

Calidad asistencial (2). Aproximación práctica a la calidad en el ámbito de la Atención Primaria



R. Suárez Gutiérrez, C. A. Díaz Vázquez

Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo.

RESUMEN

Este artículo plantea una aproximación práctica a la calidad para los profesionales de Pediatría en el ámbito de la Atención Primaria.

Inicialmente se abordan conceptos tales como objetivo, indicador, meta, acciones de calidad e identificación de áreas de mejora.

Pretende dejar claro que la **calidad asistencial** se extiende más allá del **acto clínico**, y que es necesario abordar otros elementos que rodean a este y que juntos configuran lo que denominamos acto sanitario. Su eje central es el acto clínico y su desarrollo guiado por las mejores evidencias disponibles, pero el acto clínico por sí mismo no garantiza una asistencia de calidad.

Algunos de los modelos de calidad conocidos plantean estándares (o acciones clave) para alcanzar la excelencia. El abordaje y evaluación de estas acciones claves debe realizarse desde una perspectiva de mejora continua (ciclo de calidad).

Se explican herramientas para iniciar procesos de mejora en los equipos de Atención Primaria, como son REDER, PDCA y DAIME.

A la vez que una organización (un centro de salud) ha iniciado un proceso de calidad y somete este a una sistemática de mejora continua es necesario poner en marcha evaluaciones (autoevaluaciones, auditorías internas o externas), que permiten saber el grado de avance en el proceso de calidad.

Palabras clave

Gestión de la calidad. Objetivos organizativos. Meta. Estándar. Indicador de calidad. Acreditación. Certificación.

PUNTOS CLAVE

- Dimensiones de la calidad: existen elementos o dimensiones que rodean al acto clínico y que configuran junto con este el acto sanitario, y que el clínico tiende a olvidar.
- Objetivo: expresa una intención, algo que queremos alcanzar.
- Indicador: de acción o de desempeño y de resultados. Los indicadores de desempeño expresan la acción a desarrollar para conseguir el objetivo.
- Meta: la concreción del logro que queremos alcanzar en un tiempo determinado.
- SINOC: Sistema de Información Normalizado para Objetivos de Calidad, es la herramienta diseñada en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, que define los objetivos de calidad desplegados en indicadores, a abordar en las áreas y unidades de gestión clínica. Es autosuficiente y permite evaluar el contrato de calidad del acuerdo de gestión.
- DAIME: Documento-Aprobación-Implantación-Monitorización-Evaluación. Herramienta de ayuda para la gestión de los indicadores de calidad que permite el seguimiento del despliegue y evaluación (puntuación) de cada indicador.
- REDER: Resultados-Enfoque-Despliegue-Evaluación-Revisión. Herramienta para la evaluación de los subcriterios en el modelo EFQM de excelencia.
- PDCA: el ciclo de mejora de la calidad se constituye en el proceso básico para avanzar por el camino de la mejora continua. Planificar (P), Hacer (Do), Comprobar el resultado (Check) y Ajustar (A) actuando sobre él.
- Auditoría: método general de evaluación de los logros conseguidos por el sistema de calidad, que puede te-

ner carácter de autoevaluación o ser desarrollado por personas ajenas a la organización (auditoría externa)

INTRODUCCIÓN

Ámbito de la calidad

Hablamos de **acto sanitario de calidad** cuando se atienden todos los aspectos relacionados con la atención a la salud de los ciudadanos, y esta no se centra única y exclusivamente en un **acto clínico de calidad**, es decir, la atención se presta en un entorno que es seguro y confortable, en una organización que tiene en cuenta los derechos de los ciudadanos, comprometida en garantizar un trato confidencial (a los pacientes y a sus datos), que asegura la continuidad de la atención al ciudadano desde que entra en contacto con el sistema sanitario, que ejerce un liderazgo claro, y por supuesto donde el profesional realiza un **acto clínico**.

Apliquemos este razonamiento a un caso pediátrico: la primera visita de evaluación de un niño de 11 años con asma. La **tabla 1** recoge la visita desde los ojos del pediatra (es

el momento en que realiza “su acto clínico”) y también la visión del caso en clave de **acto sanitario de calidad**, es decir, recoge algunos de los aspectos o dimensiones que contribuyen a configurar el ámbito clínico y no clínico del acto sanitario.

Es habitual para el profesional sanitario no ver más allá de su acto clínico puro. El acto clínico está siempre rodeado por unos elementos no clínicos.

Resulta simplista, y erróneo, pensar que para el pediatra es suficiente ocuparse solamente de “su acto clínico”, olvidando las dimensiones que están en la periferia del mismo.

CONCEPTOS ÚTILES

Resulta interesante introducir a los profesionales de Atención Primaria en determinados conceptos, que pueden ser objeto de confusión según la fuente que se utilice.

Objetivo

Un objetivo define una intención, general o específica, de la organización. Se trata de algo que se quiere conseguir, una situación aun no alcanzada (y que se quiere alcanzar).

En este contexto un objetivo siempre esta presidido por un verbo en infinitivo: lograr, alcanzar, mejorar, asegurar, garantizar..., aunque en ocasiones no se indique, cuando el propósito del objetivo es evidente.

Por ejemplo: *Derecho de los niños y padres a la confidencialidad en su relación con el equipo pediátrico del centro de salud*

Aun carente de verbo, parece evidente que se trata de **garantizar** dicho derecho.

Indicador

Indicador en su concepción más simplista es **algo que indica**.

Un objetivo puede tener uno o más indicadores que permitan **orientarnos** al logro de objetivos.

Existen dos formas de interpretar el concepto de indicador:

- Algo que indica cómo conseguir un objetivo: “Si pretendes esto (objetivo), haz aquello (indicador)”. Técnicamente se denominan **indicadores de acción, indicadores de desempeño o inductores**.

Este tipo de indicadores expresan de manera sencilla “una forma, estrategia, acción, procedimiento... para alcanzar el objetivo, en todo o en parte”.

Tabla 1. **Acto sanitario: el ejemplo de primera visita de un niño de 11 años con asma (relación de elementos no exhaustiva)**

<p>Punto de vista del pediatra: su acto clínico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza la historia al niño 2. Lo explora 3. Realiza las pruebas diagnósticas necesarias (espirometría, pruebas cutáneas de alergia, etc.) 4. Establece un diagnóstico 5. Educa e informa al niño y su familia 6. Propone un tratamiento 7. Cita para revisión
<p>Punto de vista del pediatra que tiene en cuenta la calidad: incluye la periferia del acto clínico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad del acto clínico (punto de vista anterior) 2. Como se realizó la cita-acceso al centro (si los circuitos de citaciones del centro garantizan la continuidad de la asistencia) 3. El entorno en donde se presta la asistencia es seguro y confortable 4. Respeto de la intimidad y confidencialidad (del paciente y de sus datos) 5. El espirómetro está calibrado 6. Se conoce la fecha de apertura del envase del broncodilatador usado para el tratamiento y como se conservó 7. Los reactivos usados para las pruebas cutáneas se conservan en nevera y no están caducados 8. Dispone de consentimiento informado, tal como lo exige la ley en los casos necesarios, y lo aplican en el paciente 9. Se proporciona información al paciente y familia sobre su proceso de atención, citas, etc. 10. Los profesionales que atienden al niño son competentes y tienen formación al día

Un objetivo puede desplegarse en varios indicadores de desempeño.

Un ejemplo de indicador de desempeño puede ser: “El centro dispondrá de un protocolo de actuación ante la parada cardiorrespiratoria en niños”.

- Cuando el indicador es algo que indica lo cerca que estamos del logro, hablamos de **indicadores de resultados**.

Un indicador de resultado se diseña a partir de un indicador de desempeño: primero se establece “una forma, estrategia, acción, procedimiento, para alcanzar el objetivo, en todo o en parte” y después se define un resultado esperable, que puede ser cuantitativo. A modo de ejemplo, “si pretendes esto, qué porcentaje has logrado hasta un determinado momento”. No obstante no siempre es viable, ni necesario, desarrollar “indicadores de resultados cuantitativos”, en la medida que no siempre es posible cuantificar una acción; como por ejemplo las acciones cualitativas de “haber hecho o no algo”. En estas situaciones del “todo o nada”, del “sí o no”, el indicador de resultado equivale al indicador de desempeño adjetivado con el logro propuesto (sí realizado, no realizado).

En ocasiones un indicador de desempeño puede llevar asociados varios indicadores de resultados, e incluso indicadores de resultados cualitativos y cuantitativos.

El desarrollo de indicadores cuantitativos permite no solo medir resultados finales, sino también monitorizaciones intermedias, siendo esta una de sus principales utilidades.

En el ejemplo anterior, el indicador de resultado (cualitativo en este caso) sería: “El centro dispone de un protocolo de actuación ante la parada cardiorrespiratoria en niños: sí-no”. Las dos cualidades básicas posibles, como se observa, son: “sí-no”. Si bien pueden diseñarse situaciones intermedias: “en fase de elaboración”, etc.

Estándar

Un estándar es una especificación, algo que define una buena práctica y que diferencia esta de la que no lo es. Habitualmente se describe como una frase breve, contundente, de muy fácil comprensibilidad en general y bien formulada.

Por ejemplo: “El EAP tendrá un Plan de Emergencias”

La Joint Commission International² desarrolla su manual en base a la descripción de estándares.

Meta

No existe término más ambiguo en la bibliografía sobre planificación que el de meta.

En el lenguaje coloquial es fácil entender que la meta es el punto final al que se quiere llegar tras recorrer un determinado camino.

No obstante otros autores aplican el concepto meta a los objetivos generales, más amplios, incluso igualándolos a “objetivos estratégicos”.

Nosotros utilizaremos “meta” para referirnos a la primera acepción, que por otro lado es la que mejor visualiza cualquier persona profana en la materia. Es decir a la **concreción del logro que queremos alcanzar en un tiempo determinado**.

No es lo mismo que un indicador de resultado, que lo que hace es “decirnos en qué punto nos encontramos”. La meta nos indica a qué punto queremos llegar.

La meta, en sí, está más íntimamente relacionada con el indicador de desempeño (acción o inductor) que con el objetivo. Tal que a cada uno de los indicadores de desempeño se le puede asociar una meta, cualitativa o cuantitativa, según el caso.

Algunos ejemplo de meta podrían ser: “A 31 de diciembre de 2011 el centro dispondrá de un protocolo de parada cardiorrespiratoria en niños que se actualizara cada tres años” (indicador en relación a un procedimiento general) o “el 80% de los niños con diagnóstico de obesidad y con al menos un año de evolución deberán tener calculado al menos una vez su IMC” (meta en relación a un procedimiento específico dentro de la atención a una patología crónica).

Tabla 2. **Ejemplos de objetivo, indicadores y metas**

<p>Objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el derecho de los niños y padres a la confidencialidad en su relación con el centro de salud
<p>Indicador de desempeño (dos de los posibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo de Atención Primaria (EAP) elabora un modelo de compromiso de confidencialidad • El compromiso ha de ser firmado por todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios) implicados en la atención al niño y sus padres
<p>Indicadores de resultado (siguiendo con el ejemplo anterior)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo-El EAP (sí-no) ha elaborado un modelo de compromiso de confidencialidad. • Cuantitativo-Número y porcentaje de profesionales que han firmado el compromiso
<p>Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa: el equipo sí ha elaborado un modelo de compromiso antes de (fecha determinada) • Cuantitativa: porcentaje de profesionales que se espera haya firmado el compromiso de confidencialidad a una fecha determinada. Por ejemplo el 85% a 31 de diciembre de 2011

La **tabla 2** incluye un ejemplo que permite consolidar las definiciones y descripciones establecidas previamente aportando una visión en escala que va desde el planteamiento de un objetivo hasta la definición de la meta, pasando por el establecimiento de indicadores de desempeño y de resultados.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad tiene muchos aspectos o dimensiones, algunas de las cuales se recogen en la **tabla 3**.

A continuación se describe el alcance de algunas de las dimensiones de la calidad.

Tabla 3. Dimensiones de la calidad (adaptada del manual de estándares del JCI)

<p>Aspectos relacionados con los pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos de los pacientes y las familias • Evaluación de los pacientes • Asistencia a los pacientes (o gestión de los procesos de atención) • Educación del paciente y su familia • Seguridad de la asistencia a los pacientes y control de riesgos
<p>Aspectos relacionados con la organización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la información • Continuidad de la asistencia • Órganos de gobierno, liderazgo y dirección • Mejora de la organización • Formación y cualificación del personal • Gestión y seguridad de las instalaciones

Derechos de los pacientes y las familias

Un Equipo de Atención Primaria (EAP) debe atender a esta dimensión de la calidad, y garantizar (no olvidemos que está regulado por la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) el derecho de los pacientes al trato confidencial, respetando su intimidad, con un manejo seguro y con integridad de los datos del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial. Asimismo debe garantizar la participación del ciudadano en la mejora del equipo, y profundizar en el desarrollo de cauces de participación ciudadana.

Evaluación de los pacientes

Junto con la asistencia a los pacientes y la educación, esta es una de las dimensiones de la calidad que resultan más sencillas de entender para el profesional, ya que con-

figuran la esencia de su acto clínico. Un EAP debe tener claramente definidas que evaluaciones realiza a sus colectivos de pacientes y cuando realizarlas, además de garantizar la puesta a punto de las herramientas necesarias para la evaluación.

Asistencia a los pacientes

Constituye la esencia de las organizaciones sanitarias. Un EAP debe atender aspectos como la variabilidad en la práctica clínica (y emprender acciones para minimizarla) o garantizar la seguridad de las medicinas y materiales que utiliza en dicha práctica.

Educación de los pacientes y familias

Los EAP deben disponer de programas educativos planificados, dirigidos a los individuos sanos, enfermos, a los colectivos de pacientes y familiares; y a la comunidad.

Seguridad de la asistencia a los pacientes y control de riesgos

Se trata, por un lado, de garantizar la seguridad de la asistencia a los pacientes (en todas las situaciones) a través del control de diversos escenarios: desde garantizar el uso de la medicación o de elementos utilizados en la asistencia, a tener un sistema de prevención, vigilancia y control de la infección por ejemplo, con el objetivo de disminuir el riesgo de infección (tanto de pacientes como de profesionales).

Por otro lado se busca garantizar una adecuada gestión de los residuos y materiales peligrosos que contribuya a disminuir los riesgos derivados de la exposición laboral.

Gestión de la información

Varios aspectos definen esta dimensión de la calidad.

Por una parte está el garantizar la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos e información de los pacientes. En cuanto al manejo de historias clínicas, debe realizarse de forma protocolizada, teniendo en cuenta la normativa legal, y con evaluaciones periódicas de su cumplimentación, introduciendo acciones de mejora que tiendan a la disminución de la variabilidad a la hora de cumplimentar las historias clínicas de los pacientes.

Continuidad de la asistencia

Una organización sanitaria debe garantizar que la atención que presta a los pacientes se ofrezca de forma coordinada y sin solución de continuidad. Se trata de garantizar al

usuario que, desde que entra en contacto con el sistema sanitario, se conoce en todo momento en que situación está, prestándole la atención necesaria, a lo largo del tiempo, en cualquier nivel asistencial o profesional, dentro o fuera del equipo.

Órganos de gobierno, liderazgo y dirección

La estructura de gobierno/gestión de una organización debe estar claramente identificada. Un liderazgo fuerte basado en la competencia profesional que fomente el trabajo en equipo, la incorporación de las evidencias científicas en la práctica diaria, y que dirija al EAP en el camino de la mejora continua es una herramienta fundamental.

Ello implica la existencia de un líder o líderes, de un organigrama en el funcionamiento del equipo y de reparto de responsabilidades (de forma explícita y escrita).

Mejora de la organización

Es necesario integrar la cultura de la calidad, y de la mejora continua en la vida de los equipos de Atención Primaria: monitorizar los procesos, ver resultados y evaluarlos, y finalmente planificar e implementar las mejoras a introducir.

La mejora de la organización hace referencia al desarrollo de procesos o ciclos de mejora de la calidad (PDCA, DAIME, REDE, etc.). Tal que una organización trabaja en la mejora cuando a los procesos de calidad emprendidos le añade procedimientos de monitorización-evaluación e integra los hallazgos en un nuevo ciclo de acción.

Formación y cualificación del personal

El equipo directivo o los líderes de un equipo deben conocer tanto las competencias como las necesidades formativas de los profesionales del mismo. Es importante la planificación de la actividad docente y formativa en los equipos, además del fomento de la actividad investigadora. También es necesario trabajar en la orientación sobre el funcionamiento de los equipos y responsabilidades de los profesionales cuando se incorporan a una organización.

Gestión y seguridad de las instalaciones

Hay elementos que dotan de seguridad a las instalaciones para garantizar una atención **segura y accesible** al paciente: inspecciones de las instalaciones donde se presta la atención, supervisión de aparataje, calibración, monitorización de incidencias, protocolización de la actuación ante una emergencia (incendio y evacuación).

¿HASTA DONDE PUEDEN LLEGAR LOS PEDIATRAS EN EL DESARROLLO DE ESTAS DIMENSIONES DE CALIDAD?

El pediatra de Atención Primaria y, por extensión, los profesionales que realizan la atención pediátrica en un centro de salud, tienen un papel principal en el desarrollo de la calidad de su centro asistencial, y muy en especial en todos los aspectos que afectan a la salud infantil y a las familias.

En todo caso, la Pediatría no puede ser una isla y, de hecho, la mayor parte de las acciones de calidad son impensables si no se desarrollan en el contexto de todo el centro de salud. Por ejemplo, y para entender mejor esta reflexión, no tendría ningún sentido establecer un procedimiento de evaluación en caso de incendios limitado al área pediátrica.

Por tanto, podemos identificar una “unidad mínima de desarrollo de un proceso de calidad”, y que en la Atención Primaria sería todo el centro de salud, con todos los profesionales como agentes principales de calidad, cada uno jugando su papel.

Dicho de otra forma: no se puede hablar de un proceso de calidad en Atención Primaria si este no se produce en el contexto de todo un centro de salud.

A título de ejemplo, en el [anexo I](#) y en las [tablas 4 y 5](#) se dan algunas pistas en relación al rol del pediatra en el seno de un proceso de calidad en un centro de salud, tomando como base la experiencia de los autores en el ámbito de la calidad en la Atención Primaria.

CÓMO SE EVALÚA LA CALIDAD

Aunque los modelos de calidad²⁻⁵ varían tanto en el fondo (filosofía de abordaje, principios rectores) como en la forma (diferentes requisitos, estándares, normas, indicadores, etc., que cumplir), algo común a todos ellos es la sistemática general de evaluación, aunque, evidentemente todos tengan detalles que les diferencian. Esta sistemática común establece que la evaluación de la calidad se basa en auditorías donde se analizan dos elementos: a) la revisión de la documentación, y b) los hallazgos obtenidos por los auditores-evaluadores mediante una visita *in situ* a las dependencias de la organización (en este caso el centro de salud).

Las auditorías

Sin ánimo de ser exhaustivos, pues su descripción en detalle excede las intenciones de este artículo, podemos identificar tres tipos de auditorías:

Tabla 4. **Ejemplo de acciones claves (indicadores de calidad), que podría desarrollar un equipo de Atención Primaria como primera fase en el desarrollo de un proceso de calidad integral**

ÁREA RELACIONADA CON EL PACIENTE
Derechos del paciente
<p>Objetivo: garantizar el derecho de los pacientes al trato confidencial, seguridad e integridad de sus datos en todas las fases del procedimiento asistencial</p> <p>1. Indicador: el centro de salud elaborará un modelo de compromiso de confidencialidad</p> <p>Objetivo: derecho de los pacientes a la participación en la mejora del centro de salud</p> <p>2. Indicador: el centro de salud dispondrá de un procedimiento para la gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias de los pacientes</p> <p>3. Indicador: el centro de salud dispondrá de información obtenida a través de encuestas de satisfacción a los ciudadanos, incluyendo sus resultados como un elemento de mejora en la adecuación de sus servicios y prestaciones</p> <p>Objetivo: profundizar en los cauces de participación ciudadana</p> <p>4. Indicador: creación y participación en el Consejo de Zona Básica de Salud</p> <p>5. Indicador: el centro de salud cuenta con una memoria anual de reuniones y actividades del Consejo de Salud de Zona</p>
Seguridad de la asistencia al paciente y control de riesgos
<p>Objetivo: mejorar la seguridad en la atención prestada al paciente en situaciones críticas</p> <p>6. Indicador: el centro de salud dispondrá de un procedimiento de gestión del carro de paradas y desfibrilador</p> <p>Objetivo: control de la infección</p> <p>7. Indicador: existe un procedimiento de separación de limpio-sucio</p> <p>8. Indicador: existe un procedimiento sobre esterilización del material clínico reutilizable</p> <p>9. Indicador: el centro de salud dispone de una política de higiene correcta de las manos (Meta internacional de seguridad del paciente 5)</p> <p>Objetivo: disminuir los riesgos derivados de un accidente con material cortante-punzante</p> <p>10. Indicador: el centro de salud dispondrá de un procedimiento de actuación en caso de accidente con material cortante-punzante</p>
ACCIONES CLAVE A DESARROLLAR EN UN EQUIPO: ÁREA RELACIONADA CON LOS PROFESIONALES Y LA ORGANIZACIÓN
Mejora de la organización y liderazgo
<p>Objetivo: identidad del centro de salud</p> <p>11. Indicador: el centro de salud dispone del documento donde se definen Misión, Visión y Valores y los servicios que se prestan a los usuarios y a la comunidad</p> <p>12. Indicador: el centro de salud dispone de un documento estratégico donde queda definido su plan de calidad</p> <p>Objetivo: liderazgo</p> <p>13. Indicador: el centro de salud cuenta con un director/a, coordinador/a</p> <p>14. Indicador: el centro de salud cuenta con un responsable de enfermería que cumple con las funciones propias de coordinación de la actividad de la enfermería de El Centro de Salud.</p> <p>15. Indicador: el centro de salud tiene constituida la Comisión de Dirección, que cumple con las funciones de asesoramiento al director/a, coordinador/a y participa en la toma de decisiones que afectan al equipo.</p> <p>16. Indicador: el centro de salud cuenta funcionalmente con un responsable de calidad</p>
Entorno de la asistencia e infraestructura
<p>Objetivo: plan de autoprotección</p> <p>17. Indicador: el centro de salud debe disponer de un plan de emergencias, centrado especialmente en la hipótesis de un incendio y en la evacuación efectiva de todas las personas presentes en el edificio. Deberán estar definidas las responsabilidades y actuaciones a seguir.</p> <p>18. Indicador: el centro de salud realizará, al menos una vez al año, un simulacro de incendios y evacuación de las instalaciones.</p> <p>19. Indicador: el centro de salud tiene definido un plan de formación e información ante catástrofes internas y externas donde se explicitan las responsabilidades y actuaciones a seguir.</p> <p>Objetivo: entorno de la asistencia seguro y saludable</p> <p>20. Indicador: el centro de salud debe contar con un sistema de supervisión de las instalaciones, incluidas al menos: infraestructura, instalación eléctrica, calefacción, telefonía, informática, elementos contra incendios y la seguridad de las instalaciones</p> <p>21. Indicador: el centro de salud debe contar con un plan de mejora de la consulta que abarque las normas de almacenaje de las medicinas, aspecto de la consulta, organizaciones de zonas limpias y sucias, prevención de la infección y control de fomites</p>

Tabla 5. Ejemplo de las fases de desarrollo del indicador de control y supervisión de las neveras de vacunas

DAIME			Valor
Doc	Soporte documental	Documento Existe documentación que recoge todos los procedimientos relevantes en el control y supervisión de la-s nevera-s de vacunas: a) gestión del stock de la nevera, b) sistema de clasificación del material dentro de la nevera, c) control de temperatura, d) procedimiento ante situación de nevera abierta y e) procedimiento ante temperatura fuera de rango	1 punto
		Trazado La documentación está perfectamente identificada, tal que es posible identificar a) a que centro o institución pertenece, b) la fecha y versión de la documentación	1 punto
Apro	Aprobación	Acta Existe constancia escrita-documental de que el procedimiento de gestión y supervisión de las neveras de vacunas ha sido presentado, discutido y aprobado por el equipo. por ejemplo en un acta de reunión de equipo	1 punto
		Responsable Se ha asignado un/una responsable del control y supervisión de las neveras de vacunas, cuya identificación consta bien en alguna parte de la documentación o en el acta de aprobación	1 punto
Impla	Implantación, puesta en marcha, difusión	Arranque Se realiza el primer acto de implantación del indicador. Por ejemplo: comienzan a registrarse las temperaturas de acuerdo con el nuevo procedimiento o se realiza la petición de vacunas de acuerdo con el nuevo procedimiento	1 punto
		Desarrollo La implantación lleva ya varios meses y se está desarrollando con normalidad, formando parte de la dinámica del equipo	1 punto
Mon	Supervisión, monitorización	Monitorización Se supervisa-monitoriza de forma periódica. Es decir cada determinado período de tiempo, por ejemplo una vez al mes, se toman los registros de las temperaturas de las neveras y se analizan los fuera de rango. Si hay alguno se analiza cómo se abordó este y si se hizo según el protocolo establecido	1 punto
		Información De forma periódica (por ejemplo 2-3 veces al año) y en reunión formal, se informa de la evolución-marcha de las monitorizaciones, problemas que ha surgido, incidencias, etc. Un Acta o similar permite confirmar que dichas reuniones se han producido	1 punto
Eva	Evaluación (ciclo de mejora)	Valoración Anualmente, de forma general, se evalúan los resultados, y se presentan al equipo, donde se discuten y se proponen mejoras. Un acta o similar permite confirmar que dicha reunión se ha producido	1 punto
		Integración Se toman decisiones en base a los resultados obtenidos, produciéndose mejoras y cambios (si es preciso) en el despliegue de dicho indicador para el siguiente ciclo anual DAIME Se cierra así el ciclo de mejora anual para dicho indicador	1 punto

En el ejemplo se aplica el método DAIME, que otorga 10 puntos a cada indicador y así permite conocer y comparar el grado de desarrollo entre centros asistenciales

- **Autoevaluaciones.** Las que realiza el propio equipo de Atención Primaria. Permiten conocer la situación de forma interna y plantear mejoras y correcciones inmediatas.
- **Auditorías internas.** Las que realizan la organización de la que depende dicho equipo (por ejemplo la Gerencia del Área Sanitaria)
- **Auditorías externas.** Las que realiza una organización independiente, y por tanto con mayor objetividad a la hora de establecer el resultado.

Por norma general, un Sistema de Calidad debería, a lo largo del ciclo de calidad de un año, desarrollar auditorías de los tres tipos. Su combinación permite resultados más positivos que, por ejemplo, solo recibir auditorías externas o solo realizar autoevaluaciones.

Los elementos de las auditorías

Independientemente de que se trate de autoevaluaciones o auditorías internas o externas, los elementos de una auditoría son los mismos y se basan en el principio que define la calidad (calidad es hacer las cosas bien y poder demostrarlo).

Se trata pues de demostrar (a uno mismo o a personas externas) que las cosas se hacen bien. Así de sencillo.

La revisión documental

La calidad genera documentación de diversa índole: documentos explicativos de los procesos y procedimientos, hojas de monitorización, informes de seguimiento y evaluación, etc.

Para los auditores-evaluadores una acción solo es valorable si cuenta con soporte documental. Este no tiene por que estar en formato papel (puede ser electrónica) ni tiene por que ser extenso.

Dos elementos que también se valoran y son determinantes a) cómo se organiza y custodia la documentación y b) la trazabilidad de la documentación, entendida esta última como la capacidad para identificar si un documento es una versión actualizada u obsoleta del mismo y la identificación en el mismo de una serie de elementos, como por ejemplo la/las personas responsables de dicho documento.

La visita

Todos los métodos de auditorías de calidad incluyen una visita a las instalaciones. De nada sirve que se nos afirme que 1) los radiadores de la consulta pediátrica esta protegidos, 2) así como los enchufes, 3) que existe una sistemática de control de cómo se almacena-conserva y de caducidades

de la prueba rápida de estreptococo y que 4) a los niños se les pesa y mide a los 12 meses de vida si no se comprueba mediante una visita: visualizando dichas protecciones (casos 1 y 2), revisando el almacenamiento del test rápido y que no hay ningún test caducado (caso 3) y abriendo la historia clínica de varios niños mayores de 12 meses para confirmar que efectivamente se les pesa y mide.

Informe y resultado de las auditorías

Sobre la base de los dos elementos descritos, los auditores-evaluadores, elaboran un informe donde ponen en valor los resultados hallados, proponen mejoras y establecen plazos para dichas mejoras, que en el caso de agencias acreditadoras-certificadoras externas implica la concesión, renovación, denegación o revocación del certificado-acreditación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC). Servicio de Salud del Principado de Asturias [consultado el 16-10-2010]. Disponible en www.astursalud.es
2. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Atención Primaria de la JCI, 1.ª ed. 2008.
3. López Rey S. Implantación de un Sistema de Calidad. Los diferentes Sistemas de Calidad Existentes en la Organización, 1.ª ed. Vigo: Ideas Propias Editorial; 2006.
4. Ferrando Sánchez M, Granero Castro J. Calidad total: Modelo EFQM de excelencia, 1.ª ed. Madrid: FC Editorial; 2005.
5. International Organization for Standardization. Sistema de Gestión de la calidad. Requisitos. ISO 9001-2008. Edición Noviembre 2008.

LECTURAS RECOMENDADAS

- SINOC-Fundamentos. Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC). Servicio de Salud del Principado de Asturias [consultado el 16-10-2010]. Disponible en www.astursalud.es Documento de acceso libre que establece los principios y aplicaciones del Sistema de Calidad vigente en Asturias. Puede completarse (ubicado en el mismo sitio Web) con la lectura del Método DAIME.
- Estándares para la acreditación de centros de Atención Primaria de la JCI, 1.ª ed. Julio 2008) [consultado el 27-7-2010]. Disponible en http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/Standards_Only-PC_1st_edition.pdf
De entre los diferentes modelos hemos seleccionado como posible lectura el de la JCI por su mayor cercanía al lenguaje sanitario.

Anexo 1. **Ejemplo práctico de la puesta en marcha de un proceso integrado de calidad asistencial y del papel del pediatra de Atención Primaria**

El SINOC¹ es la herramienta de calidad diseñada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), para el desarrollo de la gestión clínica en Atención Primaria y que se basa en el desarrollo de **indicadores de desempeño** desplegados de forma gradual, en tres niveles de dificultad: **a, b y c**.

El grupo de objetivos que se corresponde con un nivel básico de calidad (a) se centra en objetivos relacionados con el paciente, la seguridad y la gestión de riesgos. En el otro extremo está el grupo de objetivos del nivel (c), formado por el más amplio conjunto de indicadores (93 indicadores), cuyo cumplimiento equivaldría a una acreditación por una organización externa. El grupo de objetivos (b), es una situación intermedia, de avance hacia la carrera por la excelencia del nivel (c). Los 21 indicadores del nivel (a) se muestran en la **tabla 4**.

Los pediatras de Atención Primaria juegan su papel en el proceso, que se aborda como un todo que afecta al conjunto del equipo de Atención Primaria. A título de ejemplo tienen especial importancia sus actuaciones en materia de seguridad y prevención de la infección (*enchufes protegidos, ausencia de juguetes y elementos que puedan hacer de fomites...*), a nivel clínico (*desarrollo de los protocolos clínicos más relevantes: asma, obesidad...*), en el control de la conservación de medicamentos y productos sanitarios (*gestión de las neveras de vacunas, gestión y conservación de reactivos diagnósticos: test de estreptococo, prick test...*), en la formación continuada del equipo (*formación en materia pediátrica al resto de integrantes del equipo: manejo de patología urgente, RCP...*), en la continuidad asistencial (*transferencia del niño al médico de familia al cumplir la edad establecida, atención embarazada-matrona-pediatra-recién nacido...*), etc.

El método que acompaña al SINOC y que permite conocer el estado de desarrollo de una acción determinada recibe el nombre de DAIME, acrónimo que describe los cinco pasos básicos a tener en cuenta en el despliegue de un indicador: Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado.

Con independencia de que sea este método u otro (PDCA, REDER) el aplicado, resulta imprescindible aplicar una metodología coherente y formalizada para el desarrollo de cada indicador. En la **tabla 5** se muestra un ejemplo de aplicación de esta herramienta al indicador pediátrico de control de la conservación de las vacunas.