

De la Cartera de Servicios hacia la evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria

J.M. Mena Mateo

Médico de Familia. Unidad de Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Área 4. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Algunas intervenciones realizadas desde Atención Primaria tienen especial relevancia e impacto en la salud de la población que atendemos^{1,2}. La Cartera de Servicios de Atención Primaria, desarrollada desde 1991 por el Insalud y posteriormente evolucionada en cada Comunidad Autónoma (CA), recoge alguna de estas actuaciones como las Vacunaciones (infantiles o en adultos) o el Cribaje del cáncer ginecológico. El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre³, recientemente establece y actualiza la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Aunque todas las CC.AA. han apostado por la informatización de la historia clínica (HCI), el desarrollo y nivel de implantación de la misma es muy distinto, incluso dentro de un mismo servicio de salud. Coexisten programas distintos y formas de evaluar variadas dependiendo de los Equipos de Atención Primaria (EAP). El valor de la HCI para la mejora de la calidad asistencial no se relaciona directamente con la gran inversión realizada y el cambio del soporte no se ha acompañado siempre de mejoras en la calidad de los registros o en los tipos de explotación. La mayoría de las CC.AA. mantienen una evaluación de Cartera de Servicios anual, costosa y centrada en objetivos de gestión institucionales. Por otra parte, a pesar de disponer de bases de datos extensas y con codificación clínica según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), la Clasificación Internacional de Especialidades (CIE) o la clasificación de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), se ha avanzado poco en la evaluación de la calidad ligada a la morbilidad, valorándose sólo el proceso asistencial, sin medir el control de determinados parámetros clínicos como las cifras de tensión arterial, la hemoglobina glicosilada o el colesterol LDL, que pueden también disminuir la morbimortalidad.

PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL ÁREA 4 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

El Área 4 de Atención Primaria de Madrid es un área urbana que presta asistencia a más de 590.000 personas a través de 32 EAP. Desde el año 1998 se impulsan y evalúan

en esta Área, adicionalmente a la Cartera de Servicios, un conjunto de procesos seleccionados por su especial relevancia sobre el impacto en la salud de la población atendida en el primer nivel asistencial.

Los criterios de calidad incluidos actualmente en el Programa son cinco: Seguimiento y control de hipertensión arterial; Seguimiento y control de hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos; Prevención secundaria de cardiopatía isquémica a través del control del c-LDL; Prevención secundaria con ácido acetilsalicílico (AAS)/antiagregantes en pacientes con patologías de alto riesgo cardiovascular; Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina/antagonistas de los receptores de la angiotensina II (IECA/ARA II) para el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca. En total se evalúan 22 indicadores.

La informatización clínica del área, completada en 2004, impulsó el diseño por parte de las Unidades de Sistema de Información y de Calidad de un programa específico basado en sentencias SQL (*structured query language*) para explotar toda la información de la HCI. La aplicación permite obtener de forma sencilla y rápida (en menos de 2 horas) información clínica relevante sobre el total de la población del Área sin realizar muestreos⁴. Los datos se obtienen trimestralmente y se envían a los EAP desagregados por centros y profesionales, identificándose el cumplimiento de los criterios de cada paciente individual en una sencilla hoja de cálculo Excel. Esto ha permitido que los médicos y enfermeras depuren la información paciente a paciente, identifiquen áreas de mejora e incluso corrijan errores de registro o codificación. Del mismo modo se han utilizado los datos para desarrollar proyectos de mejora o de investigación de forma más sencilla.

Para valorar el cumplimiento de los criterios en estos pacientes, en cada evaluación se procesan alrededor de 260.000 diagnósticos incluidos como episodios CIAP, más de 570.000 datos generales del paciente (DGP) con registros de tomas de tensión arterial, hemoglobina glicosilada y c-LDL, y aproximadamente 200.000 fármacos prescritos (AAS, otros antiagregantes, estatinas, IECA y ARA II).

La última evaluación, realizada en junio de 2007, incluyó un total de 96.000 pacientes (72.063 hipertensos, 25.732 diabéticos, 10.346 con cardiopatía isquémica).

ca, 32.773 con patologías de alto riesgo cardiovascular y 2.880 con insuficiencia cardíaca). Gran parte de los pacientes estaban incluidos en varios de los criterios por presentar más de un diagnóstico.

La evolución de los indicadores en estos tres últimos años ha sido buena, aumentando el número de pacientes incluidos y seguidos y los criterios de control o adecuación terapéutica. Las oportunidades de mejora prioritarias que hemos detectado en el Área 4 se relacionan, en general, con la falta de seguimiento adecuado de muchos pacientes (falta de petición de hemoglobina glicosilada o de c-LDL en los plazos establecidos), ya que el grado de control de la mayoría de los pacientes hipertensos, diabéticos o los cardiopatas seguidos está dentro del rango bueno o aceptable y la utilización de antiagregantes o de IECA es elevada comparada con otros estudios realizados en Atención Primaria.

PRESENTE Y FUTURO

Existen experiencias similares de evaluación de indicadores de calidad asistencial en Cataluña o Madrid, limitadas también en áreas de salud o regiones concretas. Actualmente varias CC. AA., como el País Vasco o Navarra, están desarrollando sistemas que permitan la explotación de la morbilidad de forma sistemática y periódica, con acceso a la misma por los profesionales. Recientemente el Servicio Madrileño de Salud ha presentado su nueva Cartera de Servicios, proponiendo la evaluación automatizada de todos los criterios de buena atención y asociándolos a estándares de buen cumplimiento.

Un papel fundamental debe desempeñar el Ministerio de Sanidad y Consumo, que impulsa y coordina el Proyecto Atención Primaria del Siglo XXI: estrategias de mejora 2007-2012 (AP-21)⁵, reuniendo a expertos propuestos por las Sociedades científicas de Atención Primaria, por las CC. AA. y por el propio Ministerio, para debatir y consensuar estrategias de mejora en nuestro ámbito asistencial.

Dentro de sus propuestas se recogen algunas relacionadas con la evaluación de la calidad asistencial: adaptar la Cartera de Servicios a las necesidades de la población (estrategia 9), mejorar los sistemas de evaluación de resultados en Atención Primaria (estrategia 18), promover un sistema de referencia de medición de resultados en salud orientado a los profesionales y a la población (estrategia 19) o impulsar que los sistemas de información de Atención Primaria contemplen unos criterios y unas variables comunes, definiendo los indicadores clave que garanticen la comparabilidad para todo el Sistema Nacional de Salud con la participación de los profesionales sanitarios (estrategia 44).

Implantar programas de Calidad Asistencial permite promover y evaluar intervenciones con impacto reconocido en la salud de la población y satisface las demandas de muchos

profesionales que quieren ver ampliada la evaluación de su calidad científica. Utilizando procedimientos de evaluación informatizada podemos realizar estudios poblacionales, con información homogénea, rápida (minutos frente a días para obtener los resultados) y con un coste mínimo de ejecución tanto en recursos materiales como en tiempo de los profesionales. La flexibilidad del sistema facilita readaptar los criterios para cada evaluación y la facilidad de reproducción permite evaluar cualquier Centro de Salud de España que utilice el mismo modelo de HCI como herramienta o adaptar las sentencias SQL para evaluar otro aplicativo.

Los médicos de familia entendemos el valor de la Cartera de Servicios como herramienta de calidad y gestión, siendo una de las claves de la cultura "evaluativa" que nos diferencia de Atención Especializada, pero en este momento demandamos algo más que "contar" pacientes incluidos. Las sociedades científicas deben proponer la conveniencia de evaluar intervenciones con una fuerte evidencia y que vayan a producir unos resultados en la mejora de la salud⁶. El uso de esos indicadores para monitorizar la actividad asistencial podría ser una forma de promover el uso extensivo de intervenciones basadas en la evidencia médica.

El procedimiento de evaluación deber ser sencillo y automatizado, y la clave para la mejora consiste en devolver la información o hacerla accesible directamente al profesional asistencial responsable de la misma.

El desarrollo de estos nuevos sistemas en todas las CC.AA., con el apoyo del Ministerio de Sanidad, necesita herramientas informáticas adecuadas para posibilitar la explotación de los registros de morbilidad. Es también necesario mejorar los sistemas de codificación y registro, y, por último, formar y sensibilizar a los profesionales sobre la utilidad que para ellos tiene esta nueva manera de medir.

BIBLIOGRAFÍA

1. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-60.
2. Vila A, Bria X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 2001;7:134-41.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo 16212 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *BOE* núm. 222 sábado 16 de septiembre de 2006.
4. Mena JM, Sánchez L, Cañada A, Cárdenas J. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el Área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:238-46.
5. Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
6. Llor C, Tamborero G, Albert X, Ayerde K, Cabrera A, Fernández I, et al. Indicadores de Evaluación de la actividad profesional: Asistencia, Docencia e Investigación. Documento Técnico n.º 19 semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002.