

EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

¿Qué es la calidad asistencial?

Existen varias definiciones de calidad asistencial. Todas ellas son correctas. Dependen del nivel en el que se encuentre el observador y de sus responsabilidades dentro del sistema asistencial¹.

Los profesionales de la salud, de forma natural, tendemos a definir la calidad asistencial en relación con la calidad técnica; así, generalmente, el clínico considera alta calidad «*hacer bien lo que es adecuado*» para sus pacientes².

Sin que haya perdido ni un ápice de su valor esta definición, en los últimos años han surgido otras perspectivas diferentes de la calidad asistencial que deben ser consideradas. Dentro de estas nuevas tendencias, se ha producido una conciencia creciente de que es preciso que la asistencia satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema, que no siempre son exactamente coincidentes con lo que es correcto desde un punto de vista médico.

El Ministerio de Sanidad, por su parte, establece criterios de calidad asistencial en los contratos programa que formaliza anualmente con el Insalud y los servicios de salud de las comunidades con transferencias sanitarias. Básicamente, se trata de criterios de calidad relacionados con resultados de la asistencia (mortalidad, infección hospitalaria, farmacia, informes de alta), tiempos de espera para el ingreso quirúrgico, y derechos de los pacientes. El cumplimiento de estos objetivos es auditado al finalizar la vigencia de cada contrato programa.

Existen al menos dos formas de orientar las actividades de calidad asistencial³. En la primera de éstas, a la

que nos referimos con la expresión Garantía de Calidad, lo que se busca es inspeccionar la actividad asistencial para comprobar que se cumplen o no estándares que previamente se han establecido como nivel de calidad deseable. Si no se alcanza el objetivo, habrá que buscar al responsable. Con este método se trata de localizar dentro del sistema la *manzana podrida* y eliminarla.

La segunda perspectiva, denominada *Mejora Continua de la Calidad Asistencial (MCCA)*, considera que los problemas de calidad se generan en casi todos los casos por problemas en la propia organización del trabajo. Así, sólo una pequeña parte es atribuible a factores individuales, e incluso en estos casos en los que hay personas en la raíz de los problemas, casi siempre lo que subyace es un defecto de formación, falta de claridad en los objetivos, o un problema de dirección. Con este método se trata de buscar problemas reales o potenciales para resolverlos mediante cambios en la organización, y de esta manera crear *oportunidades para la mejora de la calidad asistencial*.

Para un observador casual, la MCCA podría parecer simplemente una práctica de gestión basada en el sentido común. Sin embargo, su puesta en marcha supone la aplicación de una metodología de cierta complejidad y debe ser cuidadosamente planeada, ya que: 1) Debe participar el personal de todos los niveles de la organización en el proceso de identificación y resolución de los problemas asistenciales. 2) Los problemas y sus soluciones deben orientarse hacia la satisfacción de los pacientes, que son los beneficiarios finales de la asistencia. 3) Deben utilizarse herramientas y metodología específicas, como la estadística, para cuantificar los problemas y el grado de resolución de los mismos tras aplicar las medidas correctoras. 4) Se debe entrenar en metodología de calidad al personal que participará de forma activa en el proceso⁴.

Correspondencia: Dra. Carmen Concejo. Coordinadora de Urgencias. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

El resultado a largo plazo de la puesta en marcha de un programa MCCA es nada menos que una transformación cultural en la organización, que afectará a cómo se realizan todos los procedimientos, así como al pensamiento y la conducta de las personas que participan en el proceso asistencial.

Mejora de la Calidad Asistencial en la Medicina de Urgencias

El Servicio de Urgencias (SU) hospitalario es sólo una estación en la historia del *proceso asistencial urgente*. Este generalmente comienza en el medio extrahospitalario, con la provisión de cuidados por los profesionales de la medicina de urgencias prehospitalaria, continúa en el Servicio de Urgencias hospitalario, y termina con el seguimiento por los profesionales de otros niveles asistenciales (hospitalización, Atención Primaria o Atención Especializada Ambulatoria). La calidad y adecuación de la atención realizada en el SU pueden tener, por lo tanto, importantes consecuencias no sólo en sí mismas, sino que también determinan el tipo y la adecuación de los cuidados que deben seguir a la atención urgente.

Los servicios de urgencias son lugares muy especiales, en los que se producen situaciones de una complejidad no comparable a ningún otro contexto asistencial. Dado el elevado volumen de pacientes, se deben tomar decisiones con rapidez y un elevado grado de incertidumbre acerca de con qué prioridad deben ser atendidos, qué estudios diagnósticos deben realizarse, qué tratamiento y qué decisión final se adoptará con cada uno de ellos. Así mismo, la atención de cualquier problema urgente requiere una secuencia de actividades coordinadas de forma compleja entre diferentes tipos de profesionales, que deben producirse justo en el momento oportuno.

Los médicos de urgencias se encuentran en una posición de máxima visibilidad y vulnerabilidad. No es suficiente la voluntad de trabajar «*lo mejor posible y todo lo que pueda*». No suele haber una segunda oportunidad. Sus decisiones son evaluadas tanto por los pacientes como por otros profesionales encargados de su seguimiento posterior. El riesgo de verse implicados en procesos judiciales por mala práctica médica es muy elevado.

Todos estos factores hacen que los servicios de urgencias sean terrenos abonados para la implantación de programas de MCCA.

Cuando se contempla como una herramienta de gestión en el SU, la mejora de la calidad asistencial no

es un *evento*, sino un *proceso* que debe ser integrado en el resto de las actividades del servicio. Son buenas recomendaciones en este sentido: 1) Debe evaluar básicamente los aspectos más relevantes del proceso asistencial. 2) Las actividades de calidad deben concretarse en el tiempo y en la forma en que se van a desarrollar dentro de la jornada laboral. 3) El programa de calidad del SU debe reflejarse por escrito. 4) Todos los miembros del equipo de urgencias (médicos, enfermeras, personal auxiliar, celadores, administrativos) deben estar informados de forma comprensible⁵.

Como condición previa imprescindible para la puesta en marcha de un programa de MCCA en el SU, deben existir no sólo factores de preparación previa en el servicio, sino que éstos también deben existir en la organización hospitalaria. Es muy importante que la dirección del hospital valore de forma cuidadosa si va a ser posible mantener a largo plazo una inversión en el programa de calidad de urgencias. Si no es así, debe demorarse su realización, ya que la introducción intempestiva de la MCCA tiene efectos muy negativos que pueden lesionar seriamente a la organización, puede crear problemas entre los miembros del personal de urgencias, y conducir al fracaso del propio programa, dejando el terreno refractario por mucho tiempo a cualquier otra iniciativa de calidad⁴.

Evaluación y monitorización de la calidad asistencial⁶

El proceso de evaluación y monitorización de la calidad asistencial implica el examen continuo de la actividad realizada, la identificación de deficiencias observables en esa actividad, emprender acciones para corregirlas y medir los efectos de las medidas correctoras.

En 1988, la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) publicó sus recomendaciones para monitorizar y evaluar la calidad asistencial en una organización o servicio:

1. Asignar responsabilidades

El médico que dirige el servicio, es decir, el coordinador de urgencias, es el responsable de la ejecución de todo el proceso de evaluación y monitorización, y participa de forma activa en él. Asigna responsabilidades entre los miembros del servicio para todas las actividades específicas relacionadas con el proceso de evaluación.

Es muy importante que la dirección del hospital dote al coordinador de urgencias de capacidad ejecuti-

va para la resolución de problemas detectados en la organización. En este sentido, es conveniente decir que la calidad no es necesariamente cara; sin embargo, en la transición hacia un sistema de MCCA será preciso con seguridad redistribuir recursos, materiales y humanos, dentro del servicio. La viabilidad del programa de calidad depende de este punto, ya que supone para todo el personal del servicio la prueba real de que la organización hospitalaria está realmente comprometida, y por lo tanto no se pierden los esfuerzos invertidos en mejorar la organización para la calidad⁷.

2. Delimitar el ámbito de la asistencia efectuada en el servicio

Para delimitar o dimensionar los servicios que se prestan, debe responderse a la pregunta: *¿Qué hacemos en este servicio?*

Las respuestas deben ponerse en forma de inventario extenso, de manera que se recojan todos los aspectos relacionados con: circuitos de pacientes en el interior del servicio, actividad clínica o tareas que se realizan y quién las realiza, diagnósticos, y finalmente dónde se realiza la asistencia.

3. Identificar aspectos importantes de la asistencia

Desde un punto de vista de la mejora de la calidad, son aspectos importantes de la asistencia aquellos que son susceptibles de mejora. En este punto, el personal del servicio debe responder a la pregunta: *¿Cuáles de las cosas que hacemos son importantes?* Para ello se deben valorar todos los aspectos del dimensionado realizado previamente. Se dará prioridad a:

- Aspectos de la asistencia que se producen con frecuencia o afectan a un *volumen* importante de pacientes.
- Los aspectos que están relacionados con el *riesgo* para los pacientes porque no se produzcan, o bien se realicen de forma incorrecta.
- Aspectos de la asistencia que ha mostrado previamente *tendencia a producir problemas* para el personal o los pacientes.

De esta forma puede iniciarse el proceso de evaluación y monitorización de los aspectos de la asistencia que se han considerado prioritarios debido a su mayor impacto sobre los pacientes.

4. Diseño y desarrollo de indicadores de calidad

Un indicador es una variable que hace referencia a algún aspecto de la asistencia considerado como relevante, que puede ser fácilmente cuantificado⁸.

Los indicadores pueden hacer referencia a la estructura, al proceso o a los resultados de la asistencia. Los primeros, indicadores de estructura, miden los aspectos de inversión en la asistencia, que son los recursos materiales y los recursos humanos del servicio.

Los indicadores de proceso hacen referencia a todas las actividades desarrolladas por los profesionales con el objetivo de atender a un paciente (p.ej.: tiempo transcurrido hasta la fibrinólisis en los pacientes diagnosticados de IAM). Los indicadores de resultados hacen referencia al estado de salud del paciente después de recibir asistencia (p. ej., índice de mortalidad de los pacientes politraumatizados en la primera hora de atención en el SU).

Existe un tipo adicional de indicador, que se denomina evento centinela; suele presentarse con muy baja frecuencia, y señala algún evento no deseable que obliga, siempre que sucede, a la revisión del caso. Un ejemplo de evento centinela es el fallecimiento inesperado de un paciente en el pasillo del SU.

Los indicadores deben proceder de fuentes acreditadas, básicamente la literatura clínica y de calidad asistencial. Una vez seleccionados, deben ser formulados y desarrollados, y deben ser aprobados por el personal del servicio.

Se denomina monitorizar a la observación de las variaciones que se producen en los indicadores seleccionados. Permite mantener un sistema de vigilancia para el reconocimiento precoz de problemas.

5. Establecer umbrales de evaluación. Comparación con el estándar

El indicador puede dirigir la atención hacia aquellas áreas en las que puede encontrarse un problema. A partir de un determinado nivel, hasta el que se considera aceptable la frecuencia de producción de un problema, se sobrepasa el umbral de evaluación, y debe aceptarse en ese momento que existe un problema que debe evaluarse.

Los umbrales de evaluación, o estándares de calidad, se establecen en función de los criterios de buena práctica aceptados por todos. Pueden basarse en la literatura clínica, literatura de calidad o en la experiencia de los profesionales del servicio. Los criterios y los estándares deben ser consensuados por los miembros del servicio.

6. Reunir datos y organizar la información

Debe establecerse con claridad para cada indicador las fuentes de información, cómo se recogerá la información, con qué frecuencia, cuándo debe obtenerse

una muestra, y deben compararse los datos acumulativos con el umbral establecido para la evaluación.

7. *Evaluar los cuidados*

Cuando los datos acumulativos que hacen referencia a un indicador de calidad alcanzan el umbral de evaluación, debe determinarse primero si existe realmente un problema y analizar luego porqué se ha producido la desviación con respecto al estándar.

Los procedimientos de evaluación de problemas pueden ser mediante la organización de grupos de trabajo con el personal implicado en ese proceso, o con la realización de audits médicos.

8. *Iniciar acciones para resolver los problemas detectados*

Las acciones correctoras deben ser apropiadas a las causas que los produjeron. Tres causas frecuentes de problemas son: la insuficiencia de conocimientos, defectos en los sistemas de la organización, y conducta inadecuada. La primera se resuelve con actividades de formación; la segunda mediante cambios en la organización; la tercera y más difícil de resolver requerirá aumento en la supervisión, consejo, cambio de actividad o suprimir ciertos privilegios.

9. *Evaluar las acciones y documentar las mejoras*

¿Qué efecto han tenido las acciones correctoras? Mantener de forma continua el sistema de evaluación permitirá obtener la información necesaria para saber si ha mejorado o se ha resuelto el problema.

10. *Comunicar la información relevante a la Comisión Central de Garantía de Calidad*

Existen otras actividades de evaluación de la calidad asistencial que deben considerarse por su utilidad en el proceso de mejora de la calidad asistencial. Así,

es de gran utilidad la información obtenida del análisis de las reclamaciones y de las encuestas de satisfacción de los usuarios del servicio.

En la actualidad disponemos de herramientas que nos permiten medir la calidad asistencial con eficiencia, pero la detección precoz de problemas no consigue por sí misma ninguna mejora. Es preciso que los servicios de urgencias se organicen para proporcionar asistencia de calidad, y en este proceso deben participar todos sus profesionales.

Cualquier cambio futuro en la atención urgente y en la organización de los servicios de urgencias debe sustentarse en criterios de calidad asistencial. No podemos abstenernos.

Bibliografía

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-1748.
2. Blumenthal D. Perspectives on the quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 892-894.
3. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989; 320: 53-56.
4. Buckley L. Continuous Quality Improvement in Emergency Medicine Services: What and Why? Continuous Quality Improvements for Emergency Departments. Dallas. 1994. American College of Emergency Physicians.
5. Mayer T. Quality Improvement in Emergency Medicine. Principles and practice of Emergency Medicine. Vol 2. Philadelphia. 1992. Lea & Febiger.
6. Joint Commission on Accreditation Healthcare Organizations: examples of monitoring and evaluation in emergency. Chicago 1988. JCAHO.
7. Salluzo R. Evaluating the effectiveness of continuous quality improvement. Continuous Quality Improvement. Dallas. 1994. American College of Emergency Physicians.

Carmen Concenjo

*Coordinadora de Urgencias
Hospital Ramón y Cajal
Madrid*