

J.M. Tejero González

J. Fernández Martín

C. Rodríguez Díaz

R. Gutiérrez Fernández

Área de Atención al Usuario y
Calidad Asistencial del SESCAM

Auditorías de la calidad en instituciones sanitarias. La Auditoría operativa como instrumento de evaluación de la calidad en centros sanitarios del SESCAM

Después de introducir el concepto de calidad aplicado al ámbito los servicios públicos y más concretamente al de la sanidad (calidad asistencial), se propone la auditoría operativa de salud o “audit médico” (como herramienta para evaluar la calidad asistencial), y sus fases: planificación, equipo auditor, agenda, indicadores, técnicas cualitativas y cuantitativas –muestreo–, validación por el auditor e informe, todo ello como parte del seguimiento del Plan de Calidad del SESCAM, adaptado del modelo EFQM. Como ejemplo, se incluye el Informe de auditoría de un área de Atención Primaria realizado en mayo de 2004.

INTRODUCCIÓN

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge diversas medidas de evaluación y mejora de la calidad asistencial. Su ámbito de aplicación incluye las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad del Sistema Sanitario, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales. En nuestro país conviven tres grandes modelos de gestión de la calidad: las normas ISO, que proceden de la estandarización y certificación de servicios, originalmente industriales; el sistema de acreditación de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*¹, que es el único sistema con un origen específicamente sanitario y el modelo de la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*², procedente de la aplicación de los principios de la calidad total a las empresas europeas, que introduce en este contexto algunos aspectos que no habían sido contemplados por los modelos americano y japonés.

¹ <http://www.jcaho.org>

² Moracho, O., Colina, A., Amondarain, MA., Aguirre, L., Ruiz Alvarez, E., Salgado, MV. (2001): “Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga”. Revista *Calidad Asistencial*; 16: 322-329.

El Decreto 1/2002 sobre la estructura orgánica y funciones del SESCAM establece que “es competencia de la Gerencia del SESCAM el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla la Mancha”. Por su parte, el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010 obliga a alcanzar “un modelo integrado de resolución de los problemas de salud, dirigido a conseguir la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias con niveles de excelencia”. El Objetivo 7.6.6 de este Plan señala que “se deben conocer los niveles de calidad alcanzados en los centros y servicios sanitarios que configuran el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, así como el nivel de satisfacción de los usuarios”. Por lo tanto, el Plan de Calidad no debe descuidar el aspecto tradicional de medida, es decir, la evaluación anual de una serie de objetivos considerados clave.

La mejora de la calidad ha sido contemplada como una actividad más del Sistema Sanitario, articulada en objetivos que se evaluaban de forma independiente al resto de objetivos de la institución. Sin embargo, la actual tendencia en la gestión de la calidad aconseja adoptar un Modelo de Gestión de la Calidad Total, que supere el actual sistema de mejora de la calidad, de forma que todas las actividades de la organización estén orientadas a obtener mejores resultados y a alcanzar un nivel de excelencia en la prestación de los servicios.

En el año 2002 se diseñó un Plan de Calidad integrado para el SESCAM, que contemplaba objetivos de mejora en Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Este Plan de Calidad comienza el ajuste hacia un modelo moderno de gestión de la calidad (EFQM), contribuyendo al desarrollo de los objetivos fijados por el Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010. Su principal novedad era ofrecer una visión integrada de los esfuerzos de

mejora de la calidad a todos los niveles. En los años sucesivos (2003 y 2004) se ha avanzado en el ajuste de los objetivos e indicadores al modelo EFQM. Los objetivos vienen dados por los compromisos del SESCAM con la Consejería de Sanidad; por los avances legislativos; y por aportaciones y sugerencias planteadas en los grupos de trabajo y por los coordinadores y responsables de calidad de los centros. El Plan de Calidad sigue teniendo en cuenta los elementos esenciales de la gestión de la calidad total: liderazgo, mejora continua, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos y satisfacción del paciente.

En la medida en que se van incorporando progresivamente todos los trabajadores de la organización, se amplía el ámbito de algunos de los objetivos para incluir a los servicios y áreas no asistenciales.

LA AUDITORÍA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La Ley General Presupuestaria³ define la auditoría operativa como “el examen sistemático y objetivo de las operaciones y procedimientos de una organización, programa, actividad o función pública, con el objeto de proporcionar una valoración independiente de su racionalidad económico-financiera y su adecuación a los principios de la buena gestión, a fin de detectar sus posibles deficiencias y proponer las recomendaciones oportunas en orden a la corrección de aquélla” (Art. 164 de la L.G.P). Las auditorías clínicas, que pueden considerarse la aplicación al ámbito sanitario de la auditoría “operativa”, tienen como objetivo identificar las oportunidades de mejora de la práctica asistencial, si bien muchas veces se solapan con las auditorías financieras y de gestión. En ocasiones las auditorías se han visto como una amenaza por parte de algunos profesionales; sin embargo, son una herramienta útil para la mejora de la calidad. La auditoría médica (el “audit” médico, utilizando el término en inglés) consiste en una evaluación retrospectiva

³ Lembcke, PA. (1992): “Métodos científicos de auditoría médica. Su aplicación en la cirugía mayor de la pelvis en la mujer”, White KL et al., eds. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de Salud, 92-116.

de la calidad de la atención basada en la revisión y análisis de la documentación clínica⁴. Esta metodología tiene una gran tradición en la cultura anglosajona. En Estados Unidos la auditoría médica externa, realizada por las *Peer Review Organizations*⁵, es obligatoria para todos los centros que quieren ser concertados por *Medicare*, el programa federal que financia la atención sanitaria para mayores de 65 años.

En España, el principal exponente del *audit médico* lo constituyen las comisiones hospitalarias (de mortalidad, bioética, documentación y otras) y las sesiones clínicas de revisión de casos. Hasta ahora el *audit médico* ha tenido un relativo desarrollo en el Sistema Nacional de Salud (SNS)⁶. Por otra parte, la utilización de las bases de datos administrativas, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos⁷, ha podido ser considerado como suficiente para valorar la calidad asistencial, lo que habría redundado en disminuir los esfuerzos dedicados a las evaluaciones externas mediante auditorías. Sin embargo, el *audit médico* es necesario para que los clínicos reciban información sobre su propia práctica y la puedan comparar con otros centros, o con los estándares derivados de la investigación clínica. Si los centros, públicos o privados, pueden obtener beneficios disminuyendo los cuidados a los pacientes, la auditoría externa se constituye en una garantía para los ciudadanos que, en todo caso, y como señaló Lembcke, dependerá de la validez científica de la metodología con que se realice⁸.

LA METODOLOGÍA DE LAS AUDITORÍAS DE CALIDAD DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SESCAM

La evaluación del Plan de Calidad del SESCAM se lleva a cabo mediante una metodología común en todos los Hospitales y Áreas de Salud. La realiza-

ción de comparaciones y el establecimiento de incentivos en función de los datos obtenidos exige el desarrollo de mecanismos que garanticen su fiabilidad. Por ello, se están realizando auditorías para la verificación de los resultados en varios hospitales y Áreas de Salud.

Fases de la evaluación

Las auditorías son actividades documentadas e independientes, que se realizan mediante listas de verificación y procedimientos escritos. Se desarrollan en tres fases:

Definición de los objetivos de la auditoría, del plan y del equipo auditor.

Ejecución. Trabajo de campo, comprobación de la documentación, etc.

Informe, acerca de la conformidad del sistema de calidad frente a la norma.

Una auditoría busca encontrar los aciertos y los fallos en las fases del proceso estudiado, no las personas responsables. No se pretende premiar o castigar a los profesionales, sino mejorar la fiabilidad de todo el proceso de mejora y de evaluación. La metodología se basa en entrevistas con el Equipo Directivo, Coordinador de Calidad, Responsable de Calidad de Enfermería, Responsables de Objetivos y Responsables de Proyectos de Mejora, y revisión de documentación: registros, guías de práctica clínica, actas de reuniones, Informe Anual de Calidad, etc.

Objetivos

Comprobar la exactitud de la evaluación del último Plan de Calidad realizada por la Gerencia del Área de Salud, centrándose en los Objetivos Obligatorios de Atención Primaria o Atención Especializada. Conocer el desarrollo del Plan de Calidad del año. Conocer algunos de los proyectos de mejora finalizados y otros en marcha.

⁴Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

⁵ Dans, PE, Weiner, JP. and Otter, SE. (1985) : "Peer review organizations. Promises and potential pitfalls", *NEJM*, Vol. 313:1131-1137 October 31.

⁶ Meneu, R. (1999): "Garantizar calidad asistencial y adecuación tecnológica", *Informe SESPAS*, Sevilla.

⁷ Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (2002): *Conjunto mínimo básico de datos en los hospitales del INSALUD 2001*, Madrid.

⁸ Peiró, S.: *Métodos científicos de auditoría médica. La contribución seminal de Lembcke a los diferentes usos del audit*, Fundación de Investigación en Servicios de Salud. Revisiones sistemáticas. Cochran Library + <http://www.update-software>.



Construcción de indicadores

La metodología de las auditorías es complementaria de la autoevaluación, que es una de las herramientas más importantes en la mejora de la calidad asistencial. Los datos por sí solos no son indicativos de nada. Para que sean útiles, es necesario elaborarlos, permitiendo así su interpretación y comparación. Los indicadores son la medida de la aplicación de los criterios en la práctica asistencial. Hay que definir primero qué indicadores se van a monitorizar y después cómo van a medirse, es decir, cuál va a ser el plan y la metodología e interpretación de las mediciones.

A través del análisis sistemático de registros de actividad y resultados, puede mejorarse sustancialmente la información para la gestión clínica y económica. El objetivo es triple:

1. Conocer qué se hace.
2. Conocer cómo se hace.
3. Conocer qué resultado se obtiene. Medir el efecto tanto en términos de salud como en costes y efectos adversos.

Monitorización

Entendemos por monitorización la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad; una actividad que tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que eva-

luar o sobre las que hay que intervenir. Los dos componentes básicos de la monitorización son: la identificación, selección o construcción de los indicadores a medir y la definición de un plan de monitorización, incluyendo como mínimo la periodicidad de las mediciones y el método con que se van a realizar. Los indicadores a monitorizar suelen ser una selección de aquellos aspectos o servicios relevantes de la institución cuya calidad nos interesa controlar. Para la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, un indicador clínico es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia al paciente y de los servicios de apoyo⁹. Un indicador expresa la información como un suceso, o una ratio de sucesos dentro de un universo definido.

Para cada objetivo se han establecido uno o varios indicadores. Según el nivel de medida de la variable que representa la característica que se pretende evaluar, se clasifican en las siguientes categorías:

Indicador dicotómico: La condición que se pretende medir se cumple o no se cumple. P. ej.: ¿Existe un coordinador de calidad?.

Indicador ordinal: En estos casos, el centro aplicará una escala cualitativa, señalando en que nivel se encuentra. Dicha escala se basa en la utilizada por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* en la evaluación de sus estándares¹⁰. Se tomarán como referencia los criterios de buenas prácticas. El nivel que se adjudique al centro en la evaluación final deberá estar basado en argumentos sólidos y mostrarse debidamente documentado. Ambos serán requeridos si el hospital o el Área es objeto de una auditoría para verificación de los resultados.

La Tabla 1 recoge la escala que se debe aplicar, con la descripción del nivel de cumplimiento y la categoría que se asigna a ese nivel. Cada centro debe cumplimentarla según su interpretación en función del número de criterios de buenas prácticas que se cumplan para cada objetivo.

⁹ "Managing Performance Measurement Data in Health Care" <http://www.jcrinc.com/publications>.

¹⁰ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1995): Manual de acreditación para hospitales 1996, Fundación Avedis Donabedian. SG Editores SA. Barcelona.

Tabla 1. Niveles de cumplimiento de los indicadores ordinales

Nivel de cumplimiento	Símbolo
Cumplimiento sustancial. El Área/hospital/centro cumple debidamente con los principales criterios de buena práctica relacionados con el objetivo.	1
Cumplimiento significativo. El Área/hospital/centro cumple la mayoría de los criterios de buena práctica.	2
Cumplimiento parcial. El Área/hospital/centro cumple con algunos de los criterios de buena práctica.	3
Cumplimiento mínimo. El Área/hospital/centro cumple pocos de los criterios de buena práctica.	4
No cumplimiento. El Área/hospital/centro no cumple con los criterios de buena práctica.	5
No aplicable. El objetivo no es aplicable en el Área/hospital/centro.	6

Fuente: Elaboración propia, adaptada de la JCHAO.

Indicador cuantitativo. El indicador representa una proporción de eventos o casos que cumplen el requisito establecido para el objetivo, en relación con el número de eventos posibles (por ejemplo, del total de pacientes con sondaje vesical, cuántos se han sondado de acuerdo a protocolo). Estos indicadores se obtienen, bien a partir de una población de sucesos o eventos, bien de una muestra representa-

tiva, aplicando una fórmula determinada para calcular la proporción.

Indicador porcentual. Se trata de un caso particular de indicador cuantitativo, que representa el porcentaje de eventos favorables que cumplen el objetivo, como porcentaje del total de eventos posibles. La tabla 2 resume y describe los indicadores utilizados en la evaluación.

Tabla 2. Cuadro/resumen de los indicadores de evaluación

Nombre del indicador	Descripción del indicador
Tipo de indicador:	Dicotómico/Ordinal/Cuantitativo/Porcentual
Dimensión de la calidad:	Criterio (según el Modelo E.F.Q.M.) al que responde el indicador
Objetivo:	Número que represente el objetivo que se pretende evaluar
Unidad de análisis:	Gerencia de A.P./Hospital/Gerencia de Urgencias, Emergencias y T. Sanitario/ Oficina Provincial de Prestaciones/Servicios Centrales
Tipo de objetivo:	Obligatorio (incluido en el contrato de gestión) o Voluntario (no incluido)
Nivel pactado (Estándar)	En el caso de objetivos obligatorios, grado que se debe alcanzar, según lo acordado en el contrato de gestión.
Justificación	Resumen de la hipótesis teórica y/o pruebas empíricas en las que se basa el indicador.
Fórmula	Cálculo que hay que realizar para obtener el indicador (indicadores cuantitativos y porcentuales)
Explicación de términos	Descripción de las variables que intervienen en la fórmula.
Población / muestra	Descripción de la población (y en su caso la muestra) que representa el indicador
Fuente de datos	Resumen de los medios utilizados para obtener el indicador
Resultado obtenido	I. dicotómico: Sí/ No/No aplicable I. ordinal: 1/2/3/4/5/6 I. cuantitativo: Proporción/No aplicable I. porcentual: Porcentaje/No aplicable

Fuente: Elaboración propia, adaptado de la Fundación Avedis Donabedian¹¹.

¹¹ www.fadq.org.



Equipo de evaluadores

La Gerencia del SESCAM nombra un equipo de evaluadores, compuesto por un Técnico y el Jefe del Servicio de Calidad Asistencial, y por los Coordinadores de Calidad de otros centros, diferentes al que se va a auditar.

Informe final

El resultado de la auditoría se plasma en un Informe final, que es entregado a la Dirección Gerencia del SESCAM y a la Dirección Gerencia del Área auditada. El informe señala una serie de áreas de mejora, siendo importante que los directivos se impliquen y adopten las medidas adecuadas para corregir las posibles insuficiencias detectadas.

CONCLUSIONES

El *audit* médico es una herramienta eficiente para la evaluación externa de la calidad asistencial; la tabla 3 recoge como ejemplo el informe de una

auditoría realizada en Mayo de 2004 en el ámbito del SESCAM. Desde enero de 2003, al entrar en vigor el “nuevo Plan de Calidad del SESCAM” se han realizado varias auditorías, tanto en Atención Primaria como en Hospitales, cuyos resultados no han variado de forma significativa de los resultados previamente declarados por los coordinadores de las Comisiones de Calidad, lo que puede interpretarse como un indicador positivo de la validez de la evaluación. En definitiva, la práctica de las auditorías del Plan de Calidad hasta ahora realizadas se ha mostrado como un instrumento útil para la evaluación de los objetivos del Plan. Hay que tener en cuenta que la auditoría constituye un eslabón más de la cadena de “mejora continua” de la calidad, por lo que su efectividad no ha de valorarse de forma aislada, sino como parte de una metodología mucho más global.

Tabla 3

<p>INFORME (ABREVIADO) DE AUDITORIA DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, REALIZADA EN MAYO DE 2004</p> <p>OBJETIVOS</p> <p>Comprobar la exactitud de la evaluación del Plan de Calidad 2003 realizada por la Gerencia del Área de Salud, centrándose en los Objetivos Obligatorios de Atención Primaria. Conocer el desarrollo del Plan de Calidad 2004. Conocer algunos proyectos de mejora finalizados y otros en marcha.</p> <p>METODOLOGÍA GENERAL</p> <p>Entrevistas con el Equipo Directivo, Coordinador de Calidad, Responsable de Calidad de Enfermería. Responsables de Objetivos y Responsables de Proyectos de Mejora. Revisión de documentación: Muestreo de historias clínicas¹², registros, guías de práctica clínica, actas de reuniones, Informe Anual de Calidad, etc.</p> <p>PLAN DE TRABAJO</p> <p>Reunión con el Equipo Directivo. Presentación de la Auditoría. Repaso de los resultados del año 2003 y objetivos para el año 2004. (Director Gerente, Director Médico, Director de Enfermería).</p> <p>Revisión de los resultados del año 2003 con el Coordinador de Calidad y la Responsable de Calidad de Enfermería. Revisión de la documentación aportada. (Coordinador de Calidad. Responsable de Calidad de Enfermería).</p> <p>Reunión con responsables de objetivos/proyectos de mejora de la calidad (Seleccionados por el Coordinador de Calidad) en la Gerencia o en algún Centro de Salud próximo. Revisión de algún proyecto de mejora.</p> <p>Reunión con algunos miembros de la Comisión de Calidad (según disponibilidad). Repaso de las actividades de la Comisión durante el año 2003 y objetivos para el año 2004.</p> <p>REVISIÓN DE LOS OBJETIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>OBJETIVO AP1. Lograr el liderazgo en calidad asistencial por parte del Equipo Directivo del Área.</p> <p>Aunque cualquier Equipo de Atención Primaria puede tener iniciativas en la mejora de la calidad, se considera fundamental que exista un compromiso explícito de la Dirección, y que ésta facilite la formación y el apoyo necesario a los profesionales^{13,14}. Los equipos directivos deberán:</p> <p>Favorecer la planificación, seguimiento y difusión de las actividades de gestión de la calidad en el Área.</p> <p>Potenciar la participación de los profesionales en la implantación y desarrollo de los Ciclos de Mejora de la Calidad.</p> <p>Integrar, dentro de las líneas de mejora que se diseñen, los aspectos de calidad científico-técnica o percibida en los que ya se está trabajando. Potenciar la formación en conceptos y herramientas de Gestión de la Calidad.</p> <p>Impulsar y favorecer el trabajo técnico de las Comisiones de Calidad creadas.</p> <p>Elaborar un Informe Anual con las actuaciones llevadas a cabo en el Área.</p> <p>Prestar el apoyo necesario a los Responsables de Calidad de Área: apoyo administrativo, tiempo de dedicación, despacho, ordenador, espacio de almacenamiento de documentación, facilidad para desplazamientos a reuniones y congresos, etc.</p> <p><u>Indicador AP1.1. ¿En qué grado presta el equipo directivo la formación y apoyo necesario a los profesionales?</u></p> <p>METODOLOGÍA: Entrevista con el Director Gerente. EVALUACIÓN: No evaluado EQUIPO AUDITOR: 2</p>

¹² Saturno Hernández, P.J. (1999): Muestreo y herramientas para la monitorización de la calidad, Máster de Gestión de la Calidad en Servicios de Salud. Universidad de Murcia.

¹³ Agra Varela, Y., García Boró, S., Magrinyà Rull, P. (1994): Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria. Comunidad de Madrid, Madrid.

¹⁴ Marquet Palomar, R., Avellana Revuelta, E., Davins Miralles, J.D. (1994): "La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas". FMC; 1(1): 7-18.

Este objetivo no fue evaluado el año pasado. El Equipo Auditor solicita que este año sea evaluado. Durante la entrevista, el Director Gerente expone las limitaciones del Plan de Calidad, en el sentido de falta de recursos (tiempo, personas dedicadas a ello). Asimismo, expresa su preocupación por algunas acciones no coordinadas planteadas desde Servicios Centrales.

El Equipo Directivo está implicado en acciones de mejora, y comprometido con el Plan de Calidad.

OBJETIVO AP2. Designar un responsable/coordinador de calidad asistencial del Área

Sus funciones serán:

- Apoyar a la Dirección Gerencia en todos los temas relacionados con la calidad asistencial.
- Asesorar metodológicamente a sus compañeros acerca de la mejora continua y la evaluación de la calidad asistencial.

- Participar en la evaluación anual del Plan de Calidad y enviar los resultados al SESCOAM.

- Ser la persona de referencia en el área de cara al resto de Áreas de Atención Primaria y a la institución.

El Responsable del Área no es el encargado de realizar todos los trabajos de calidad, sino que debe facilitar las actividades de mejora y transmitir la cultura de la calidad a los profesionales y trabajadores.

Indicador AP2. ¿Existe un responsable/coordinador de calidad del Área?

METODOLOGÍA: Contraste de opinión entre Equipo Directivo, Coordinador y Responsables de Objetivos.

EVALUACIÓN: Si EQUIPO AUDITOR : Validado

OBJETIVO AP4. Crear y mantener la Comisión de Calidad del Área.

Sus funciones son:

- Fomentar el diseño y desarrollo de los proyectos de mejora de la calidad en el Área.

- Potenciar la participación de los profesionales de los EAP o Gerencia en la mejora de la calidad.

- Establecer un modelo estandarizado y consensuado de presentación de proyectos de mejora

- Establecer un registro de proyectos del área.

- Poner a disposición de los profesionales del área, documentación y bibliografía que sirvan de herramientas de apoyo en el diseño y desarrollo de proyectos de mejora de la calidad, como por ejemplo un procedimiento para la validación de los proyectos.

- Impulsar actividades de formación e investigación.

- Difundir y dar a conocer a los profesionales los proyectos de mejora realizados y sus resultados.

Indicador AP4.2. Número de reuniones de la Comisión de Calidad en el 2003.

METODOLOGÍA: Entrevista y revisión de la documentación aportada por el Coordinador y Miembros de la Comisión de Calidad. Revisión de las actas de la Comisión de Calidad.

EVALUACIÓN: 4 EQUIPO AUDITOR: Validado Se comprueban las reuniones, dedicadas a la elaboración del Plan de Acogida al nuevo trabajador, Guía farmacoterapéutica, etc.

OBJETIVO AP5. Creación o mantenimiento de un registro de proyectos de mejora de la calidad.

Se trata de establecer un sistema de información en el ámbito del Área, como fuente de información para la gestión de proyectos de mejora de calidad, que permita planificar y evaluar periódicamente el desarrollo de los objetivos de calidad y proporcionar información a los profesionales del Área a los órganos de participación y dirección (Comisión de Dirección, Consejo de Gestión, Comisión de Calidad, etc.) y a los Servicios Centrales.

El registro debe contener la siguiente información:

- Título del proyecto.

- Proyecto específico de un EAP o enmarcado en uno más amplio del Área.

- EAP en el que se desarrolla el proyecto o EAPs que participan, en caso de ser un proyecto de Área.

- Documentación mínima de cada proyecto: dimensión de calidad que aborda (científico- técnica, accesibilidad, satisfacción de los usuarios, efectividad, eficiencia), aspecto de mejora (documentación clínica, manejo de enfermedades crónicas, calidad de prescripción, cita telefónica, información al usuario, etc.), breve justificación y principales objetivos.

- Fecha de inicio del proyecto: puede considerarse la fecha en la que se presenta un proyecto para validación.

Situación del proyecto en alguna de estas fases:

Proyecto en curso: Diseño, evaluación inicial realizada, fase de implantación de medidas correctoras, primera reevaluación realizada, mantenimiento del ciclo de mejora, monitorización.

Proyecto interrumpido antes de haber completado un ciclo de mejora (primera reevaluación).

Proyecto finalizado.- Cronograma previsto para las fases definidas previamente. - Responsable del proyecto y datos para su localización.

Indicador AP5.2. Número de proyectos de mejora registrados durante el año.

METODOLOGÍA: Entrevista y revisión de la documentación aportada por el Coordinador y Responsables de Proyectos de Mejora. EVALUACIÓN: 3 EQUIPO AUDITOR: Validado

OBJETIVO AP6. Mejora de la calidad de la Historia Clínica

Es un Programa de evaluación externa que será realizado por la inspección del Sescam en colaboración con las Sociedades Científicas Regionales de Atención Primaria (Objetivo recogido en el Contrato de Gestión Consejería de Sanidad-SESCAM 02).

Indicador AP6. Porcentaje de EAP que tiene implantado el modelo de Historia Clínica Normalizada (indicador del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010)

METODOLOGÍA: Entrevista y revisión de la documentación aportada por el Coordinador y Responsable de Calidad de Enfermería, y Responsable del Objetivo. EVALUACIÓN: 100% EQUIPO AUDITOR: Validado

OBJETIVO AP8. Introducir guías de práctica clínica o protocolos de actuación en algún Centro de Salud del Área

Las guías de práctica clínica son “Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre que decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias clínicas específicas”. Las guías de práctica clínica (GPCs) pueden mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, siempre que estén bien diseñadas y se apliquen en la práctica¹⁵.

El objetivo consiste en la introducción de GPC en, al menos, un centro de salud, en el que se considere que se den las circunstancias adecuadas. Hay que tener en cuenta que la introducción de una GPC requiere del consenso previo por parte de los profesionales.

Los protocolos asistenciales son un conjunto de normas de actuación clínica de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas.

Indicador AP8.1 Número de Guías de Práctica Clínica introducidas en el Área

METODOLOGÍA: Entrevista y revisión de la documentación aportada por el Coordinador y Responsable del Objetivo. Revisión de las Guías de Práctica Clínica. EVALUACIÓN: 5 EQUIPO AUDITOR: Validado

Existen GPC sobre cefalea, lumbalgia, hiperplasia benigna de próstata, hipertiroidismo y rectorragia.

OBJETIVO AP11. Implantar el programa de recepción y tramitación de quejas/reclamaciones y sugerencias/felicitaciones de los usuarios.

Indicador AP11.1. Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que tiene implantado el Programa de recepción y tramitación de quejas/reclamaciones de los usuarios (Indicador del Plan de Salud de Castilla la Mancha 2001-2010)

METODOLOGÍA: Entrevista y revisión de la documentación aportada por el Coordinador y Responsable de Calidad de Enfermería, y Responsable del Objetivo. Revisión del registro de quejas y reclamaciones.

EVALUACIÓN: 100% EQUIPO AUDITOR: Validado Existe un registro e informes de reclamaciones por causas.

ENTREVISTAS CON RESPONSABLES DE PROYECTOS DE MEJORA Y COMISIÓN DE CALIDAD

Entrevista con la Secretaria y con el Presidente de la Comisión de Calidad. Existen varios Proyectos de Mejora en marcha. Uno de ellos es el control de talonarios de recetas oficiales, realizado en un Centro de Salud. Se ha realizado un ciclo de mejora, con el resultado de un proyecto normalizado de distribución de recetas.

¹⁵ Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (2002): “Protocolos y Guías de Práctica Clínica”. *Diario Médico*.

Otros proyectos de mejora: Programa de Salud Infantil, evaluación de los registros de enfermería, Guía Farmacoterapéutica de Área, encuesta de satisfacción a pacientes sometidos a cirugía menor, etc.

Trabajo de la Comisión de Calidad 2004: La Comisión de Calidad está tratando de incorporar administrativos. La última reunión de la Comisión de Calidad, la tuvieron en Diciembre de 2003, y se trataron los objetivos de Calidad del Contrato de Gestión de 2004.

Objetivo 3b.1..... De momento tienen previsto 1.

Objetivo 3c.1..... Consideran excesivo 5 reuniones anuales.

Objetivo 3c.2..... id.

“ 5a.6.....Asumible.

“ 5d.2.....Habló la comisión que le parecía mucho, contando con el poco tiempo que los profesionales dedican a la calidad.

Objetivo 6a.2.....Se habló de cómo poder medir dicho objetivo. ¿Por la ausencia de reclamaciones al respecto?,

¿dándole registro de salida del C. de Salud, cuando se le entregue la copia?.

Objetivo 6b.4.....Se hace en cirugía menor y en atención de emergencia. Objetivo

8a.2.....Colabora la gerencia con la Cruz Roja en el tiempo de la vendimia.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA: El proceso de auditoría se ha desarrollado con total normalidad y en un clima de cooperación. Se puso a disposición del Equipo Auditor todo aquello que éste requirió como apoyo a la actividad que se estaba realizando. Con la información aportada se validan todos los objetivos. En la Memoria del Área, se deberían resumir los principales resultados del Plan de Calidad.

El equipo evaluador detectó un interés sincero por parte del Equipo Directivo, Coordinador de Calidad, participantes en los Planes de Mejora, etc. Los proyectos en marcha son interesantes y están bien planteados. El Área está realizando algunas actividades que complementan y enriquecen el Plan de Calidad del Contrato de Gestión. La cultura de la mejora de la calidad está presente en la gestión del Área.

Los proyectos de mejora son variados y de interés. Uno de los proyectos más ambiciosos es la evaluación del proceso de atención de enfermería. Se debería plantear su publicación y difusión a otras Áreas.

La Comisión de Calidad tiene planteados varios objetivos para el año 2004, destacando su esfuerzo para incorporar personal administrativo.

Los resultados del plan de Calidad del 2003 se validan en su conjunto. Se aprecia un adecuado trabajo en la mejora continua de la calidad asistencial del Área.