

Estrategias para la mejora de la calidad de los servicios de salud: Aportación de la Medicina Familiar

**I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar
Sevilla, España. 14-17 Mayo de 2002**

El presente artículo corresponde a la primera parte del 2º documento elaborado durante la I Cumbre Iberoamericana, denominado "Estrategias para la Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud: Aportación de la Medicina Familiar", cuyos autores son: Javier Domínguez del Olmo, México; Vicenc Thomas Mulet, España; Georgina Farfán, México; Oscar Fernández Fuentealba, Chile; Hernán Montenegro, Chile; Adolfo Rubinstein, Argentina; Antonio Torres Olivera, España.

PRESENTACIÓN

La preocupación por la mejora de la calidad en los servicios de salud constituye un foco de interés para los diferentes actores del sector sanitario, formando parte de los planes y estrategias que se están definiendo en los últimos años. La Calidad, desde esta perspectiva, se observa como una oportunidad para lograr un sistema más efectivo y más eficiente y por lo tanto para afrontar de forma más adecuada los nuevos retos que se han de abordar en el comienzo del nuevo milenio.

Cuando se habla de mejorar la calidad de los servicios de salud, debe hacerse desde una perspectiva amplia y actual del concepto calidad, más allá de los elementos técnicos que la conforman, incorporando expectativas de los profesionales, pero sobretodo, teniendo en cuenta las necesidades y deseos de la población, considerando que probable-

mente sea esta el motor más importante de cambio en un futuro cercano.

Desde esta perspectiva, la Medicina Familiar (MF) puede y debe ocupar un espacio estratégico en un nuevo escenario de salud, pero para ello debe hacerse un importante esfuerzo de adaptación a los nuevos requerimientos que plantea la sociedad, que no solamente exige una protección adecuada de su salud, sino que esta se haga en un escenario accesible, confortable, donde las decisiones clínicas se tomen basadas en la evidencia científica disponible y la asistencia tenga cada día un carácter más personalizado. Debe entonces, darse respuesta a un sistema más transparente y con mayor protagonismo de la población, pero también con mayores expectativas de desarrollo de los profesionales que trabajan en él, sin olvidar la necesidad de hacerlo desde la eficiencia que garantice su sostenibilidad.

En este sentido, se hace necesario establecer alianzas estratégicas, que permitan ofrecer servicios integrados con una mayor capacidad de resolución en el primer nivel de atención. Para ello, se requiere impulsar una nueva distribución de los recursos, sobretodo en lo que se refiere a ubicación de tecnologías; un replanteamiento de los mapas de competencia profesional; y un mayor y mejor acceso al conocimiento a través del desarrollo de las tecnologías de información.

Sin embargo, sin el desarrollo de modelos que privilegien la adecuada cooperación entre los niveles asistenciales implicados en el proceso de atención a la salud, lograr lo anteriormente propuesto será sumamente difícil. No debe olvidarse que la continuidad asistencial es, igualmente, una dimensión de calidad exigible y que debe de situar a la MF en una posición activa ante nuevos modelos de relación que la favorezcan.

Este documento, elaborado expresamente para la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar por profesionales interesados en el tema de la Calidad, aborda, de manera más detallada, estos y otros conceptos en torno a la aportación de la MF a los procesos de mejora continua de la calidad. Pretende servir como base para el debate y la reflexión, que permitan generar ideas y propuestas que se conviertan, a corto plazo, en líneas de acción para todos aquellos comprometidos en la mejora de los servicios de salud que se ofrecen a la

población de los países de la región iberoamericana.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de países Iberoamericanos estamos asistiendo a una creciente exigencia de mayor calidad de los servicios por parte de la población. Los usuarios de los servicios de salud no son ajenos a esta corriente; toda la sociedad exige calidad y eficiencia a los profesionales de la salud. Por otro lado, la calidad es observada desde los escenarios de planificación y toma de decisiones, dándole un carácter preferencial en la formulación de planes y estrategias de los diferentes actores implicados, y siendo un elemento presente en la formulación de políticas para el sector sanitario. Se ha convertido, pues, en una oportunidad de desarrollo y una forma de dar respuesta a los nuevos retos y necesidades.

En esta era de la información, la sociedad concede mayor protagonismo y prioridad a la salud, exigiendo servicios adecuados e integrados, de alta calidad, en los que las decisiones se basen en una evidencia científica, y en los que se cuente con profesionales altamente competentes. Además, demanda servicios rápidos, accesibles, sostenibles y eficientes. Es decir, los usuarios se convierten en el centro del sistema sanitario, y por tanto sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción deben considerarse como elementos de referencia fundamentales para una política de mejora continua de calidad.

La apuesta por la calidad se basa en trabajar todos los aspectos o dimensiones que definen la calidad asistencial, en un contexto complejo y cambiante, donde intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes, actuando en tiempos distintos con un objetivo final común: dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población.

¿Qué es la calidad asistencial?. Es, antes que nada, un concepto multidimensional y dinámico. Se le puede definir como aquella que da lugar a "provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario".

El substrato teórico de la mejora continua de la calidad se basa fundamentalmente en cuatro premisas:

- *La orientación hacia el usuario:* la calidad podría ser definida como la "capacidad para satisfacer las necesidades de las y los usuarios".
- *La orientación a los procesos asistenciales:* entender y mejorar los aspectos de la continuidad asistencial y de la adecuación de los procesos asistenciales, donde intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes, actuando en tiempos distintos con un objetivo de resultado final común: la satisfacción de las necesidades de la población.
- *El protagonismo de los profesionales:* el mayor capital de cualquier organización son sus trabajadores y su capacidad para convertir ideas en acciones. Uno de los puntos cruciales de la mejora de la calidad es buscar la manera de mejorar aquello que ya se hace bien.
- *La necesidad de basarse en el pensamiento científico y en la evidencia científica:* la mejora de la calidad se ha de basar en hechos, no en intuiciones. Por este motivo se deben diseñar instrumentos para medir la mejora de la calidad.

Mejorar la calidad de los servicios que proporcionan los médicos de familia a la sociedad es en primer lugar una obligación ética, pero es además una necesidad que todos los profesionales sanitarios tienen que asumir para poder adaptarse al entorno social. Involucrarse

en esta estrategia solamente puede reportar beneficios a los propios profesionales, al sistema sanitario y sobre todo a las y los usuarios.

En muchos países el ejercicio profesional del médico de familia se ha considerado tradicionalmente de poco interés desde el punto de vista académico y científico por suponerse que en este nivel asistencial no puede realizarse una medicina con una buena calidad científico-técnica, que no pueden realizarse actividades de interés, y que no hay conocimientos, habilidades y aptitudes que enseñar. Ciertamente estos argumentos son incorrectos, pero hacen ver la necesidad e importancia de mejorar la calidad de la atención primaria y reforzar la idea de que es posible dar una asistencia de calidad en este campo asistencial.

Cada día se visualiza con más fuerza que lo que se espera de los médicos de familia es que otorguen servicios de la máxima calidad posible dentro del nivel de conocimientos científicos actuales y de las posibilidades y recursos disponibles. Mejorar la calidad de la atención debe ser un objetivo prioritario de los médicos de familia y un componente inseparable de la práctica asistencial diaria. También es cada vez más evidente que es posible conseguir estas mejoras, y que al iniciar estas actividades los profesionales pueden obtener multitud de ventajas.

Anteriormente se apuntaba que la mejora de la calidad puede beneficiar a los profesionales, a los servicios de salud y a los pacientes. El profesional que pone en marcha acciones para mejorar la calidad asistencial se legitima ante los pacientes y la sociedad, protege a sus pacientes -al mantener y mejorar su competencia profesional-, aumenta la confianza de sus pacientes, conoce mejor lo que está haciendo, y detecta defectos organizativos o de otro tipo. Consecuentemente, estas acciones de mejora

ayudan al profesional a determinar qué acciones emprender, le facilitan la toma de decisiones —al mejorar la probabilidad de no equivocarse—, le ayudan a disminuir la incertidumbre y la variabilidad de las tomas de decisión, y se convierten también en insumos para la investigación.

Las acciones de mejora de calidad contribuyen a que los profesionales incrementen su competencia y se sientan más satisfechos con su labor. Adicionalmente actúan como un potente efecto motivador y se convierten en un nuevo estímulo para seguir mejorando.

Para lograr lo anterior es preciso un compromiso muy amplio en los servicios de salud que involucre a todos los actores potenciales. Es necesario crear una cultura organizativa que incorpore todos los elementos requeridos para orientar la organización hacia una atención de calidad, ofertando productos de calidad contrastada, estableciendo una comunicación fluida, definiendo criterios de calidad, definiendo la responsabilidad individual en la mejora de la calidad, estableciendo objetivos claros e instaurando estilos de gestión flexibles y participativos, que faciliten el cambio y la mejora de la competencia profesional. Las organizaciones que abrazan la mejora continua de la calidad requieren unos gestores con capacidad de liderazgo, credibilidad y predisposición para aprender y enseñar, muchas veces con el ejemplo.

Existe ya un consenso general en que los usuarios deben adquirir un mayor protagonismo, y para responder a sus necesidades y expectativas es imprescindible conocerlas a través de métodos técnicamente adecuados. Una vez conocidas, la planificación es el instrumento que permite asegurar la accesibilidad, la continuidad, la adecuación de recursos, y el mantenimiento de la competencia profesional, entre otros. A su vez, la evaluación continua permite tomar nuevas y mejores soluciones.

Generalmente, se considera que a los usuarios de los servicios sanitarios les es difícil valorar la calidad técnica, pero esto no significa que no puedan evaluar otros aspectos también importantes. Está demostrado que los factores que influyen realmente en la valoración de la calidad por parte de la población suelen ser de otro tipo. Por ejemplo, debe tenerse en cuenta que cualquier persona, antes de entrar en la consulta, ha recibido ya múltiples señales de la calidad del servicio: facilidad y amabilidad en la atención telefónica, adecuación de horarios de asistencia, estado del centro de salud, puntualidad, etc.

Para romper el mito de la asociación entre calidad de atención y la calidad técnica, es interesante situarse en la posición del usuario e intentar comprender sus necesidades. En este sentido, algunos aspectos relacionados con la calidad valorados habitualmente son:

- *Capacidad de respuesta.* Es la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido, incluyendo la respuesta ante situaciones habituales e imprevistas.
- *Fiabilidad.* Es la capacidad de realizar el servicio de forma correcta y de cumplir lo prometido. Incluye la coherencia en la información, la consistencia de las actuaciones, la puntualidad y el respeto a la capacidad de decisión del usuario.
- *Elementos tangibles.* Son los que el usuario puede ver y/o tocar. Incluye la apariencia de las instalaciones, de los aparatos, del personal, de los materiales de comunicación, así como de los productos de la atención —lo que se llevan de la consulta—: dietas, recomendaciones, recetas, etc.
- *Empatía.* Interés por conocer y entender al paciente y sus necesidades. Contempla aspectos de interés personal, comunicación y disponibilidad de tiempo.
- *Profesionalidad.* Capacidad de dar un servicio con una competencia técnica

adecuada, acompañada de cortesía, sensación de seguridad, credibilidad y confidencialidad. Tiene un sentido más amplio que la competencia científico-técnica, puesto que contempla también aspectos de trato y de relación proveedor-usuario.

- *Longitudinalidad y continuidad.* Seguimiento de la atención del usuario y de sus problemas de salud a lo largo del tiempo, siendo uno de los aspectos más importantes en atención primaria.

Todas estas premisas y consideraciones conceptuales van a definir la aplicación de políticas de mejora de la calidad en los diferentes ámbitos, y se puede observar que aunque existen elementos comunes a todos los programas de calidad, su grado de desarrollo es diferente en diversos países. Por ejemplo, en el caso de algunos de los países analizados para la estructuración de este documento —Argentina, Chile, España y México—, los elementos comunes destacables son:

- Compromiso e involucramiento de las autoridades sanitarias (aunque con importantes diferencias incluso dentro del mismo país).
- Consideración de la población como eje de los servicios de salud.
- Formación y mejoramiento de la competencia técnica.
- Introducción de sistemas de acreditación.
- Promoción del diseño de guías clínicas.
- Establecimiento de indicadores para el monitoreo y evaluación.

Como fue señalado anteriormente, la calidad es un concepto dinámico y que debe adaptarse a cada contexto. Existe una metodología que ha demostrado ampliamente su utilidad, pero no sirven moldes ni fórmulas rígidas. Habrá una serie de variables específicas de cada país que determinarán las líneas estratégicas y prioridades en políticas de calidad.

BASES CONCEPTUALES

¿Cuál es el aporte que la MF puede realizar para al mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud?

Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero es optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible, el segundo es minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. Estos principios, para ser alcanzados, necesitan muchas veces armonizarse de manera tal de evitar que uno se logre a expensas del otro. A medida que aumenta el conocimiento, los médicos se han volcado a la especialización creciente -entre otros motivos- en el supuesto de que es imposible conocer todo acerca de todos y cada uno de los problemas de salud. Esta tendencia a la super-especialización ha fragmentado la atención a través del desarrollo de médicos con interés y competencia sólo en enfermedades o áreas específicas. A pesar de que éste modelo puede proveer cuidados muy eficaces en el caso de enfermedades individuales, es improbable que provea cuidados básicos muy efectivos.

La especialización orientada al tratamiento de enfermedades no puede maximizar la salud porque la promoción de un funcionamiento óptimo del individuo y su familia o la prevención de problemas de salud requiere de una perspectiva más amplia que la que puede lograr un especialista. Las enfermedades no se desarrollan aisladamente sino que se experimentan en el tiempo. Por lo tanto, el especialista puede ser el recurso más apropiado para el manejo de un problema definido en un momento determinado, pero es el generalista a quien se necesita para integrar los múltiples problemas que un individuo o familia padecen a lo largo de su vida. Por otra parte, la especialización no sólo ha producido una descontextualización

de los problemas, sino que también ha traído aparejado una desintegración o negación de la esfera psicosocial de las personas, y en muchos casos una despersonalización profunda de la atención con deterioro de la relación médico-paciente. Ello conspira no sólo contra la satisfacción del usuario, sino también contra la eficiencia de las prestaciones.

La organización de los sistemas de salud en niveles definidos por los servicios incluidos en cada uno; primario (atención primaria y emergencias), secundario (atención de las especialidades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e internación), y terciario (alta complejidad), es una premisa básica para el funcionamiento eficiente de los mismos.

Un sistema de atención médica orientado a la especialización presenta un claro problema ya que es virtualmente imposible asegurar la equidad. Ningún sistema tiene recursos ilimitados para proveer servicios de salud. Dado que los especialistas verticales son más caros que los especialistas horizontales (generalistas), son también menos accesibles para la gente con menos recursos. Como puerta de entrada del sistema, los médicos de atención primaria deben coordinar la atención no sólo en el primer nivel sino en todos los niveles, de manera de asegurar eficiencia y equidad en el acceso a los servicios necesarios, basados en el uso apropiado de los servicios.

El gasto en salud ha sido una de las variables económicas cuyo crecimiento real más se ha acentuado en las últimas décadas. Aunque la salud es percibida por la población como un derecho inalienable y por lo tanto la demanda puede considerarse infinita, los recursos no lo son. Desafortunadamente, no se han desarrollado de manera eficiente mecanismos que operen para controlar su gasto. La escalada de gastos en este sector es una característica que se viene observando en casi todos los países

industrializados. En los últimos veinte años, muchos de ellos han aumentado su gasto en salud como porcentaje del PIB. Estados Unidos pasó del 8,5% a fines de los '70 a 14% en la actualidad; Gran Bretaña durante el mismo período pasó de 6% a 7,5%; Canadá del 8% a 10%; y Alemania del 8% a 10%. Las causas del incremento son múltiples: la inflación del gasto en salud (ajustada por inflación general), el aumento de la cobertura, el incremento de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional, la ineficiencia y la sobreutilización de servicios y la aparición de nuevas enfermedades, entre otras.

Además de países como Gran Bretaña, Canadá, Australia o Dinamarca, con modelos de sistemas de salud centrados en la atención primaria ofrecida por médicos generalistas y equipos de salud familiar, casi todos los países europeos han reformado sus sistemas en los últimos 15 años (España, Alemania, Holanda, Suecia y Portugal, entre otros) implementando esquemas de cobertura universal más equitativos y más accesibles. En la mayoría de ellos y de distintas maneras, el médico de familia en particular y los profesionales de atención primaria en general, se han constituido en eje del sistema de atención médica. Estas reformas se están produciendo, de manera dispar, en Estados Unidos (motorizados por seguros privados), en los países de Europa del Este y repúblicas en transición de la ex-Unión Soviética, en países del sur y sudeste asiático y en países del sur de África.

En Latino América, Cuba es ejemplo de un país cuyo sistema de salud, sorprendente por los resultados obtenidos a pesar de sus obvias limitaciones, está centrado en la atención primaria coordinada por médicos de familia. Muchos otros como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y República Dominicana, se encuentran sumidos en procesos de re-

forma de sus respectivos sistemas de salud con un sesgo definido hacia la atención primaria donde el médico de familia adquiere un rol protagónico. En todos, el principal objetivo es armonizar universalidad y equidad de la cobertura con posibilidades de financiación de la misma.

La MF como especialidad tiene una clara orientación de continuidad e integralidad en sus acciones. Continuidad, entendida como el acercamiento a los individuos y sus familias a lo largo del ciclo vital, mediante intervenciones horizontales que permiten una interacción médico-paciente-familia a largo plazo. Integralidad, desde diferentes dimensiones como la bio-psico-social, la preventiva-curativa-rehabilitatoria, o la individual-familiar-comunitaria. Estas dos dimensiones, le permiten más eficientemente, la incorporación de iniciativas de calidad con enfoque continuo e integrado.

Además, los modelos de atención basados en la MF, deben utilizar esquemas de gestión sensiblemente diferentes a los esquemas hospitalarios, en donde se puedan garantizar acciones de atención primaria de gran impacto y bajo costo, orientadas a resolver problemas de alta frecuencia y baja complejidad. Por ello, al ser la MF una especialidad que articula estos diferentes elementos, puede promover con mucha mayor facilidad, el uso combinado o simultáneo de herramientas diversas de calidad.

La MF se basa en la atención del individuo y su familia. Su enfoque filosófico le permite desarrollar procesos de interacción proveedor-usuario mucho más cercanos y continuos. Herramientas como la consejería o el consentimiento informado son esenciales en su instrumentación operativa. De ahí que la orientación basada en las necesidades de los usuarios es ya un elemento natural de la MF que permite ofrecer a la sociedad una mejor calidad.

La mayor parte de los sistemas de salud de los países de la región tienen estructurados sus servicios en niveles de atención, siendo el primer nivel en donde se atienden el mayor número de problemas de salud, y en el que las intervenciones preventivas se realizan de manera sistemática. El nicho de acción de la MF es precisamente el primer nivel de atención, y por ello, cualquier iniciativa de mejoramiento de la calidad a partir de una visión sistémica de la red de servicios invariablemente encontrará en ella un punto de apoyo medular. La continuidad y la integralidad de la atención que se brinda en la MF permiten la construcción de indicadores de desempeño que puedan medir el impacto de las intervenciones, tanto preventivas como curativas y/o rehabilitatorias, a lo largo del ciclo de vida individual y/o familiar.

Ciertamente la MF ofrece ventajas comparativas importantes para iniciativas de mejoramiento de la calidad por lo que es necesario evaluar de qué manera estos cambios sistémicos pueden servir de oportunidad para reconceptualizar los Sistemas de Salud impulsando la Atención Primaria como estrategia y la MF como especialidad médica efectora y como un modelo posible para alcanzar los ideales de universalidad, equidad y eficiencia en la atención de la salud, que cualquier sociedad que privilegie el desarrollo humano persigue.

¿Cómo evaluar la efectividad y la calidad en los servicios de salud?

Dos de las preguntas más importantes que enfrentan los tomadores de decisión de políticas de salud en todo el mundo tienen que ver con:

- i. si el gasto creciente de dinero vertido en los servicios de salud es redituable en términos de mejoramiento del estado de salud de las poblaciones y
- ii. si las diferentes maneras de financiar y prestar servicios de salud y, por lo

tanto las reformas sanitarias, hacen alguna diferencia para alcanzar mejores indicadores.

La mayoría de las intervenciones en la práctica médica, en la planificación de los servicios de salud y en la incorporación y difusión de tecnologías sanitarias, están basadas en usos, costumbres y experiencias, muchas de ellas de eficacia y efectividad no sustentada por estudios rigurosos. Por otro lado, los proveedores y financiadores de servicios sanitarios, preocupados por las crecientes dificultades para hacer frente a demandas cada vez mayores y recursos cada vez más escasos, buscan mayor eficiencia, equidad y calidad en dichos servicios y están cada día más interesados en disponer de evidencias explícitas sobre la eficacia, seguridad, y costo-efectividad de los servicios, prácticas o tecnologías que deben proveer o financiar.

Quienes deben tomar decisiones sobre que servicios cubrir o que tecnologías adoptar, se encuentran sometidos a tensiones originadas por un lado por la oferta de un número creciente de nuevos procedimientos médicos cada vez más sofisticados, más caros y más prometedores, y por el otro, por el incesante aumento de los gastos médicos.

Cuando los recursos son limitados, la atención de buena calidad puede parecer un lujo incosteable. Sin embargo, la calidad debe definirse no sólo por la disponibilidad de recursos sino también por la manera en que éstos son consumidos. Además, la pobre calidad de los cuidados tiene sus propios costos: limita el número de potenciales beneficiarios, desperdicia recursos y disminuye los ingresos financieros de las organizaciones.

La incertidumbre sobre cuáles servicios son efectivos y con qué calidad son entregados, forman parte importante de un debate iniciado hace ya varias

TEMA CENTRAL

décadas y que se ha acentuado en los últimos diez años. Esta controversia está motorizada por tres fenómenos diferentes:

1. *Ausencia de adecuada correlación entre el nivel de gasto sanitario de un país y los indicadores de salud de su población*

Los resultados agregados de salud y bienestar de una población son poco sensibles a los cambios en el gasto en salud por encima de niveles mínimos alcanzados por los países desarrollados en general y por muchos países en desarrollo entre los cuáles se encuentran la mayoría de los países Latinoamericanos.

2. *Variabilidad inapropiada observada en la práctica clínica*

En 1938 Glover reportó diferencias inexplicables en la tasa de amigdalectomías en niños de edad escolar que vivían en condados vecinos en Inglaterra. Es a él a quien Wennberg atribuye la descripción clásica del problema de la variación en la utilización de recursos en áreas pequeñas. Desde entonces y hasta hoy, se han publicado innumerables reportes que documentan la enorme variabilidad, a veces inexplicable, en el manejo de diferentes condiciones de salud, ya sean procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos en enfermedades crónicas, internaciones hospitalarias, uso de estudios diagnósticos o implementación de programas sanitarios. En muchos casos, dichas variaciones sólo pueden explicarse por inadecuadas decisiones médicas ante la incertidumbre. Cualquier servicio que evidencie mucha variabilidad está habitualmente señalando oportunidades de mejora de la calidad de atención médica.

3. *Incertidumbre acerca del impacto real que sobre la salud de las personas tiene el uso de muchas prácticas médicas*

Algunas estimaciones sitúan el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o directamente perjudiciales en

20% del gasto total. Mas aún, 20 a 25% de los procedimientos médicos realizados en EEUU están basados en indicaciones inapropiadas o dudosas. La constatación de la falta de eficacia y efectividad de muchas intervenciones médicas, algunas de ellas consideradas clásicas o tradicionales, ha producido un intenso debate en la investigación biomédica y en la práctica clínica en los últimos años, y ha sido una de los determinantes más importantes del desarrollo del movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia en los países industrializados.

¿Cuáles son los beneficios de la buena calidad en los servicios de Salud Familiar?

Si bien asegurar la buena calidad es una obligación ética de los prestadores de los servicios de salud, hay creciente evidencia de que la buena calidad presenta también beneficios tangibles a los usuarios de estos servicios. Estas ventajas incluyen al menos:

- Mayor seguridad y efectividad de las intervenciones clínicas: Los servicios de pobre calidad pueden producir complicaciones o conducir a tratamientos incorrectos, inapropiados o discontinuos.
- Mayor satisfacción y continuidad en la atención: La buena atención atrae, satisface y retiene a los pacientes ofreciéndoles los servicios, insumos, información y soporte emocional que necesitan para enfrentar sus necesidades.
- Cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones: La calidad de los servicios tiene un impacto positivo sobre la adecuación y continuidad de los tratamientos y recomendaciones efectuadas por los proveedores
- Mayor satisfacción de los proveedores: Los profesionales encuentran mayor satisfacción personal y profesional en sus trabajos cuando pueden ofrecer a sus pacientes cuidados de calidad y sentir que su atención es percibida como valiosa.

- Mejor imagen y competitividad institucional: Las instituciones conocidas por su alta calidad son más competitivas para atraer y retener pacientes.
- Mejor accesibilidad a los servicios: acceso a los servicios necesarios es mucho más que una cuestión de distancia geográfica. El acceso también se compromete cuando no hay personal calificado, la atención es irregular, no hay insumos, los servicios son caros o hay barreras médicas innecesarias.

¿Cómo evaluar la Calidad en MF y Atención Primaria?

El proceso de selección, implantación, monitoreo y evaluación de medidas a ser utilizadas como indicadores de desempeño y calidad de los servicios de salud familiar, representa un desafío considerable por las particulares características de estos servicios. La evaluación de calidad en Medicina Familiar compromete no sólo la medición del desempeño clínico sino también el desempeño de los sistemas, la integración de servicios en los diferentes niveles de atención y el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes y de la información. Algunos reportes recientes, como el elaborado por el Servicio Nacional de Salud inglés, se basan en un marco que contiene seis dimensiones clave relevantes para los pacientes:

- Mejoramiento de la salud.
- Equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Entrega efectiva de los servicios.
- Eficiencia.
- Experiencia de los pacientes y cuidadores.
- Resultados clínicos y sanitarios.

El proceso de medición de la Calidad en atención Primaria debe guardar relación con el uso de indicadores de desempeño que capturen los datos relevan-

tes de las diferentes dimensiones de los servicios de salud.

Por lo tanto, estos indicadores deberían:

- Ser atribuibles al desempeño de los servicios de salud.
- Ser sensibles al cambio.
- Basarse en información válida y reproducible.
- Ser definidos con precisión.
- Reflejar áreas clínicas importantes.
- Incluir diferentes dimensiones de cuidados.

Los atributos de desempeño organizacional tienen que ver con "hacer las cosas correctas" (adecuación, disponibilidad y eficacia) y "hacer las cosas correctas, correctamente" (efectividad, eficiencia, respeto y compasión, seguridad, oportunidad). Para aquellos indicadores que intentan reflejar adecuación, disponibilidad, eficacia y efectividad, debe existir evidencia robusta de que las intervenciones sobre las cuáles se basan conducen a mejores resultados clínicos.

¿Qué dimensiones deberían tenerse en cuenta para la Selección de Indicadores de Calidad en MF?

Todos los aspectos fundamentales que hacen a la práctica de la MF (primer contacto, accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación) son atributos esenciales para la medición de calidad en esta especialidad y pueden resumirse en cinco dimensiones de cuidados que toman en cuenta el proceso o el resultado de las intervenciones clínicas en atención primaria. De acuerdo a Bárbara Starfield, estas son: 1) el acceso a los componentes necesarios del cuidado, 2) la calidad técnica, 3) la adecuación y pertinencia de las intervenciones, 4) los resultados, 5) la satisfacción con el proceso de atención, y 6) algunas características no clínicas.

1. Acceso

El acceso a los servicios puede ser problemático si hay barreras geográficas o

financieras. La evaluación de barreras para el acceso oportuno a los servicios se puede realizar por medio de encuestas en puntos de atención médica, postales, telefónicas o domiciliarias. Otros aspectos pueden evaluarse utilizando las historias clínicas. En el contexto del proceso de atención, el acceso está relacionado a la evaluación acerca de si los usuarios han recibido los cuidados apropiados de acuerdo a su perfil de edad, sexo o grupo de riesgo en los cuidados preventivos o de la dolencia o enfermedad en el caso de los cuidados terapéuticos agudos o crónicos. Ejemplos de indicadores de acceso pueden ser el porcentaje de población beneficiaria que consulta al año con el equipo de Salud Familiar, porcentaje de controles prenatales sobre estándar, porcentaje de población susceptible que recibe prácticas preventivas, etc.

2. Calidad Técnica

Consiste en alcanzar los estándares de atención para el reconocimiento de las necesidades de los pacientes, las decisiones y procedimientos diagnósticos, y el manejo y tratamiento de enfermedades. Ejemplos de indicadores pueden ser tasa de hipertensos controlados, tasa de diabéticos con seguimiento apropiado, porcentaje de otitis media en los niños tratadas apropiadamente, porcentaje de pacientes con tuberculosis con supervisión directa del tratamiento, etc.

3. Adecuación y Pertinencia

Se relaciona con los procedimientos que, acorde a los criterios científicos estándar, están sujetos a variación probablemente inapropiada, tanto sobreutilización como subutilización de prácticas o procedimientos. Ejemplos de indicadores de pertinencia pueden ser la tasa de cesáreas, de internación de pacientes crónicos (diabéticos, asmáticos), etc.

4. Resultados

Resultados sanitarios relevantes pueden implicar indicadores de mortalidad pre-

matura y sanitaria evitable (MIMPSE), indicadores de morbilidad específica de condiciones crónicas, etc. Esta información es habitualmente recolectada a través de registros de organismos públicos, encuestas telefónicas, auditoría de historias clínicas, cuestionarios postales, etc.

5. Satisfacción de usuarios

Ciertos aspectos de la calidad de los cuidados deben ser recabados periódicamente por medio de encuestas de satisfacción. Para evitar los sesgos de selección atribuibles a la utilización de muestras de conveniencia en los puntos de servicio (pacientes que consultan), es necesario incluir muestras aleatorias de la población beneficiaria de los servicios de salud familiar, independientemente de que hayan contactado al sistema de atención.

6. Características no clínicas

Otras características no relacionadas con la interacción entre médico-equipo de salud y pacientes pero relevante como indicador de calidad de los servicios de atención primaria tiene que ver con la implantación de indicadores de continuidad, de calidad de los registros y de la historia clínica, y de las condiciones de confort, adecuación y seguridad del ámbito de atención clínica.

¿Cuál debiera ser el abordaje para la evaluación de la Calidad de los Médicos de Familia y los equipos de salud Familiar?

Cuatro aspectos son importantes cuando se intentan evaluar los servicios de atención primaria desde una perspectiva amplia: 1) aspectos estructurales de los servicios, 2) entrega de servicios, 3) desempeño clínico, y 4) evaluación del estado de salud.

1. Aspectos estructurales de los servicios

Tienen que ver con la calificación de los recursos humanos, las características de los centros de atención en cuanto a in-

TEMA CENTRAL

fraestructura y equipamiento, el tipo de financiamiento de los servicios y el rango y extensión de la cobertura y del paquete de prestaciones. Ejemplos de indicadores pueden ser la proporción de médicos certificados como médicos de familia, la proporción de enfermeros profesionales, la extensión de los servicios que se proveen, etc. Si bien los indicadores de estructura son más sencillos de medir, no necesariamente se relacionan con el proceso de atención clínica y los resultados de las intervenciones.

2. Entrega de Servicios

Evalúa los aspectos conceptuales que hacen a la práctica clínica de los profesionales de atención primaria: primer contacto, continuidad y longitudinalidad, integralidad en los cuidados y coordinación. Ejemplos de indicadores pueden ser el porcentaje de consulta al ESF por episodio de cuidado (primer contacto), porcentaje de consultas de primera vez/consultas totales (continuidad), identificación del médico de cabecera, porcentaje de consultas al médico de familia/consultas totales (longitudinalidad), Índices consultas generalista/especialista (coordinación), etc.

3. Desempeño clínico

Este componente evalúa la manera en que los problemas que aquejan a los individuos son resueltos en el nivel de atención primaria. Los indicadores pueden estar focalizados a las prácticas preventivas o al manejo de condiciones específicas en atención médica primaria. Reflejan las competencias profesionales en cuanto a la calidad técnica en la provisión de servicios. Ejemplos de este componente son los que reflejan el proceso de atención de las poblaciones de riesgo o grupos vulnerables (madre, niños, ancianos), prácticas preventivas en población susceptible, manejo de condiciones crónicas, etc.

4. Resultados

Evalúa los resultados clínicos y no clínicos

de las intervenciones sanitarias. Inicialmente, los resultados sanitarios eran evaluados por medio de las tasas de mortalidad porque generalmente estaban disponibles a diferencia de otras medidas de resultado y contaban con sistemas de codificación comunes (CIE) que permitían efectuar comparaciones entre regiones o países. Hacia los '80, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) desarrolló un sistema de codificación para problemas de atención primaria que permitió codificar la morbilidad y los problemas en este ámbito de atención. Actualmente instrumentos tales como Cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud tales como el SF-36, el EuroQol, el QWB así como instrumentos que miden la satisfacción de los usuarios con las experiencias de atención (CAHPS) están siendo ampliamente utilizados en APS como indicadores de resultado. Asimismo, algunos indicadores de desempeño clínico que reflejan resultados intermedios pueden usarse dentro de esta categoría.

Es importante señalar que cualquier indicador que se seleccione debe reflejar atributos sensibles a las características y desempeño de los servicios de atención primaria en general y de los médicos de familia en particular. De hecho, muchos indicadores de impacto que reflejan resultados finales (reducción de la mortalidad infantil, materna, etc.) son sensibles a cambios macro en la organización y entrega de los servicios de salud que están fuera del alcance inmediato del médico de familia. Por lo tanto, es importante que los indicadores se seleccionen por lo que cada componente del sistema pueda responsabilizarse y dar cuenta.

¿Qué estrategias habría que implementar para mejorar la Calidad de las intervenciones clínicas?

Distintas estrategias se han desarrollado con el objeto de reducir la variación

inapropiada atribuida a variables relacionadas con el estilo de práctica clínica: i) Primer contacto obligado con un médico de atención primaria, ii) revisión de utilización y perfilamiento de patrón de atención médica (auditoría y *feed-back*), iii) barreras administrativas y iv) cambio de modalidad de pago e incentivos financieros. Sin embargo, el mayor desafío ético consiste en anteponer la racionalización al racionamiento de los recursos, incorporando herramientas útiles como la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la elaboración de Guías de Práctica Clínica consensuadas y relevantes para el contexto local.

La MBE es el continuo proceso de aprendizaje que busca integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible para aplicarla en la atención de nuestros pacientes. Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente, para asistir a pacientes, profesionales, y organizaciones, en decisiones acerca de los cuidados de salud apropiados para circunstancias clínicas específicas. La aplicación de la estrategia de la Práctica clínica basada en la Evidencia nos muestra una clara oportunidad de mejora de la calidad de los servicios provistos, reducción de la variación inapropiada y en muchas circunstancias, reducción de gastos, por lo que el rédito social en términos de eficiencia y equidad se maximiza.

En función de lo anteriormente señalado, podemos considerar dos estrategias para evaluar el rendimiento clínico de los profesionales de la salud, de acuerdo a los lineamientos expuestos por Dan Berwick. La primera consiste en inspección y disciplina para detectar la "manzana podrida" y sacarla del lote. Su teoría estadística subyacente se basa en explorar las colas de la distribución y buscar observaciones marginales o "outliers". Algunas de las intervenciones desarrolladas son la elaboración de perfiles de práctica clínica, indicadores de

rendimiento, cumplimiento de estándares mínimos, etc. Estas intervenciones señalan a los médicos que se alejan de los valores de referencia de sus pares o de los estándares de efectividad acordados. La segunda estrategia consiste en la mejora continua basada en el "arreglo" de los procesos para mejorar los resultados. Su teoría estadística subyacente se basa en explorar el cuerpo de la distribución y buscar "valores centrales". Algunas de las intervenciones desarrolladas, como se dijo anteriormente, son el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia.

Esta última estrategia es ciertamente más efectiva en el largo plazo ya que actúa sobre la mayoría de las observaciones (los médicos) que se encuentran en el cuerpo de la curva de distribución, moviéndolos hacia el lado deseado. Sin embargo, tomando los recaudos apropiados, ambas estrategias pueden ser complementadas para monitorear el rendimiento clínico y el proceso de toma de decisiones frente a la incertidumbre.

REFERENCIAS

- 1.- Basic Indicators 1998. Pan American Health Organization. World Health Organization.
- 2.- BINDMAN A B. Can Physicians Profiles be Trusted?. JAMA 1999; 281: 2142-3.
- 3.- BERWICK D M, NOLAN T W. Physicians as Leaders in Improving Health Care: A New Series in Annals of Internal Medicine. Ann Intern Med 1998; 128: 289-92.
- 4.- BROOK R H, CHASSIN M R, FLYNN M F et al. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J Technol Assess Health Care 1986; 2: 53-63.
- 5.- BROOK R H. Appropriateness: the next frontier. BMJ 1994; 308: 218-9.
- 6.- Comissió de Millora de la Qualitat. Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad en la Atención Primaria de Salud. Barcelona: 1996.
- 7.- Comisión de Mejora de la Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Al otro lado... de la mesa. La perspectiva del cliente. Barcelona: Doyma; 2000.
- 8.- DOMÍNGUEZ DEL OLMO, J. The importance of Quality in Family Practice. Archivos en Medicina Familiar 2001; 3: 17-23.
- 9.- DUNNING M, LUGON M, MAC DONALD J. Is clinical effectiveness a management issue. BMJ 1998; 316: 243-4.
- 10.- Envisioning the National Health Care Quality Report. Institute of Medicine. 2001
- 11.- Family Doctors' Journey to Quality. The WONCA Working Party on Quality in Family Medicine. Edited by M. Mäkelä, B. Booth and R. Roberts. 2001.
- 12.- FEDER G, ECCLES M, GROL R et al. Using Clinical Guidelines. BMJ 1999; 318: 728-30.
- 13.- GLOVER J A. The incidence of tonsillectomy in school children. Proceedings of the Royal Society of Medicine 1938; 31: 1219-36.
- 14.- GUIFFRIDA A, GRAVELLE H, ROLAND M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. BMJ 1999; 319: 94-8.
- 15.- KASSIRER J P. The quality of care and the quality of measuring it. N Eng J Med 1993; 329: 1263-5.
- 16.- MARQUET R. Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma, 1993.
- 17.- MARQUET R, URIS J. La mejora de la calidad en Atención primaria de Salud. FMC 1994; 1: 3-5.
- 18.- MULLEY A G, EAGLE K A. What is inappropriate care?. JAMA 1988; 260: 540-1.
- 19.- NHS Quality Performance Reports. Department of Health 2000.
- 20.- RUBINSTEIN A. Calidad en Atención Médica. en Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. A. Rubinstein (Director). Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires 2001; 74-9.
- 21.- RUBINSTEIN A. Efectividad Clínica y Medición de Resultados en Atención Primaria. Atención Primaria (España). 1999; 24 (suppl 2): 82-4.
- 22.- RUBINSTEIN A. Marco General de Evaluación de Calidad para Equipos de Salud Familiar. Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud. Argentina y Banco Interamericano de Desarrollo. Buenos Aires 2002.
- 23.- RUBINSTEIN F. Práctica Clínica y evidencia disponible. ¿Cuál es la estrategia?. Evidencia en Atención Primaria 1998; 1: 1-2.
- 24.- RUBINSTEIN F, RUBINSTEIN A. Primary Care Physicians Profiles: Do doctor's Differences explain the difference?. Journal of General Internal Medicine. 1996; 11 (Suppl 1): 83(abs).
- 25.- SATURNO P J, QUINTANA O, VARO J. ¿Qué es la calidad?. En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma 1997; 19-45.
- 26.- SATURNO P J. Qué es y para que sirve un programa de gestión de la calidad. En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma 1997; 81-114.
- 27.- SHEKELLE P G, WOOLF S H, ECCLES M et al. Developing guidelines. BMJ 1999; 318: 593-6.
- 28.- STARFIELD B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford University Press. 1998.
- 29.- The Medical Cost-Containment Crisis: Fears, Opinions and Facts. Edited by Jack McCue. Health administration Press Perspectives, Ann Arbor. Michigan 1989.
- 30.- The World Health Report 2000. World Health Organization.
- 31.- WENBERG J E. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. Health Affairs 1984; 3: 6-32.
- 32.- WENBERG J, Guittelsohn A. Small Area Variation in Health Care delivery. Science 1973; 182: 1102-8.