

Evaluación y mejora de la calidad del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud

M. Concepción Escribano Sabater^a, J. Patricia Moreno Pina^b, Gloria Bañón Arias^c, José J. Herranz Valera^d y Rafael Gomis Cebrián^e

Objetivo. Comprobar que la aplicación de las actividades del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) del adulto sobre la población de una zona de salud ha mejorado con el tiempo.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Emplazamiento. Atención primaria, zona de Salud Molina la Ribera.

Pacientes y participantes. La población diana fueron los pacientes de la zona de salud, de 18-79 años de edad, atendidos durante los 2 periodos de estudio: 16.236 del 1 de mayo de 1995 al 30 de abril de 1996, y 17.377 del 1 de julio de 2003 al 30 de junio de 2004. Las muestras se obtuvieron por muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo, de las historias clínicas de la población diana: 140 en la primera evaluación y 250 en la segunda (intervalo de confianza del 95%).

Mediciones. Se realizaron las 2 evaluaciones por auditoría interna y retrospectiva, mediante revisión de historias clínicas por parte de profesionales sanitarios del centro (*peer-review*). Las variables revisadas fueron las actividades del PAPPS del adulto.

Resultados. El área de mejora global alcanzada fue del 64,45% (gráfico de Pareto). Todas las actividades del PAPPS (excepto la anamnesis por metrorragia) tuvieron una mejora significativa en su cumplimiento ($p < 0,05$). La actividad del PAPPS con mayor grado de mejora fue la mamografía, que pasó del 3,70% \pm 7,12 de cumplimiento en la primera evaluación al 83,87% \pm 12,95 en la segunda.

Conclusiones. El grado de cumplimiento de las actividades del PAPPS ha mejorado con el tiempo, excepto la anamnesis sobre metrorragia. La mamografía fue la actividad con mayor grado de mejora.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud. Prevención primaria. Promoción de la salud.

EVALUATION AND IMPROVEMENT IN THE QUALITY OF THE PROGRAMME OF PREVENTIVE ACTIVITIES AND HEALTH PROMOTION

Objective. To confirm that the use of the programme of preventive activities and health promotion (PPAHP) for adults in a health district has improved over time.

Design. Retrospective and transversal descriptive study.

Setting. Primary care, Molina la Ribera Health District, Murcia, Spain.

Patients and participants. The target population was the health district's patients between 18 and 79 years old seen during the 2 periods of study: 16 236 from 1-05-1995 to 30-04-1996 and 17 377 from 1-07-2003 to 30-06-2004. Randomised sampling stratified for age and sex of the clinical records of the target population gave these samples: 140 at the first evaluation and 250 at the second (95% CI).

Measurements. Two internal-audit, retrospective evaluations were made, by means of review of clinical records by health professionals at the centre (*peer review*). The variables reviewed were activities of PPAHP for adults.

Results. The overall improvement attained was 64.45% (Pareto Diagram). All PPAHP activities (except Anamnesis for Metrorrhagia) showed significant improvement in compliance ($P < .05$). The PPAHP activity with the highest degree of improvement was Mammography, which went up from 3.70% (± 7.12) of compliance (first evaluation) to 83.87% (± 12.95) (second evaluation).

Conclusions. Degree of compliance with PPAHP improved with time, except for anamnesis on metrorrhagia. The activity with the greatest degree of improvement was mammography.

Key words. Quality of health care. Primary prevention. Health promotion.

^aSubdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias (SGAPUE). Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS). Servicio Murciano de Salud (SMS). Murcia. España.

^bEAP Molina la Ribera. Molina de Segura (Murcia). España.

^cEAP Molina la Ribera. Molina de Segura (Murcia). España.

^dSubdirector General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias (DGAS). Murcia. España.

^eDirección General de Calidad. Consejería de Sanidad. Murcia. España.

Correspondencia:
M.C. Escribano Sabater.
Dirección General de Asistencia Sanitaria.
C/Pinares, 4. 30001 Murcia
Correo electrónico:
maria.c.escribano@carm.es

Manuscrito recibido el 19 de mayo de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de enero de 2006

Introducción

En la declaración de la Conferencia Internacional de Alma Ata (1978), se reafirmó la decisión de la OMS de que «la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social» y se señaló que la atención primaria «presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios (...) y comprende (...) actividades de educación, sobre los principales problemas de salud y sus métodos de prevención»¹.

En España se inicia la reforma de la atención primaria (AP) con el RD 137/1984 de 11 de enero², y se desarrolla conforme a la Ley General de Sanidad³. Desde entonces, las actividades de prevención y promoción de la salud han sido parte importante del trabajo en AP⁴ y la mejor estrategia integrada en la práctica clínica, para mejorar el nivel de salud de la población⁵⁻⁸.

En 1989 surge el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), promovido por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), asumido por su red de centros investigadores⁹ y avalado posteriormente por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰. Este programa nace orientado a la consulta oportunista, al aplicar sus actividades aprovechando las demandas asistenciales del paciente.

El programa está implantado de forma voluntaria, en 695 centros de salud, 19 pertenecientes a la Región de Murcia⁹.

Hasta ahora se han realizado 5 evaluaciones del PAPPS de ámbito nacional en 1990, 1991, 1993, 2001 y 2003⁹. Estas evaluaciones han permitido conocer el grado de implantación y cumplimiento del PAPPS y las necesidades de estructura y organización para llevarlo a cabo¹¹.

Por otro lado, las actividades de mejora de la calidad contribuyen a optimizar el proceso de atención al paciente, adecuando la actuación de los profesionales a los procedimientos más correctos según la evidencia científica, mejorando la satisfacción de los pacientes y la relación coste-beneficio.

El objetivo de nuestro estudio ha sido comprobar que la aplicación de las actividades del PAPPS sobre la población de una zona de salud ha mejorado con el tiempo.

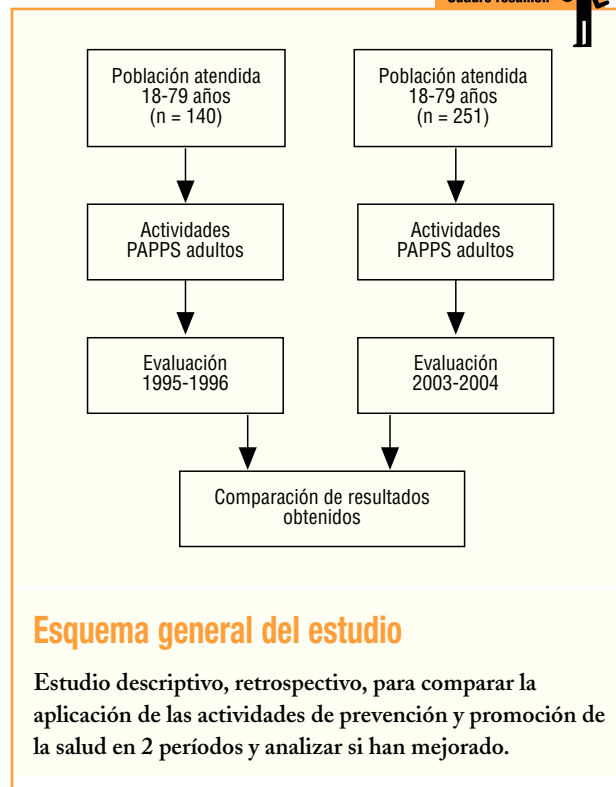
Sujetos y método

Estudio descriptivo retrospectivo, con dos evaluaciones de las actividades del PAPPS en el adulto; ambas por auditoría interna. La dimensión estudiada ha sido la calidad científico-técnica, utilizando datos de proceso.

Población diana

La población diana en la primera evaluación fueron los 16.236 pacientes de 18-79 años de edad de la zona de salud, atendidos

Material y métodos Cuadro resumen



entre el 1 de mayo de 1995 y el 30 de abril de 1996; en la segunda evaluación, fueron los 17.377 pacientes de 18-79 años de la zona de salud, atendidos entre el 1 de julio de 2003 y el 30 de junio de 2004.

Períodos de estudio

La primera auditoría se realizó desde el 1 de mayo de 1995 hasta el 30 de abril de 1996, y la segunda desde el 1 de julio de 2003 hasta el 30 de junio de 2004.

Diseño

Para ambas auditorías se realizó una revisión cruzada de historias por parte de los profesionales sanitarios, diseñando previamente criterios normativos y explícitos para cada variable (criterios) con sus excepciones y aclaraciones.

Criterios

Las variables utilizadas fueron: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo de alcohol, hipercolesterolemia, obesidad, ejercicio físico, mamografía, exploración mamaria, citología, anamnesis sobre metrorragia, vacuna antirrubéola, vacuna antitetánica y vacuna antigripal. Previamente se demostró la fiabilidad de estos criterios (índice de concordancia $\geq 0,95$ o índice de kappa $> 0,60$) (tabla 1).

Las categorías de cada criterio fueron sí, no o excepción.

Fuentes de datos

En la primera evaluación se utilizó la historia clínica en formato papel. En la segunda evaluación se utilizó la historia clínica in-

TABLA 1
Fiabilidad de los criterios

| Criterio | Concordancia | Índice kappa | Prevalencia (%) |
|--------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Consumo de alcohol | 0,95 | 0,64 | 10,00 |
| Ejercicio físico | 0,97 | 0,89 | 15,00 |
| Consumo de tabaco | 0,92 | 0,68 | 17,50 |
| Consejo antitabaco | 0,87 | 0,63 | 27,50 |
| Vacuna contra el tétanos | 0,92 | 0,77 | 25,00 |
| Vacuna contra la gripe | 0,97 | 0,94 | 42,50 |
| Medición de peso | 0,95 | 0,84 | 22,50 |
| Medición de talla | 0,92 | 0,79 | 27,50 |
| Cálculo del IMC | 0,97 | 0,78 | 7,50 |
| Presión arterial | 0,95 | 0,89 | 42,50 |
| Colesterol | 0,95 | 0,89 | 57,50 |
| Mamografía | 1,00 | 1,00 | 5,00 |
| Rubéola | 0,92 | 0,68 | 17,50 |
| Exploración de la mama | 0,92 | 0,81 | 32,50 |
| Metrorragia | 0,87 | 0,72 | 40,00 |
| Citología | 0,95 | 0,89 | 37,5 |

IMC: índice de masa corporal.

formatizada (OMI-AP) o, en su defecto, la historia clínica en formato papel.

Selección de las muestras, tabulación y tests utilizados

En ambas evaluaciones se realizó un muestreo aleatorio estratificado por edad y sexo, mediante extracción sistemática del listado de la población diana, ordenado por edad y sexo.

En la primera auditoría fueron necesarias 140 historias clínicas (intervalo de confianza [IC] del 95% y precisión del 8,3%). En la segunda, se necesitaron 251 historias (IC del 95% y precisión del 6,1%).

En cada evaluación se procedió a tabular los datos (frecuencia absoluta y porcentaje del cumplimiento e incumplimiento de cada criterio) y a calcular el IC, dejando aparte (no incluidas en los cálculos de porcentajes, etc.) las excepciones y exclusiones. Se aplicó también a cada serie el análisis de Pareto.

En las dos series se comparó el grado de cumplimiento entre diversos grupos, realizando tests de comparación de proporciones, mediante la χ^2 entre las diferentes categorías de la variable sexo y la comparación del cumplimiento de criterios en función de la edad, con el test de comparación de medias (t de Student) para la media de edad de los casos en que se cumplía o no cada uno de los criterios.

En todos los casos se aceptó como válida (diferencia estadísticamente significativa) un valor de $p < 0,05$.

Comparación de las dos series

Para la comparación de resultados de las dos auditorías, se calculó la diferencia absoluta de las frecuencias, su diferencia relativa y el grado de significación de la diferencia (tabla 2). Para valorar globalmente la diferencia de los resultados, se homogeneizaron las muestras y se aplicó el análisis de Pareto para ambas.

Para los cálculos se usaron los programas Epi-info y SPSS.

TABLA 2
Comparación de resultados entre la primera y la segunda evaluación

| Criterios | Porcentaje de cumplimiento | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------|--------------------|-----------|---------------|-------|-------|----------|
| | Primera evaluación | | Segunda evaluación | | Variación (%) | | | |
| | % | (IC) | % | (IC) | ABS | REL | z | p |
| Consumo de tabaco | 12,6 | (± 5,96) | 46,22 | (± 6,35) | 33,61 | 38,46 | 4,86 | < 0,001* |
| Consejo antitabaco | 16,43 | (± 6,14) | 40,17 | (± 6,17) | 23,75 | 28,41 | 6,66 | < 0,001* |
| Consumo de alcohol | 2,86 | (± 2,76) | 46,80 | (± 6,19) | 43,94 | 45,24 | 9,01 | < 0,001* |
| Presión arterial | 29,32 | (± 7,74) | 54,0 | (± 6,18) | 24,68 | 34,91 | 4,70 | < 0,001* |
| Colesterol | 48,09 | (± 8,56) | 63,70 | (± 7,8) | 15,61 | 30,07 | 2,98 | < 0,004* |
| Talla | 16,67 | (± 6,22) | 48,79 | (± 6,22) | 32,12 | 38,55 | 6,30 | < 0,001* |
| Peso | 15,94 | (± 6,11) | 47,58 | (± 6,22) | 31,64 | 37,64 | 6,24 | < 0,001* |
| IMC | 2,90 | (± 2,80) | 42,57 | (± 6,14) | 39,67 | 40,86 | 8,34 | < 0,001* |
| Ejercicio físico | 12,32 | (± 5,48) | 27,82 | (± 5,58) | 15,50 | 17,68 | 3,53 | < 0,001* |
| Vacuna contra el tétanos | 16,43 | (± 6,14) | 48,0 | (± 6,19) | 31,57 | 37,78 | 6,21 | < 0,001* |
| Vacuna contra la gripe | 45,45 | (± 20,81) | 82,22 | (± 11,17) | 36,77 | 67,41 | 7,62 | < 0,002* |
| Mamografía | 3,70 | (± 7,12) | 83,87 | (± 12,95) | 80,17 | 83,25 | 15,24 | < 0,001* |
| Vacuna contra la rubéola | 3,57 | (± 6,87) | 20,75 | (± 10,92) | 17,18 | 17,82 | 4,59 | 0,049* |
| Exploración de la mama | 7,32 | (± 7,94) | 46,15 | (± 12,12) | 38,84 | 41,90 | 7,95 | < 0,001* |
| Anamnesis metrorragia | 29,63 | (± 17,22) | 39,39 | (± 16,67) | 9,76 | 13,88 | 1,94 | 0,43 |
| Citología cervicovaginal | 5,56 | (± 7,48) | 52,38 | (± 12,33) | 46,83 | 49,58 | 9,29 | < 0,001* |

IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal.

Nota: en todos los casos se han excluido las excepciones.

*Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

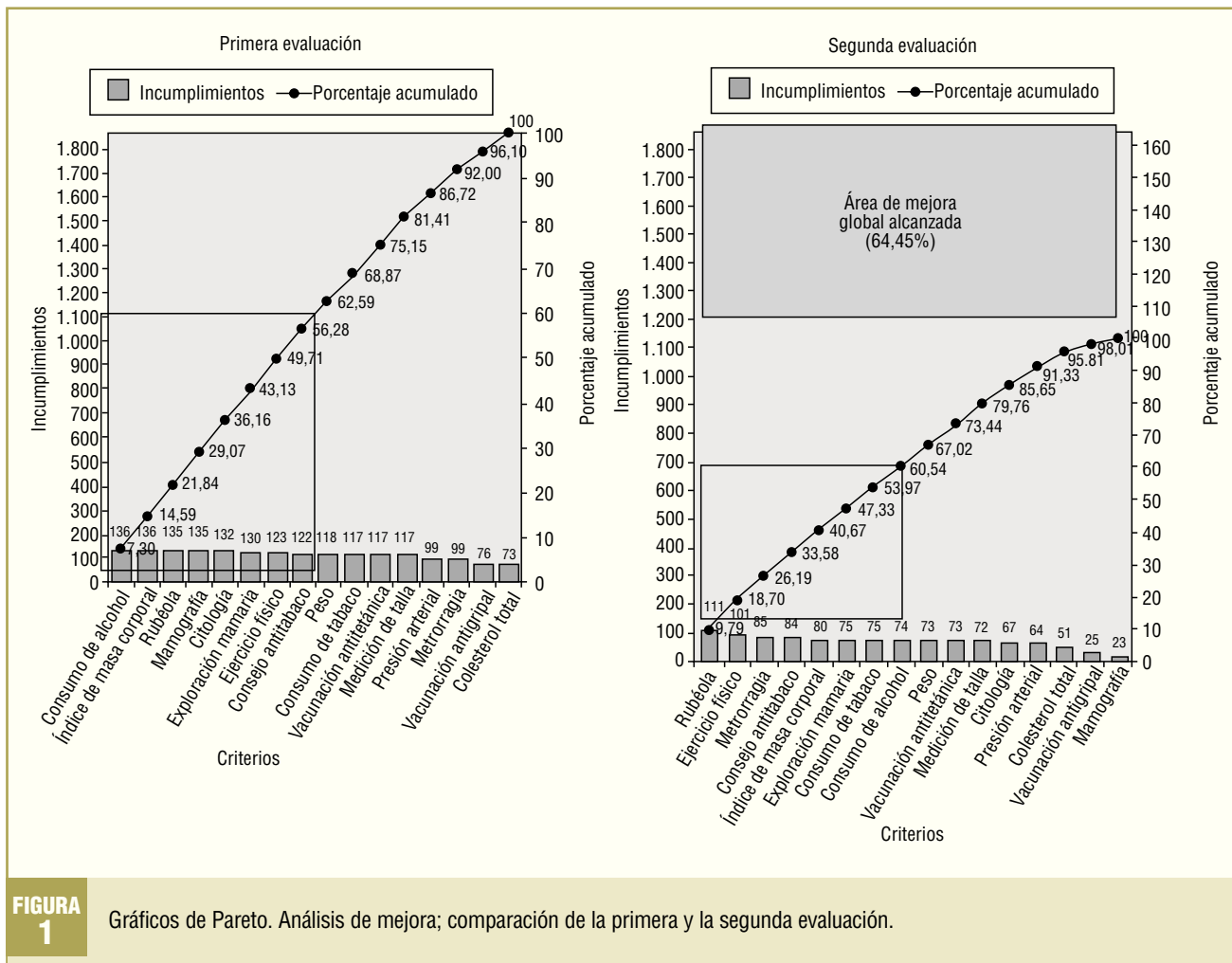


FIGURA 1 Gráficos de Pareto. Análisis de mejora; comparación de la primera y la segunda evaluación.

Resultados

En la primera auditoría se evaluaron 56 historias clínicas de varones (40%) y 84 de mujeres (60%). La media de edad de la muestra fue de 43,39 años, con una desviación típica de 17,01. Destaca un mayor cumplimiento de las siguientes actividades: determinación de colesterol del 48,09% ($\pm 8,56$), vacunación antigripal del 45,45% ($\pm 20,81$), anamnesis sobre metrorragia posmenopáusicas del 29,63% ($\pm 17,22$) y toma de presión arterial del 29,32% ($\pm 7,74$).

En la segunda auditoría, se evaluaron 126 historias clínicas de varones (50,2%) y 125 de mujeres (49,8%). La media de edad de la muestra fue de 41,45 años con una desviación típica de 15,57. Destaca un mayor cumplimiento de las siguientes actividades: mamografía del 83,87% ($\pm 12,95$), vacunación antigripal del 82,22% ($\pm 11,17$), determinación de colesterol del 63,70% ($\pm 7,80$) y toma de presión arterial del 54% ($\pm 6,18$).

En la tabla 2 se puede observar la comparación entre los cumplimientos de la primera y la segunda evaluación: todas las actividades revisadas, a excepción de la anamnesis

de metrorragia, obtuvieron una mejora significativa en su nivel de aplicación.

Se encontró un área de mejora global de cumplimiento de criterios del 64,45% mediante análisis de Pareto (fig. 1).

La mamografía fue el criterio con mayor grado de mejora (fig. 2).

Discusión

Las dos evaluaciones realizadas, separadas 7 años entre sí, reflejan una clara mejora del nivel de cumplimiento de las actividades del PAPPs en el adulto en esta zona de salud; que puede ser debido a distintas causas.

Estas actividades se han ido incorporando de forma habitual a la práctica cotidiana de los profesionales sanitarios de AP, con una progresiva sensibilización de éstos hacia la prevención y promoción de la salud¹¹.

La introducción de la historia clínica informatizada, a partir de 2000 (entre la primera y la segunda evaluación), supone, por un lado, la creación de un sistema de recordatorios continuos de las actividades preventivas pendientes en

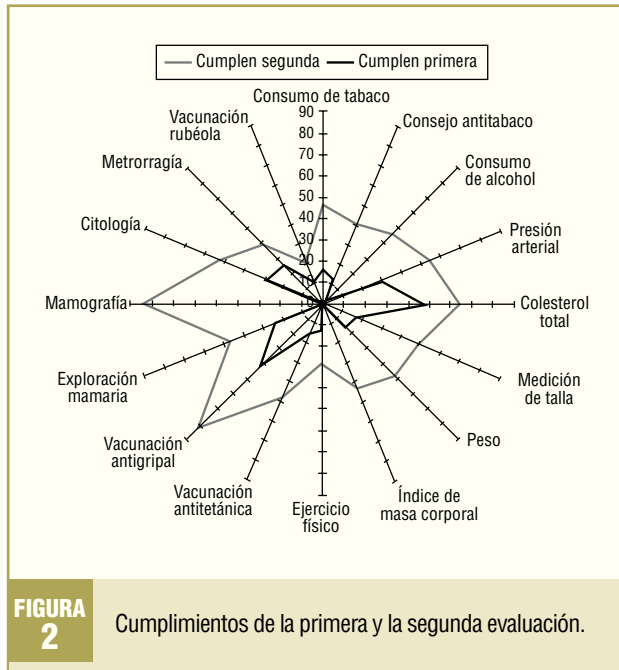


FIGURA 2 Cumplimientos de la primera y la segunda evaluación.

cada paciente y, por otro, un mejor registro de datos, en lugares inequívocos de la historia⁸, que facilitan su búsqueda y recuperación; es decir, la historia clínica informatizada facilita un mayor grado de cumplimiento y un mejor registro de los datos.

La inclusión de las actividades del PAPPS en los servicios de Cartera de AP¹² y su progresiva cultura evaluadora pueden también influir positivamente en esta mejora.

A pesar de ello, en la segunda evaluación, algunas actividades íntimamente relacionadas con la modificación de estilos de vida (como el consejo sobre ejercicio físico o el consejo antitabaco) presentan un menor grado de cumplimiento que otras de diagnóstico precoz o cribado, como la

mamografía o la determinación del colesterol, al igual que ocurrió en evaluaciones nacionales anteriores⁹.

La implantación del Programa de Prevención de Cáncer de Mama en la Región de Murcia¹³ en 1994 (poco antes de iniciar la primera evaluación del estudio), con un sistema de captación activa sobre la población diana, ha influido en que la mamografía haya sido la actividad del PAPPS con mayor grado de mejora.

Las actividades preventivas evaluadas han sido realizadas sobre la población que acude a consulta. Serían necesarios otros estudios, ampliando las fuentes de datos, para conocer el grado de aplicación de actividades preventivas sobre toda la población adulta de esta zona de salud.

Podemos concluir que el área de mejora global alcanzada ha sido del 64,45%. El grado de cumplimiento de todas las actividades del PAPPS ha mejorado con el tiempo de aplicación, excepto la anamnesis sobre metrorragia posmenopáusica. La mamografía es el criterio con mayor grado de mejora en su cumplimiento. La captación activa en determinados programas puede mejorar la accesibilidad a algunas actividades preventivas del PAPPS.

Bibliografía

1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, 12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
2. Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud. BOE N.º 27 de 11 enero de 1984.
3. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE N.º 102 de 29 de abril de 1986.
4. Martín Zurro. Prevención y promoción en las consultas de atención primaria: prioridades y efectividad. *Aten Primaria*. 2003;32:1.
5. Sanfélix Genovés J. Evaluación de la calidad de las actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas en la población adulta de un centro de salud. *Medifam*. 2000;10:420-6.
6. Brotons C. European Review on Prevention and Health Promotion in Family Medicine/General Practice. *EUROPREV. Aten Primaria*. 2001;28:13-4.
7. Martín Zurro A, Martín Rabadán M, Fores García D. La efectividad de las actividades preventivas. *Aten Primaria*. 1999;24:9.
8. Iglesias M. Organización de la prevención en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:11-5.
9. Programa de actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.papps.org/>
10. Lluch- Martín E. Política General del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985. p. 31-6.
11. Martín Zurro A. La motivación de los profesionales en la introducción de la prevención. En: *Actividades preventivas. Monografías clínicas en atención primaria*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994.
12. Normas técnicas mínimas para los servicios de la Cartera de Atención Primaria. Madrid: Subdirección General de AP. Insa-lud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
13. Aragón Martínez A, Pérez Riquelme F, Valcárcel Saavedra MJ. Programa de Prevención de Cáncer de Mama en la Región de Murcia: resultados 2000-2001. *Boletín Epidemiológico de Murcia*. 2002;23:638.

Discusión Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El PAPPS, promovido por la semFYC, se puso en marcha en 1989, es de adscripción voluntaria e incluye evaluaciones periódicas de ámbito nacional.
- Es necesaria más información sobre el cumplimiento de las actividades del PAPPS y los cambios producidos con el tiempo de aplicación.

Qué aporta este estudio

- Una visión sobre el grado de cumplimiento de las actividades del PAPPS con el tiempo en una zona de salud.