo, (71,8 %) del fuerte aumento de demanda sanitaria en los últimos 10 años, aunque menos (48,3 %) creen que el crecimiento de recursos ha sido proporcional a dicho aumento de demanda y desearían (79,4 %) que el gasto sanitario aumentara. Alrededor del 80 % de los atendidos en los 12 meses previos a la encuesta, en cualquier nivel asistencial, están satisfechos con la asistencia recibida, siendo los

tiempos de espera de cualquier tipo lo peor valorado.

El derecho a la salud está profundamente arraigado como derecho subjetivo entre los españoles, de tal modo que sólo alrededor del 3 % considera adecuado que se paguen por el usuario los servicios sanitarios que se utilicen y más significativo aún es que sólo el 15 % considera adecuada alguna forma de copago.

Un SNS en general bien considerado y apoyado por los ciudadanos y unos indicadores sanitarios en el grupo de los mejores del mundo, nos sitúan en una excelente posición de partida para abordar una nueva etapa quizá más compleja que la recorrida en estos 20 años tras la Ley General de Sanidad, caracterizada por un extraordinario esfuerzo inversor para universalizar el derecho a la salud.

La hora de la calidad

Se trata ahora, sin por ello abandonar la mejora continuada de recursos, de re-

orientar la actividad general del SNS y de cada uno de sus profesionales hacia la provisión de servicios de calidad.

Si analizamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de calidad de la asistencia sanitaria: “[...] 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” podemos separar en ella los componentes multifactoriales de la calidad que analizaba Donabedian:

I. Componente técnico o calidad intrínseca: como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.

La mejora continua del componente técnico implica la revisión frecuente y consensuada de los procesos asistenciales (rediseño o reingeniería de procesos).

Disminuir la variabilidad en la asistencia es uno de los fines más importantes de la mejora de la calidad intrínseca que utiliza como instrumentos:

- Los protocolos clínicos.
- Las guías de práctica clínica.
- Las vías críticas o planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible.

Se está realizando un gran esfuerzo en todos los niveles asistenciales del SNS en la mejora de este componente, con una importante contribución de los profesionales, de las Sociedades Científicas, Colegios (Guías de Práctica Clínica [GPC] en Atención Primaria y en colaboración con la Organización Médica Colegial [OMC] y el Ministerio de Sanidad) y de las Administraciones Sanitarias (Ministerio de Sanidad Proyecto NIPE [Normalización de las Intervenciones para la práctica de la Enfermería]).

Este planteamiento de mejora del componente técnico requiere, cuando se generaliza en un centro sanitario (gestión de procesos-GP), un cambio hacia centros sanitarios con organización más horizontal y participativa y exige un compromiso activo y continuado en el proyecto de la Dirección y de cada uno de sus profesionales. La presentación del trabajo sobre Gestión de Procesos en el Hospital 12 de Octubre es ejemplificadora en este sentido.

Los resultados del componente técnico son medibles y verificables y constitu-

yen la parte principal del sistema de criterios, estándares e indicadores que deben incluir todo proceso de mejora continua de la calidad a cualquier nivel la actividad.

Sistemas de evaluación del rendimiento en Atención Primaria y hospitales, incluidos en sendos procesos de mejora son propuestos en las ponencias de la Mesa (Áreas de Atención Primaria de Alicante y 7 de Madrid y Centro Hospitalario Universitario de Albacete).

2. Componente interpersonal o calidad percibida: el componente interpersonal del proceso asistencial (interacción paciente-familia-profesionales) es, en definitiva, una evaluación subjetiva del paciente y su entorno personal sobre la calidad de los servicios sanitarios recibidos.

El peso de los pacientes y su entorno personal, su grado de participación en el Sistema Sanitario y la extensión de sus derechos constituyen una variable en rápido crecimiento. La definición de la OMS incluye “[...] la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

Resulta fácilmente previsible que los aspectos de orientación al paciente relativos a:

- Derecho a la información.
- Derecho a la intimidad.
- Accesibilidad (tiempos de espera).
- Continuidad de los niveles asistenciales.

– Participación.

serán cada vez más considerados en los Planes de Mejora.

Actualmente tanto el Ministerio de Sanidad (Barómetro Sanitario) como los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), realizan encuestas de satisfacción de los usuarios e integran sus resultados en los correspondientes cuadros de mandos estratégicos.

3. Componente correspondiente al entorno: expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.

Son aspectos de trascendencia de la mejora continua de la calidad (citados en la ponencia del representante en la mesa de la Sociedad Española de Calidad Asistencial):

- El desarrollo de alianzas que añadan valor a la organización.
- La consideración de su responsabilidad social.
- La formación, capacitación e implicación de los profesionales.

La imagen corporativa de toda organización sanitaria tiene como componente importante la opinión del propio personal además de la de la población.

4. La “no calidad”: este aspecto lo recoge la OMS en su definición de Calidad de la Asistencia Sanitaria, “[...] y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de

efectos iatrogénicos”; es abordado cada vez con más frecuencia como punto de partida para analizar la calidad de la actividad sanitaria a todos los niveles.

Numerosos estudios estiman la incidencia de “efectos adversos” de la asistencia sanitaria entre el 4-17% de los ingresos hospitalarios (la cuarta parte de los cuales tendría consecuencias graves y el 50% podrían haberse evitado) y 75 de cada 1.000 pacientes atendidos en Atención Primaria (de los cuales el 40% serían errores de prescripción y hasta un 30% corresponderían a errores de comunicación).

La “no calidad” no sólo tiene costes tangibles muy apreciables cada vez más sujetos a demandas, sino unos intangibles no por ello menos importantes que afectan a la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario, alimentando la escalada de reclamaciones judiciales y desmotivando al personal. En resumen, se produce un deterioro del conjunto del tercer componente de la calidad que citaba Donabedian: el correspondiente al entorno.

Los aspectos de seguridad clínica (gestión del riesgo), como primer abordaje de resultados (en este caso negativos) para iniciar y evaluar los planes de mejora continua de la calidad, se están incluyendo a todos los niveles del SNS y de

forma global y coordinada por el Ministerio de Sanidad mediante la iniciativa del Estudio Nacional de Eventos Adversos.

En la ponencia del representante de la Sociedad Española de Calidad Asistencial se propone metodológicamente iniciar y reevaluar los ciclos de mejora de las organizaciones sanitarias mediante el análisis del rendimiento. Incluir en dicho análisis indicadores de la “no calidad” nos puede permitir visualizar con rapidez los aspectos más débiles de nuestra actividad, y por lo tanto orientar y priorizar el ciclo de mejora.

5. Herramientas de gestión de la política de calidad: en diversas ponencias de la mesa se proponen o analizan herramientas o sistemas de gestión de calidad (modelo de excelencia EFQM, norma ISO 9001:2000 y otras más específicas, los sistemas de acreditación modelo *Joint Commission* y los establecidos por las diferentes Comunidades Autónomas, modelo de Burke Litwin).

En este sentido es muy interesante la iniciativa que presenta el Centro Hospitalario Universitario de Albacete, con un sistema mixto de análisis del proceso de mejora continua que toma elementos del proceso de acreditación según los estándares de la *Joint Comisión Internacional* para hospitales y del modelo de autoevaluación del EFQM.

La idea de utilizar lo mejor de cada herramienta para el proceso de mejora no es nueva, pero en el caso citado está muy bien expresada, ya que incide con toda claridad en que lo realmente importante es implicar a todos los profesionales en el proceso de mejora continua, medir los resultados interna y externamente y reiniciar el nuevo ciclo de mejora a partir de lo consolidado en el anterior.

La Calidad del Proceso Asistencial en el Sistema Nacional de Salud ¿Qué se puede/debe hacer?

En definitiva, e intentando contestar a la pregunta de la Mesa, algo se está haciendo en calidad en el SNS a todos sus

niveles, mucho más se puede hacer y sobre todo se deben poner en práctica, con el concurso de las mejores herramientas en cada caso, los aspectos relevantes que refiere en su ponencia el representante de la Sociedad Española de Calidad Asistencial:

1. Que los diferentes agentes del sistema sanitario integren la mejora continua como eje de todas sus actuaciones.
2. Que se produzca un cambio de cultura organizativa que integre la gestión de la calidad como una realidad habitual en nuestras organizaciones.
3. Que los dos pasos anteriores contribuyan a la mejora de los resultados del sistema sanitario que constituyen la medida de su nivel de calidad.

