

CONTROL DE LOS NIVELES DE CALIDAD ASISTENCIAL

El enfoque del control de la calidad asistencial puede hacerse desde tres puntos de vista: estructural, del proceso y de los resultados.

2.1 Enfoque estructural. Se basa en la concepción de que disponiendo de unas buenas condiciones previas es más probable que obtengamos un proceso y resultado favorable. Se basa en establecer un nivel asistencial alto controlando las instalaciones, equipamiento y potencial humano mediante la acreditación, licenciatura o certificación. **Acreditación.** Es el proceso por el que una institución u organización evalúa y reconoce que institución o programa de estudios satisface unos ciertos mínimos predeterminados (ejemplo: acreditación de centros para asistencia de determinado nivel o para docencia). **Licenciatura.** Es el proceso por el cual una institución gubernamental concede permiso a determinadas personas para practicar una profesión u ocupación, certificando que los licenciados han obtenido un determinado grado de competencia previamente establecido. **Certificación.** Es el proceso por la cual una institución o asociación no gubernamental garantiza el reconocimiento hacia un individuo que ha satisfecho ciertos requisitos determinados previamente (Sociedades Científicas).

2.2 Enfoque del proceso. Se basa en la asunción de que si todas las fases de la atención sanitaria, el conocimiento médico del momento y la tecnología disponible están plenamente aplicados, el resultado probablemente será bueno. Los sistemas de este tipo son la auditoría médica, los indicadores y las comisiones.

2.3 Auditoría médica. La auditoría médica se puede definir como un análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento, el uso de los recursos médicos y el estado y la calidad de vida del paciente tras el alta. Para alcanzar estos objetivos es necesario que exista una fuente de datos fácilmente accesible, exacta y amplia. La auditoría puede ser de diferentes tipos: ☐ ☐ Interna, realizada por aquellos que realizan la actividad, o externa, realizada por asesores independientes. ☐ ☐ Local, regional o nacional. ☐ ☐ Prospectiva o retrospectiva. ☐ ☐ General o selectiva. La auditoría que tiene más interés en nuestro caso es la local e interna, es decir, la hecha por los propios miembros del servicio asistencial sobre su propia actividad. Este tipo de auditorías tiene las siguientes características: ☐ ☐ Los objetivos han de ser simples y bien definidos. Incluso en la forma más sencilla de auditoría, se genera una gran cantidad de información, lo que implica que para no cargar de trabajo al personal del servicio asistencial, la información debe recogerse durante la elaboración de los informes rutinarios, es decir hoja de ingreso, intervención, alta, etc. y en una base de datos computarizada. ☐ ☐ Es preferible un estudio prospectivo a otro retrospectivo. ☐ ☐ Es preferible un estudio más general a otro muy selectivo. ☐ ☐ Es importante asegurarse que el resultado de la auditoría actúe, a modo de un feedback activo, sobre la unidad asistencial en forma de reuniones de discusión que permitan mejorar los resultados o modificar determinadas actividades. Un ejemplo de auditoría es determinar el grado de incapacidad en el momento del alta hospitalaria. La recogida de datos se hace en el momento de redactar el informe de alta hospitalaria y se utiliza como tabla para cuantificación, el Glasgow Outcome Scale. Otro ejemplo sería auditar la actividad quirúrgica, recogiendo los datos en el momento de redactar el informe de intervención (datos epidemiológicos del paciente, datos del cirujano, diagnóstico y tipo de operación, complicaciones y errores peroperatorios) y el informe de alta (complicaciones postoperatorias relacionadas o no con la cirugía, estado tras la intervención, días hasta las complicaciones y alta).

2.3.1 Indicadores Se trata de una forma de evaluación administrativa, normalmente dirigida al control del uso de los recursos de los servicios sanitarios y que se utiliza para planificación, gestión y contabilidad. Se manejan un gran número de índices: Estancia media. A nivel global se calcula con la

siguiente expresión: $EM = \text{Número de estancias causadas en el periodo} / \text{Número de ingresos del periodo}$ Aunque en el cálculo por unidad asistencial debe considerarse en el denominador la suma de ingresos y traslados en el período. La estancia media ideal debe ser inferior a nueve días.

Porcentaje de ocupación. Se calcula con la siguiente expresión: $PO = \text{numero de estancias en el periodo} / \text{n. de camas disponibles} \times \text{n. de días del período}$ El porcentaje de ocupación debe estar alrededor del 80-85%, pero en ello influye la situación global del hospital. Hay dos modelos contrapuestos. El primero son las unidades asistenciales estancias, con un autocontrol absoluto de la gestión de ingresos. El segundo, más útil globalmente, es aceptar la gestión desde el servicio de admisión, en cuyo caso la responsabilidad de estos parámetros escapa al control del servicio asistencial. Índice de rotación. A nivel global se calcula con la siguiente expresión: $IR = \text{número de ingresos del periodo} / \text{Número de camas disponibles del período}$ Mientras que cuando se refiere a una unidad asistencial se ha de considerar en el numerador la suma de ingresos más traslados en el período. El índice de rotación ideal estaría en torno a 2/3.

Intervalo de sustitución. Se calcula con la siguiente expresión: $IS = \text{estancia media} \times (100 - PO) / PO$

Promedio diario de intervenciones realizadas en horario programado. Se calcula con la siguiente expresión: $PDI = \text{n. de intervenciones programadas} + \text{NIP en horario programado} / \text{Días hábiles del año} (= 247 \text{ días})$

Estancia preoperatoria. Se calcula con la siguiente expresión: $EP = \text{estancias preoperatorias del periodo} / \text{N. Pacientes intervenidos con estancias Preoperatorias}$

Las estancias preoperatorias se consideran aquellas causadas por los pacientes sometidos a intervención quirúrgica previas a la misma y en la unidad quirúrgica correspondiente.

Rendimiento de quirófanos. Se calcula con la siguiente expresión: $RQ = \text{tiempo de quirófano utilizado} \times 100 / \text{horas de quirófano disponibles}$ Donde el "tiempo de quirófano utilizado" representa el tiempo de quirófano usado en las intervenciones realizadas en un periodo y puede calcularse de dos formas diferentes: - Número de intervenciones multiplicado por el Standard de tiempo medio por intervención, que para neurocirugía es de 180 minutos por 2/2,5 cirujanos. - Suma algebraica del tiempo de utilización real de todas las intervenciones realizadas en el período. En el cómputo de los tiempos debe incluirse el tiempo de utilización u ocupación del quirófano en horario de programación (generalmente de lunes a viernes, de 8 a 15 horas y excluyendo festivos), de todas las intervenciones programadas realizadas y de las urgentes no realizadas en el quirófano de urgencias. Se considera tiempo de utilización del quirófano el que transcurre entre la entrada y salida del paciente. Las horas de quirófano disponibles, indican el tiempo de quirófano asignado en el periodo a la unidad asistencial y se calcula de la manera definida en los indicadores anteriores.

Promedio diario de urgencias. Se calcula con la siguiente expresión: $PDU = \text{N. de urgencias asistidas en un año} / \text{N. de días del año} (= 365)$ Presión urgencias. A nivel global se calcula con la siguiente

expresión: $PU = - \text{N de ingresos urgentes} \times 100 / \text{N. de ingresos}$ Incluyendo en el cálculo para una unidad asistencial en el denominador a los traslados. La PU es un factor aleatorio que distorsiona gravemente la programación de la actividad asistencial y que podría controlarse, ya que se calcula que en un 20% de los casos de los ingresos intervienen factores sociales y/o extramédicos. Promedio diario de consultas. Se calcula con la siguiente expresión: $PDC = \text{N. primeras consultas} + \text{N. consultas sucesivas} / \text{Días hábiles del año} (= 247)$ Índice de consultas (relación sucesivas/primeras). Se calcula con la siguiente expresión: $IC = \text{N. de consultas sucesivas} / \text{N. de primeras consultas}$ El ideal de este índice se acerca alrededor de 4.

Rendimiento de los locales de consulta externa. Se calcula con la siguiente expresión: $RLCE = \text{Tiempo}$

de local utilizado x 100 / Horas de consulta disponible Donde el tiempo de local utilizado, representa el tiempo de consulta externa empleado en la realización de actividades asistenciales y se calcula sumando el número de primeras visitas multiplicado por el tiempo medio, más el tiempo de segundas visitas multiplicado por su tiempo medio. Las horas disponibles, representan las horas asignadas a cada unidad asistencial y se calculan como en las funciones anteriores.

Rendimiento de las salas de exploración. Se calcula con la siguiente expresión: $RSE = \text{Tiempo del local utilizado} \times 100 / \text{Horas disponibles}$ Donde el tiempo de local, se calcula multiplicando el número de actos médicos o de enfermería realizados en el periodo por el tiempo medio por acto, y las horas disponibles, se calcula multiplicando el número de salas de exploración por el número de días hábiles al año, que como dijimos son 247, y por las horas de utilización al día de las salas.

Rendimiento asistencial del personal facultativo. Se determina con la siguiente expresión: $RAPF = \text{Tiempo empleado en actividad asistencial} \times 100 / \text{Tiempo disponible}$ Donde el tiempo empleado, se medirá mediante el procedimiento de asignar a las distintas actividades que componen el quehacer médico, incluyendo hospitalización, actividad quirúrgica, consulta externa, interconsultas y exploraciones especiales. El tiempo disponible representa el tiempo médico contratado en cada unidad asistencial.

2.3.2 Comisiones o grupos de trabajo. Representa el tercer sistema del enfoque del proceso. Es un sistema de control de calidad controlado por la Dirección del centro, pero que está constituida por los propios profesionales. El artículo 32 del Decreto 174/1992 del Gobierno Valenciano sobre Atención Especializada, indica que cada Hospital del Servicio Valenciano de Salud tendrá una Unidad de Gestión Integral de Calidad, dependiente de la Gerencia y que trabajará a su vez apoyándose en varias Comisiones. Como mínimo existirán las siguientes comisiones: comisión de infección hospitalaria, comisión de farmacia y terapéutica, comisión de historias clínicas, comisión de tejidos y mortalidad, comisión de docencia, formación e investigación, y comisión de tumores.

2.4 Enfoque del resultado. El punto de partida del enfoque por los resultados, se basa en que si el objetivo de la asistencia sanitaria es la curación de la enfermedad, frenar su progresión, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor o el sufrimiento, resulta obvio que la calidad debería medirse cuantificando en qué medida se alcanzan estos objetivos. Para ello se ha de conocer, en términos de salud, qué podemos esperar como consecuencia de una actuación médica en el caso de que todo fuera bien, para así poder plantear por adelantado un resultado ideal con el que se pueda comparar el resultado real. Ejemplos de estos medidores son el resultado final, la mortalidad, el resultado de enfermedades específicas y el método del trazador. Veamos a continuación estos medidores.

1. Resultado final. Consisten en la valoración del resultado de la actuación de forma general con el uso de escalas del tipo “recuperado, mejorado, sin cambios, peor, muerte”, determinando en cada caso cuáles son los requisitos para entrar en cada categoría. La fiabilidad de este tipo de medidas, aún hechas por terceros, es muy baja.

2. Resultado de una enfermedad específica. El sistema es semejante al anterior, pero considerando sólo los signos y síntomas de la enfermedad que se considere. Para ello se valora, pasado un lapso de tiempo desde la aplicación del programa, el resultado final en relación al inicial, incluyendo las eventuales secuelas o complicaciones relacionadas con el tratamiento.

3. Método del trazador. Consiste en identificar problemas de salud en encuestas amplias. Este problema de salud o trazador debe ser una patología bien definida y fácil de diagnosticar, que precise tratamiento, que tenga una gran prevalencia y cuya historia natural sea conocida y modificable con las actividades clínicas. Tiempo después se estudian de nuevo los pacientes a los que se les había detectado la patología trazadora y se determinan los cambios en relación a la situación previa. Las

actividades clínicas que influyan en el trazador han de actuar sobre alguno de los siguientes procesos: prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, mientras que la influencia de los factores no médicos debe ser conocida y a ser posible despreciable.

ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Actualmente, al jefe del servicio asistencial, además de su actividad asistencial, docente e investigadora, se le exige una actividad de gestión para la que no ha recibido educación y cuyo objetivo es aumentar la calidad de la asistencia. En este sentido pueden utilizarse una serie de estrategias como son la adecuación de la oferta y demanda, el aumento de la eficacia y eficiencia y la introducción de nuevas tecnologías, como habíamos visto anteriormente.

3.1 Adecuación entre la oferta y la demanda. La oferta hospitalaria se expresa habitualmente en número de camas por 1000 habitantes. Las previsiones para países europeos están alrededor de 10 camas por 1000, de las que la mitad serían para agudos y la otra mitad para crónicos. La dotación española es tan sólo de 5,5 camas por 1000. Sin embargo la oferta de médicos es muy alta, la segunda de Europa, con un médico por cada 362 habitantes. En cuanto a neurocirujanos, habíamos visto que nuestra oferta es semejante a la mayoría de países europeos.⁹⁷ La demanda de atención hospitalaria viene determinada por múltiples factores, como son: la disponibilidad de camas hospitalarias, el método de pago de los servicios, la edad de la población, la distribución de las camas, la efectividad de la asistencia extrahospitalaria, el funcionamiento de los servicios centrales, los hábitos médicos y normas sociales del área de influencia, la provisión de médicos, existencia de planes de investigación o docencia en el hospital, tipo de vivienda y trabajo extradomiciliario de la mujer, tipo de patología y la organización interna. El objetivo debe ser satisfacer toda esta demanda. La frecuentación hospitalaria mide la demanda satisfecha referida a 1000 habitantes y año. Las estancias generadas se expresan según la siguiente relación: $\text{Demanda sanitaria} = \text{oferta de camas} \times \text{tiempo} \times \text{porcentaje de ocupación} / \text{Estancia media}$ Cuanto mayor sea el índice de ocupación y menor sea la estancia media, menor será el número de camas necesarias para atender el mismo número de enfermos. Se puede demostrar que la misma demanda puede ser atendida con la cuarta parte de camas siempre que se doble el índice de ocupación y se reduzca a la mitad la estancia media. Cuando la demanda no puede ser adecuadamente satisfecha se genera una lista de espera, cuya extensión depende del número de pacientes que solicitan ingreso y de la velocidad con que se satisface su solicitud. En ambos casos es determinante la actitud del médico (ingresando sólo patologías que lo requieran), pero también la organización de la atención (reducción de estancia media y aumento del índice de ocupación) y la dotación de medios (la disponibilidad de quirófano y la agilidad de los servicios centrales).

3.2 Aumento de la eficacia. Hemos definido la eficacia asistencial como el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales. Estos objetivos se concretan en una serie de estándares, que no son más que enunciados de criterios que indican el límite entre la calidad aceptable y no aceptable. Se pueden calcular entonces la llamada suficiencia, que indica si se ha hecho todo lo que se considera necesario y la eficacia, que nos indica si todo lo que se ha hecho era realmente necesario. Se calculan de la siguiente forma. $\text{Suficiencia} = \text{criterios establecidos que se cumplen} \times 100 / \text{Todos los criterios establecidos}$ $\text{Eficacia} = \text{criterios establecidos que se cumplen} \times 100 / \text{Todos los criterios registrados}$. La relación entre ambos cocientes es la llamada competencia, se determinaría con la siguiente expresión: $\text{Competencia} = (S \times E/100) + S / 2$

3.3 Aumento de la eficiencia. La eficiencia era la relación entre los resultados obtenidos y el coste de los mismos. Esta relación se plantea ante cualquier decisión médica y la existencia de instrumentos que permitieran objetivar un pronóstico y cuantificar la gravedad del paciente, ayudarían de forma sustancial a distribuir mejor los recursos, aumentando la eficiencia. Así, no se destinarían recursos a pacientes sin esperanzas de recuperación, no se ofrecerían recursos excesivos a los necesarios y

además se administrarían los más precisos, al paciente adecuado y durante el tiempo necesario.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=calidad_asistencial

Last update: **2019/09/26 22:16**

