
Este capítulo se publica bajo Licencia [Creative Commons BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

Tema 13a. CALIDAD ASISTENCIAL.

Introducción

La Real Academia Española define calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

La calidad asistencial constituye una constante preocupación para el conjunto de actores que intervienen en el proceso asistencial (médicos, enfermeros, pacientes, gestores sanitarios, responsables políticos, etc.).



Factores que justifican la preocupación por la calidad

En los últimos años el interés por la calidad asistencial se ha debido a una serie de factores como son:

- La variabilidad comparativa en la práctica clínica.
- El incremento de la evidencia científica en los cuidados médicos y de enfermería.
- La preocupación por el aumento de los costos
- Las muestras de insatisfacción de los ciudadanos

Calidad Asistencial

La calidad en la atención sanitaria se puede definir:

OMS

“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 conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

OMS, en su Región Europea, en el programa SPTXXI

“Medida en la que la atención sanitaria proporcionada en un marco económico determinado permite alcanzar los resultados más favorables, al equilibrar riesgo y beneficio”.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

“Grado en el cual la atención al usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos”.

Los componentes, determinantes y atributos de la calidad de la atención sanitaria son tres:

1. Los profesionales de la salud tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que ellos prestan al paciente. Esta visión de calidad enfatiza la excelencia *científico-técnica*, en la que se proveen los cuidados y la calidad de relación entre los profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente que la recibe.
2. Los determinantes claves de la calidad técnica de los cuidados son básicamente dos, la adecuación que se dan y la habilidad con la que esos cuidados son prestados. “hacer bien lo que se debe hacer”, esto va a depender de la habilidad, conocimiento, interés, tiempo y recursos disponibles para hacerlo. La calidad de relación entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: la calidad de su comunicación, la capacidad de ganar confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente.
3. Un tercer componente incluye el punto de vista de las instituciones u organizadoras proveedoras de cuidados. Esto conlleva a la preocupación por el componente económico-

organizativo de los servicios sanitarios, que deben procurar, en una situación de limitación de recursos, la accesibilidad de los usuarios a dichos servicios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización.

Así, los atributos básicos de la excelencia en la atención sanitaria se centrarán en prestar una atención:

- Segura: evitar los errores en los pacientes.
- Efectiva:
- Prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando el sobreuso o el infrauso de los recursos.
- Centrada en el paciente: proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes, bien informados y que deben ser quien finalmente guíen las decisiones clínicas.
- En el momento adecuado: evitar los retrasos innecesarios.

Componentes	Atributos
Científico- técnico	Eficacia
	Accesibilidad
	Agilidad
	Confort
Interpersonal/relacional	Efectividad
	Continuidad
	Trato
Organizativo/económico	Equidad
	Seguridad
	información

Se establecen cuatro grandes áreas de calidad asistencial:

- La calidad directa: se establecería con la medición de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes o clientes, demostrados con la curación o mejoría de la situación y mediante comprobación clínica.
- La calidad indirecta: aborda aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de obtener un mejor estado de salud, entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costes, etc.
- La calidad percibida: principalmente por el usuario de los servicios de salud, en la valoración que éste o su familia hacen de la atención y sus circunstancias.
- La calidad demostrada: es decir, la que se mide y se compara de acuerdo a parámetros previamente establecidos.

Origen del concepto

La preocupación por la calidad de la asistencia sanitaria no es algo nuevo. La preocupación por atender los pacientes con mayor calidad posible es antigua. Ya en Babilonia en el código Hammurabi, en el año 2000 a.C promulgaba la atención médica y en el que se incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados.

Ese mismo año en Egipto se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica.

En las culturas orientales, concretamente en China, se encontraron documentos que datan del año 1.000 a.C donde se desarrollan el estado de la medicina y se regulaban las competencias de los profesionales.

El trato de Hipócrates de Cos de 500 a.C recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para médicos, siendo vigentes en actualmente.

En el Tratado Galeno 200 d. C. Es un trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época.

En el siglo XIX, destaca la figura de F. Nightingale (1860) con sus trabajos sobre la mortalidad hospitalaria y que se pudiera reducir en beneficio.

Hay que destacar el Informe Flexner (1910), en el cual se ponía de manifiesto la falta de estandarización de los estudios de medicina y la deficiente formación de algunos profesionales. Como resultado las Escuelas de Medicina se redujeron de 155 a 61 y se rediseñaron el curriculum,

las estrategias de aprendizaje, las funciones de los docentes y el vínculo entre las escuelas de medicina y los hospitales.

El interés en 1914 por Dr. Ernest Codman, cirujano de Massachusetts General Hospital, en Boston por mejorar los resultados de la cirugía llevó a proponer estrategias para reducir la variabilidad en las tasas de mortalidad relacionadas con los procesos quirúrgicos, y permitió en el inicio en materia de acreditación sanitaria y de evaluación de resultados.

Al comienzo de los años cincuenta, en EEUU, al Joint Commission on Accreditation of Hospitals, empezó a exigir estándares de calidad a los hospitales acreditando a aquellos centros que satisfacían estándares y que suponía representaban las capacidades para hacerlo bien.

Dimensiones de la Calidad

- **Competencia profesional o calidad científico-técnica:** Hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y aportar satisfacción a los receptores de la atención médica. En el ámbito individual incluye capacidad técnica y trato interpersonal. Al nivel de grupos, instituciones o sistemas se refiere al modo del funcionamiento global de los mismos. Es la dimensión más valorada, en general, por los profesionales sanitarios.
- **Eficacia:** es aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones óptimas.
- **Efectividad:** Consiste en la capacidad real de una intervención, un procedimiento diagnóstico, un tratamiento, etc... para mejorar la salud del paciente o de la población.
- **Eficiencia:** Es el grado en que una tecnología, una intervención o una organización efectúa la máxima contribución a las objetivos de salud definidos dados los recursos disponibles. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costes de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos que analiza la relación entre recursos y resultados, y la referente a la productividad, que analiza la relación entre recursos y procesos.
- **Accesibilidad:** se refiere a la facilidad para la utilización de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario a un individuo o un grupo de individuos. Se vincula a la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que incluye variables económicas (gratuidad, copago u otras), variables geográficas (distancia entre lugar de residencia y los centros asistenciales, calidad de la red de transporte público), existencia o no de determinadas

tecnologías y servicios asistenciales (disponibilidad), barreras burocráticas, variables de índole cultural (grado de alfabetismo y comprensión del idioma) y variables regulatorias (derecho a prestaciones).

- **Satisfacción del paciente:** es un concepto que hace referencia a la percepción y valoración que los usuarios hacen del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.
- **Aceptabilidad:** Es el grado de colaboración del paciente. La medida en que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y los cuidados prescritos.
- **Adecuación:** se refiere al uso de tecnologías, recursos o intervenciones médicas de eficacia probada en situaciones o poblaciones en las que no son efectivas.
- **Continuidad:** Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones.
- **Privacidad:** Respeto a los derechos del paciente, confidencialidad en la distribución y difusión de los datos de su enfermedad.

Herramientas para la medición

Criterios

Se definen como aquella condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad.

Conjunto de normas o reglas que se deben cumplir para decir que un actividad esta realizada correctamente.

Los criterios deben ser:

- **Válido:** tiene que se capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado.
- **Fiable:** si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos establecido.
- **Sensible:** si aquello que medimos varia, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación.
- **Simplicidad:** detallados y precisos.
- **Aceptabilidad:** basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia.

- Adaptables a los recursos de los profesionales.
- De carácter universal.

Indicador

- Son variables que permiten medir los resultados obtenidos con la implantación del programa, proceso, etc.
- Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.
- Normalmente es forma numérica que en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.

Estándar

- Nivel óptimo de las variables de un programa.
- El grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad.
- Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador. Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que estamos cumpliendo con el criterio de calidad que habíamos definido y que las cosas transcurren conforme a lo previsto. Normalmente se expresa en porcentaje.