



Concepto de calidad asistencial. Indicadores de calidad en las urgencias intrahospitalarias

Principios básicos del concepto de calidad asistencial

La calidad hace referencia al grado de aproximación al modelo ideal teórico, en la producción de un producto o de un servicio; aunque podemos encontrar en la bibliografía múltiples y diversas definiciones es correcto de acuerdo a la bibliografía actual, hablar de la calidad como *“la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes de su mismo estatus”*.

La **calidad es un término relativo y muchas veces subjetivo** que necesitamos objetivar a partir de parámetros de consenso entre expertos que dotan de cualidad y exigencia técnica mínima o máxima, siempre entendiendo que un producto o servicio tiene más o menos calidad, comparándose con los **estándares establecidos para dicho producto o servicio**; sin embargo, desde el punto de vista del cliente, la calidad va encaminada a la **utilidad del producto o servicio**; en el ámbito de la calidad asistencial sanitaria, la calidad tiene que ver con el nivel de resolución del problema sanitario, la accesibilidad a los servicios, el tipo de trato percibido, el tiempo que se ha tardado en la atención y por supuesto el resultado percibido desde la perspectiva de la persona que tiene el problema, es decir es una percepción de la globalidad del producto o servicio y no solo de la parte científico – técnica que conlleva.

El grado en que las características de los servicios sanitarios se aproximen a las del prototipo ideal, define el grado de calidad alcanzado en la prestación de los mismos, por lo que cabría preguntarse, *¿Cuáles serían las características de un servicio de urgencias intrahospitalario para poder garantizar una atención con unos mínimos de calidad?*

Sin duda, todos apostaríamos por una asistencia en la cual se garantizaría:

- Mínimo de errores
- Máxima satisfacción del usuario (ciudadano)
- Máxima satisfacción de los profesionales implicados
- Máximos resultados al mínimo coste desde la perspectiva de la organización o entidad sanitaria

La calidad debe ser considerado como un todo, es decir un conjunto de actividades encaminadas a lograr los objetivos que consideramos óptimos para la seguridad de nuestros pacientes; pero, también la de nuestros profesionales de una forma eficiente (utilizando óptimamente los recursos).

La gestión de la calidad es un proceso en el cual están implicados todos y cada uno de los participantes en el servicio sanitario, desde de la gestión administrativa como la asistencial y debe interiorizarse en la cultura de la propia organización, en cada actividad, en cada gesto, en cada intervención con diferentes propósitos, pero todos relacionados:

- ✓ Generar procesos multidisciplinares, planificados desde la evidencia científica, la organización y el control continuo de indicadores con el objeto de generar un círculo de calidad, que detecte posibles errores antes de que se produzcan.
- ✓ Una adecuación a las demandas reales de las personas que vienen a los servicios de urgencias, capacitando a los profesionales para la gestión eficiente de cuidados.
- ✓ Un proceso en el que la finalidad es que todos queden satisfechos con los resultados obtenidos, tanto a nivel de percepción de solución del problema por parte de usuarios, profesionales y administración.

El servicio sanitario, al igual que otros, tiene el inconveniente que al no ser un bien tangible, **la producción es directa al consumo**, por lo que la previsión y la estimación de respuestas del paciente a una intervención deben estar claramente garantizados, a través de procesos planificados basados en la evidencia científica, en la capacitación y habilidad técnica de los profesionales y sobre todo en la adecuación de los recursos disponibles a las demandas de la población.

Generar una cultura organizacional de calidad, posibilita la generación de procesos normalizados o estandarizados que mejoran la organización, la coordinación y la dirección asistencial, especialmente en servicios de urgencias y emergencias en los cuales es necesario una asistencia rápida y eficaz ya que los problemas de salud se presentan en forma agudizada y los usuarios requieren respuestas sin demora.

Principios que hacen referencia a la calidad total¹:

- “cero” errores en el proceso de producción, con eficacia científico - técnica.
- Evitar los costes inútiles.
- Proacción: ser capaz de prever acontecimientos indeseables y evitarlos o minimizarlos
- Gestión útil y garante de seguridad para profesionales y usuarios
- Dar respuesta efectiva a las necesidades de los clientes externos e internos.

- Voluntad, Implicación y ejemplaridad de los gestores para con los usuarios y profesionales

La cultura de calidad en una organización es una decisión estratégica de los cuadros directivos de las entidades implicadas y responsables del servicio; pero, que conlleva la implicación de todos los efectivos operativos, desde los profesionales sanitarios a los no sanitarios, incluyendo servicios complementarios a la acción sanitaria, como limpieza, mantenimiento, etc. y esto supone un cambio de visión de cómo realizar el trabajo.

La gestión de la calidad en un servicio de urgencias y emergencias implica:

- El **trabajo en equipo, estandarizado/normalizado, científica, técnica y tecnológicamente acreditados.**
- La **adhesión de todo el personal.**
- La **identificación de riesgos** para prevenir y evitar complicaciones secundarias o errores fatales.
- La **evaluación continua de la calidad.** El análisis de la situación de partida constituye el elemento de referencia. El examen continuo de lo hecho nos muestra las tendencias. Las características de calidad sometidas a valoración deben ser cualitativas y cuantitativas; por tanto, hay que adoptar sistemas de evaluación específicos en cada unidad.

En un proyecto de calidad en un servicio de urgencias y emergencias, se deben tener en cuenta los siguientes criterios¹:

- ♦ **Rechazar los grandes cambios como estrategia de elección.** Es preferible fijar pequeñas variaciones continuas y controladas.
- ♦ **Mejorar continuamente la calidad** teniendo en cuenta que siempre se puede alcanzar niveles mejores de calidad.
- ♦ **Aplicar las técnicas de autocontrol en el proceso productivo.** El autocontrol será posible cuando cada persona de la organización conozca exactamente lo que tiene que hacer, analice lo que hace y establezca medidas correctoras para mejorar lo que está haciendo. El autocontrol se basa en la formación, la libertad y la responsabilidad.
- ♦ **Implicar a todos y cada uno de los agente de acción en los objetivos finales:** Cada elemento productivo de la cadena asistencial, tiene una misión específica en su área de trabajo, por lo que se deben depurar y pedir responsabilidades por ello. El trabajador de una unidad de urgencias y emergencias debe comprometerse con el proyecto y ajustar sus capacidades y competencias a la actividad para lo cual se ha contratado, por lo que también se le debe valorar para conocer cuáles son sus deficiencias y mejorarlas, porque así mejorará el equipo. **todos dependen de todos.**

- ♦ **Implantar la cadena interna proveedor/cliente.** Cada miembro o grupo de la cadena de producción debe sentirse como un cliente interno, exigir calidad al grupo anterior y producir servicios de calidad al grupo que le sucede.
- ♦ **Motivar y participar.** La calidad total es un movimiento que necesita la participación de todos. Hay que motivar y generar entusiasmo en las personas con objeto de que trabajen activamente para conseguir los objetivos fijados. Las responsables deben mantener el equilibrio del triángulo de la motivación: reconocimiento, promoción y remuneración.

Centrándonos en la actividad en una unidad o sistema de urgencias y emergencias, la calidad se establece fundamental para alcanzar las políticas y objetivos establecidos desde la gestión estratégica, hasta la operativa, por lo que se debe diseñar, establecer, documentar, implantar y mantener un modelo de calidad que garantice:

- ✓ Una adecuada comunicación
- ✓ Una coordinación óptima
- ✓ Un gran énfasis en las acciones preventivas para evitar la aparición de problemas
- ✓ Una rápida respuesta ante la aparición de no conformidades, de forma que se corrijan los mismos y se evite su aparición.
- ✓ La creación de manuales o guías de calidad en el propio servicio, en el que estén descritos los estándares, procedimientos, principios del modelo de calidad que se desea en la organización, es una de las herramientas facilitadoras para que todos, desde la gestión estratégica a la operativa, puedan tener una referencia común para la implantación, mantenimiento y mejora de dicho sistema.

Evaluación de la calidad en los servicios de urgencias y emergencias

La evaluación es un proceso dinámico y flexible, además de sistemático que nos permite saber si hemos alcanzado los objetivos previstos.

El proceso de evaluación supone la medición de los indicadores y el estudio comparativo con los estándares que se han propuesto, para conocer el nivel de cumplimiento y sobre todo el nivel de calidad que hemos alcanzado de acuerdo a esos estándares. Se trata de comprobar:

- La idoneidad de planes de salud
- La racionalidad del funcionamiento
- Eficacia del desarrollo de los procesos
- Uso adecuado de los recursos
- Resultados en el usuario, profesional y organizacional.

La evaluación permite identificar fallos del sistema, errores en el funcionamiento, resultados inadecuados; pero sobre todo nos permite desde el análisis de indicadores y estándares clave, corregir lo antes posible para dar garantías y seguridad clínica a los pacientes.

- Procedimientos, planes y objetivos.
- Organización y asignación del trabajo
- Orientación, entrenamiento, política de estímulos.
- Formación
- Sistemas de control de la actividad

→ Función control en el proceso evaluativo de la calidad:

- Función que realiza el mando para valorar y regularizar el trabajo a medida que este se realiza y para medir los resultados que se logran.
- La palabra control sólo hace referencia al trabajo y no a las personas o profesionales.
- La función de control debe estar presente durante todo el proceso
- Introducción de correcciones.
- Control no es persecución, castigo, subjetividad, ineficacia, sino pretende la satisfacción del usuario y la del propio trabajador.
- Las actividades de control inciden en tres niveles:
 - Comunicación
 - Proceso de trabajo/ejecución
 - Resultados finales

Desde el punto de vista de la gestión, es necesario la conformación de un marco teórico general para desarrollar la calidad y para ello es necesario el conocimiento y normalización de unos conceptos definidos en su mayor parte por organizaciones que están autorizadas para medir y establecer un nivel de cumplimiento de los estándares definidos como necesarios, mínimos; así la norma ISO (International Organization for Standardization), las normas españolas UNE (Asociación española para la normalización 66.001.88 y 66.900.89) y las normas europeas EN (Comité europea para la normalización-29000), aplicables a cualquier tipo de empresa, cualquiera que sea su tamaño y su actividad, entre las que se encuentran las del sector de los servicios sanitarios.

Autores como Juran, Deming, Grocock; manifiestan en su amplia bibliografía que es necesario que las personas implicadas en la calidad salven una serie de obstáculos, clasificados en dos categorías:

- Los obstáculos que surgen de las discrepancias entre los diferentes miembros de la dirección.

- Obstáculos ocultos que nacen de las discrepancias entre los diferentes aspectos que atañen a la calidad.

Juran y Deming, hablan de la necesidad de un lenguaje común, que integre todos los conceptos y definiciones aplicadas al concepto o ideología de la calidad y que es necesario conocer, investigar y desarrollar para que todos los integrantes de la organización funcionen homogéneamente en pro de resultados positivos para la salud.

Se trata de ofertar un servicio que:

- Disminuya la mortalidad y morbilidad asociada a procesos agudos urgente.
- Disminuir las complicaciones y secuelas derivadas de una situación o proceso urgente
- Mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido una situación calificada de “urgente”

En el **diseño de un programa de evaluación de la calidad** es necesario:

- ✓ Establecimiento de planes - Estrategia
- ✓ Estructura organizada – Pirámide de decisión
- ✓ Establecimiento de indicadores
- ✓ Autoridad para realizar la evaluación
- ✓ Definir el objeto de la evaluación
- ✓ Identificar y definir los indicadores (limitar estándares)
- ✓ Análisis de las desviaciones identificadas

El control de calidad es un función compleja que engloba todo el servicio de salud, en cada una de sus partes, estructura, proceso y resultado.

→ **Indicadores de calidad en los servicios sanitarios**

Los indicadores son especificaciones de la actividad, hechos, incidentes y resultados que han de ser monitorizados y que deben cumplir unos requisitos:

- Deben ser fácilmente medibles
- Deben ser explícitos (Objetivables)
- De generación espontánea (De la propia actividad)
- Deben tener definidos sus límites de normalidad o tolerancia (estándar) en base a la bibliografía, opinión de expertos, etc.

Cada servicio, cada centro, cada sistema puede generar unos indicadores determinados, pero existen algunos que caracterizan una actividad concreta, y que deben medirse de la misma manera en todos los centros para que pueda darse la comparativa y por tanto medir la calidad.

Los indicadores son estadísticos sanitarios, que deben ser calculados, a partir de su definición, cobertura e impacto, por ello son necesarios incluirlos en cualquier programa, procedimiento, o protocolo que se diseñe, para poder ser medido y por tanto controlado.

- Establecer los límites de normalidad o tolerancia aceptada con respecto a los indicadores.
- Recoger y organizar los datos de acuerdo con las formulaciones.
- Evaluar el significado de dichos datos en relación con el indicador
- Comunicar a los profesionales implicados cuáles son los indicadores que van a intervenir en la evaluación.
- Hacer un registro detallado de los datos necesarios para la valoración de la calidad, según los indicadores establecidos.

Nomenclatura de calidad

- **Criterios de calidad.** Son condiciones predeterminadas deseables o indeseables, que se pueden comparar con la prestación de los servicios. Son normas que se contrastan con los aspectos de la calidad de un servicio, un programa o una actividad. Los criterios de calidad se basan en diferentes elementos como normas o leyes que se establece en cada área, la evidencia científica, en los estudios aplicados, en bibliografía acreditada, etc. lo cual permite establecer pautas de práctica aceptables.
- **Estándar.** Es la especificación del criterio de calidad. Es el mínimo nivel que debe alcanzar un parámetro para cumplir el criterio de calidad. Es la limitación que debe alcanzar un indicador para que una actividad, una acción, un producto o servicio cumpla con el nivel de calidad que se ha planteado. Es el resultado alcanzar. *El estándar marca el rango que delimita el grado de calidad aceptable*
- **Indicador:** Especifica la actividad, hechos, incidentes y resultados que han de ser monitorizados. Es la relación cuantitativa/cualitativa de un valor o proceso variable con respecto a otro que representa un parámetro constante, lo cual nos permite identificar el grado de la actividad y compararla con el estándar. *Un indicador por sí mismo, sólo da una información, sólo la **comparativa entre el indicador y el estándar, define el grado de calidad.***

- **Supuesto 1:** El número de urgencias diarias es de 500 pacientes y el periodo de tiempo que estamos midiendo es de 24 horas en las que se han hecho durante el día 1250 analíticas de perfil hematológico, dando valor alterado 217 pruebas.

- **Supuesto 2:** El número de urgencias diarias es de 750, en el mismo tiempo; se han realizado al día 1700 analíticas de perfil hematológico, dando valor alterado 256.

• **Elemento a evaluar:** Analíticas solicitadas y realizadas en un servicio de urgencias hospitalarias, con valor alterado (Eficacia diagnóstica), durante un periodo determinado (1 semana), el dato por sí solo (por ejemplo: 2267 solicitudes de perfil hematológico básico), no nos da mucha información, a priori, nos pueden parecer muchas o pocas dependiendo con qué lo comparemos y como hemos establecido el criterio de

selección, el criterio de calidad y el estándar;

- **Supuesto 1:** 500pacientes, ratio: 2,26 analíticas x paciente - 17,36% analíticas alteradas, 82,64% analíticas blancas.

- **Supuesto 2:** 750 pacientes; ratio: 2,50 analíticas x paciente - 15,05% analíticas alteradas, 84,95% analíticas blancas.

- **Estándar:** Teniendo en cuenta, que un 82,3% de las urgencias han sido definidas como “urgencias menores o no urgente”, el estándar se establece en el 25,3%, por lo que podemos concluir que el nivel alcanzado supera en los dos casos el mínimo deseable, en ambos casos hay una deficiente eficacia diagnóstica, obteniendo peor resultado el supuesto 2 en cualquier de los casos, tanto a nivel de ratio como analíticas alteradas.

**Probablemente un mismo paciente ha tenido varias analíticas, se puede calcular por tipo de urgencias, tipo de analíticas, etc...*

Clasificación de los Criterios/Estándares¹

* Según el enfoque del análisis:

1) **De estructura:** Abarca las bases de la actividad, desde las instalaciones, tecnología recursos materiales, recursos humanos, hasta la metodología, programas, protocolos, guías clínicas, etc.

- El número de presencias de enfermería por área
- Nº de balas de oxígeno que deben existir siempre llenas
- Nº de protocolos que existen
- Absentismo

2) **De proceso.** El análisis sobre lo realizado se evalúa si se han realizado las actividades que se habían planteado y tal cual se han planteado, siguiendo la norma técnica.

- *El paciente tiene todas las constantes registradas dentro de la media hora del ingreso en el área asistencial.*
- *Nº de consultas que han sido realizadas en la zona de ambulantes/hora.*

3) **De resultado.** Mide los indicadores clínicos, los analiza e interpreta para ver si se han conseguido los objetivos propuestos.

Tiempo de espera para una radiografía en la sala de urgencias: Estándar: máximo 20 min. Media que hemos obtenido: 32 min. ¿Qué ha fallado?

* Según la fuente:

1) **Normativos:** Basados en la opinión de los expertos. Su modelo está presente en la bibliografía. Son los criterios ideales; pero, por ser utópico utilizarlos, sólo es posible seleccionar algunos de ellos.

2) **Empíricos:** Inferidos de la práctica actual; también se los denomina norma. Los problemas que pueden presentar su utilización son que estén seleccionados según los conocimientos convencionales y que sean irrelevantes. Los criterios empíricos son el resultado del ajuste de los criterios normativos a las condiciones operativas.

* Según su expresión:

1. **Implícitos:** Son la opinión del evaluador experto; su fiabilidad es muy baja.
2. **Explícitos:** Son determinados previamente a la evaluación; su fiabilidad es más consistente que la de los anteriores.

* Según su campo de aplicación:

1. **Generales:** Se centran en los incidentes críticos en la prestación de servicios al usuario; su utilidad es mayor en el análisis del proceso.
2. **Específicos:** Definen el modelo o metodología a utilizar en cada uno de los procesos; su utilidad es mayor en el análisis de los resultados.

Los indicadores, en cualquiera de los casos:

- Deben ser fácilmente medibles
- Deben ser explícitos (Objetivables)
- De generación espontánea
- Deben tener definidos sus límites de normalidad o tolerancia (estándar) en base a la bibliografía, opinión de expertos, etc.

Al concretar un indicador, los criterios seleccionados deben estar específicamente relacionados con él y permitir diferenciar la práctica aceptable de la inaceptable. Este principio exige que los criterios cumplan algunas condiciones. En líneas generales, **los criterios deben ser** ⁷:

- *Objetivos:* Definidos de forma clara y detallada.
- *Verificables:* Fáciles de registrar y tratar.
- *Accesibles:* Estar elaborados con los datos utilizados en el proceso.
- *Globales:* Que formen un conjunto.
- *Fáciles de usar:* Simples y limitados en número, y que no requieran interpretación.
- *Universales:* Utilizables por cualquier institución pública con similares características.
- *Pertinentes:* Relacionados con los objetivos.
- *Específicos:* Para los parámetros esenciales del servicio que se quieren evaluar
- *Válidos:* Capaces de medir aquello que tienen que medir.
- *Sensibles:* Con capacidad para detectar deficiencias en la variable examinada.
- *Fiabiles:* Aptos para evaluar de forma precisa, sin fallos y reproducibles.
- *Efectivos:* Con la virtud de producir el resultado deseado.
- *Razonables:* Adaptados a los recursos y actualizados.
- *Aceptables:* Que sean conformes a la prestación demandada.

Indicadores clave en los servicios de urgencias y emergencia intrahospitalarios:

Resultados:

- *Nº de urgencias / día*
- *Tiempo de espera para la RAC*
- *Tiempo de espera para la primera asistencia médica*
- *Tiempo de diagnóstico y tratamiento*
- *Tiempo de alta de urgencias.*
- *Tasa de ingresos a través de urgencias.*
- *Eficacia diagnóstica:* Nº de pruebas analíticas positivas/Nº de analíticas realizadas. (No incluye las preoperatorias)
- *Eficacia clasificatoria:* Nivel de urgencias/nº pacientes clasificados en ese nivel
- *Nivel de satisfacción de usuarios – profesionales.*

Estructura:

- *Absentismo*
- *Presencias / Turno – ocupación*
- *Recursos humanos utilizados / requerido*
- *Recursos materiales utilizados / Requeridos*
- *Camas ocupadas en la sala de observación*
- *Nº de protocolos generados*
- *Cumplimiento de normas...*

Proceso:

- *Nivel de cumplimiento de protocolos*
- *Nivel de cumplimiento de registros*
- *Nivel de actividad realizado según normas.*