

## ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinadora de la serie: Laura Palacios

## Acreditación externa de calidad. «Oportunidad de mejora a través de la experiencia»

Laura Palacios Llamazares, Montserrat Gens Barberà, Núria Hernández Vidal y Elisa Vidal Esteve

### Introducción

El interés por la gestión de la calidad de la asistencia sanitaria está siendo una constante en los últimos tiempos, pero cuando hablamos de calidad a veces no queda claro a qué nos referimos. La definición de calidad, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, es la «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor». Algo es de calidad cuando goza de estimación general.

El concepto de calidad es dinámico: siempre podemos mejorar. Por esta razón preferimos hablar de mejora continua de la calidad, un proceso con principio pero sin fin.

Una atención sanitaria de calidad de acuerdo con los principios de la mejora continua abarca diferentes aspectos: algunos están relacionados con los resultados, otros con los ciudadanos y otros con los profesionales. Nuestras organizaciones deben procurar satisfacer no sólo las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación, etc.), sino también otros aspectos relativos a la calidad percibida como seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía.

Existen diferentes modelos para la gestión de la calidad que son principalmente sistemas de acreditación. Los más destacados son: las normas de la International Standards Office (ISO-9000), el modelo europeo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) y el de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Este último es el único específicamente sanitario.

Con este artículo iniciamos una serie en la que trataremos de reflejar lo que supone la acreditación externa de gestión de la calidad según el modelo JCAHO<sup>1</sup>.

La JCAHO es una institución americana de acreditación de establecimientos de salud, cuyos orígenes se remontan a

### Puntos clave

- Una experiencia de acreditación de calidad favorece el trabajo de equipo, estimula la creatividad y aumenta la motivación de los profesionales.
- El modelo de acreditación externa JCAHO, al ser específico del sector sanitario, facilita la comprensión por parte de los profesionales e impulsa una dinámica de mejora que no tiene retorno.
- En atención primaria es importante impulsar más experiencias de acreditación, independientemente del modelo, para incentivar la mejora continua de la calidad asistencial.
- Acreditar «es dar seguridad de que alguien o algo es lo que representa o parece».

1910. El modelo JCAHO, al ser específico de los servicios sanitarios, facilita su aplicación, aunque en España y en un centro de atención primaria (CAP) de gestión pública parece que no tenga sentido realizar una acreditación de calidad, ya que el sistema no diferencia ni incentiva los servicios que demuestran una mayor calidad. Con la experiencia en nuestro CAP, creemos que la oportunidad de mejora que ofrece tener un objetivo de equipo justifica realizar una acreditación de calidad, el esfuerzo de los profesionales y los recursos empleados.

### ¿Qué es una acreditación externa?

Acreditar «es dar seguridad de que alguien o algo es lo que representa o parece».

En nuestro centro de salud, gestionado por el Institut Català de la Salut, partíamos de una inquietud por la mejora continua de los profesionales del equipo que se concretó en una comisión de calidad que impulsaba y ponía en práctica diferentes proyectos de mejora desde 1995. En el año 2002 fuimos propuestos por nuestra gerencia para participar en una experiencia de acreditación en calidad según los estándares de la JCAHO. A partir de ese momento iniciamos un proceso de mejora continua, ya sin retorno. En junio de 2004

ABS Salou I.C.S. Tarragona. España.

Correspondencia: L. Palacios Llamazares.  
 ABS Salou.  
 Carrilet, 12. 43840 Salou. Tarragona. España.  
 Correo electrónico: lpalacios.tarte.ics@gencat.cat

**Palabras clave:** Calidad. Acreditación. Mejora continua. Experiencia. Auditoría externa.

**TABLA  
1**

Funciones centradas en el paciente
Derechos del paciente y ética de la organización
Evaluación de los pacientes
Asistencia a los pacientes
Educación del paciente y la familia
Accesibilidad y continuidad de la asistencia
Funciones de gestión de la organización
Mejorar la actualización de la organización
Liderazgo y dirección
Gestión del entorno y seguridad
Gestión de los recursos humanos
Gestión de la información
Prevención y control de la infección

recibimos la acreditación de la JCAHO y en 2007 hemos sido de nuevo auditados para mantener la certificación.

Para entender el proceso para la acreditación, en primer lugar hay que conocer en qué se basa la evaluación de la JCAHO y cuáles son los estándares utilizados.

La acreditación está basada en una auditoría externa que realiza la evaluación de 11 funciones, unas centradas en el paciente y otras en la organización. En cada una de las funciones se debe cumplir unos estándares establecidos (tabla 1). Cada función valora diferentes aspectos de la calidad.

### **Derechos del paciente y ética de la organización<sup>1-3</sup>**

Los estándares de esta función tienen en cuenta cómo la organización aborda los procesos para identificar, informar, proteger y promover los derechos del paciente; tener en cuenta a la familia, en caso necesario, en decisiones sobre el paciente; educar a los profesionales en los derechos del paciente, respeto de la confidencialidad y consentimiento informado, y establecer un marco ético en la organización.

### **Evaluación de los pacientes**

Se valora cómo se recoge la información y los datos sobre la historia clínica y las condiciones físicas, psicológicas y sociales, cómo se analizan los datos para identificar las necesidades de atención del paciente y cómo se elabora un plan de atención que tenga en cuenta dichas necesidades.

### **Asistencia a los pacientes**

Esta función valora el propósito principal de una organización sanitaria: cómo se planifica y se presta la atención a cada paciente, cómo se realiza el seguimiento y cómo se interpretan los resultados de la atención para modificarla en caso necesario. Todo ello realizado por un equipo multidisciplinario que ha de prestar los servicios coordinadamente.

### **Educación del paciente y la familia**

Valora que la educación del paciente y la familia esté planificada, se inicie tras la evaluación de las necesidades de aprendizaje, que el aprendizaje se adapte a las necesidades específicas del paciente y que se realice un seguimiento.

### **Accesibilidad y continuidad de la asistencia**

Los estándares están relacionados con la integración de los servicios, de profesionales y de niveles que configuran la continuidad de la atención, cuáles son los flujos eficientes y cómo se realiza el traslado o el alta del paciente a otro centro o a su domicilio.

### **Gestión y mejora de la calidad**

Esta función hace hincapié en la importancia de la monitorización continua, el análisis de los datos, en que la mejora de los procesos clínicos y de gestión esté bien organizada y en que se cuente con un liderazgo claro para alcanzar el máximo beneficio posible. Los esfuerzos para la mejora de los procesos deben estar guiados por un marco general de gestión de la calidad total de la organización.

### **Liderazgo y dirección**

Los líderes deben identificar la misión de la organización y asegurar que se dispone de los recursos necesarios para cumplir con esta misión. Además, deben trabajar conjuntamente para coordinar e integrar las actividades de la organización, incluidas las diseñadas para mejorar la atención y los servicios clínicos. Una atención excelente requiere un liderazgo eficaz.

### **Gestión del entorno y seguridad**

Esta función valora la planificación sobre 7 áreas: seguridad de los edificios, equipos y sistemas; vigilancia (se protege la propiedad y a sus ocupantes); materiales peligrosos (control de la manipulación, almacenamiento y uso); emergencias; seguridad contra incendios; equipo médico, e instalaciones.

### **Gestión de los recursos humanos**

Valora la organización y la planificación en la selección del personal, la documentación de las capacidades y conocimientos, la formación y la posibilidad de aprender y progresar personal y profesionalmente de los trabajadores.

### **Gestión de la información**

La información es un recurso que debe ser gestionado de manera eficiente por parte de los líderes de la organización. Ésta debe obtener, gestionar y utilizar la información para mejorar los resultados de los pacientes, así como la actuación individual y global de la organización.

### **Prevención y control de las infecciones**

Tiene en cuenta los procesos que realiza la organización en la vigilancia, prevención y control de las infecciones. Valora que los programas tengan líderes identificados, nor-

mas y procedimientos adecuados, educación del personal y coordinación de toda la organización.

### ¿Cómo es la auditoría?

Tras una preparación previa de documentos, los evaluadores realizan una visita de 2 días durante la que, para comprobar el cumplimiento de los estándares, inspeccionan el centro, entrevistan a diferentes profesionales y revisan la documentación preparada.

Posteriormente, elaboran un informe o manual de acreditación en el que se ha valorado de forma cuantitativa el grado de cumplimiento de cada uno de los estándares de las 11 funciones. Este manual de acreditación facilita el diagnóstico de la realidad, identifica los problemas clave y proporciona recomendaciones para la mejora. A partir de este punto, se elaboran los diferentes planes de acción, y se difunden, implantan y siguen las mejoras mediante indicadores. Es decir, se pone en práctica la metodología de la mejora continua de la calidad.

Para un equipo de atención primaria, la experiencia de acreditación de calidad supone una oportunidad para la mejora continua que repercute en toda la actividad asistencial y, en nuestra opinión, aporta una serie de ventajas, aunque también tiene inconvenientes (tabla 2).

### ¿Qué hemos aprendido?

– Que cualquier excusa es buena para implicarse en la mejora continua de la calidad.

**TABLA  
2**

Ventajas	Inconvenientes
Refuerza el trabajo de equipo y cohesiona a los profesionales	Sin apoyo directivo no es posible
Es catalizador de cambios internos	Necesita recursos extraordinarios
Implica a los profesionales en la cultura de la mejora	Dificultad para adaptarnos a la cultura de describir y escribir procesos
Los profesionales aprecian la seguridad de tener procedimientos claros	Es necesario mantener una motivación alta de los profesionales
Se ofrece garantía de calidad a los usuarios y a las entidades del entorno	Es necesaria la implicación de todos los profesionales y directivos
Buen instrumento de gestión	Se necesita un liderazgo potente
Ayuda a identificar áreas de mejora	

- Que emprender un proceso de acreditación que tiene un reconocimiento internacional supone un estímulo para los profesionales y favorece la implicación de todos.
- Que la organización por procesos facilita el trabajo.
- Que hemos de reevaluar constantemente las mejoras implantadas.
- Que el seguimiento mediante indicadores sencillos es muy útil.
- Que la calidad es un viaje sin final.

### Bibliografía

1. Manual de acreditación de atención ambulatoria según los estándares de la Joint Commission International. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian; 2002.
2. Fundación Avedis Donabedian. Modelo de Acreditación JCAHO (citado 30 Mar 2008). Disponible en: [www.fadq.org](http://www.fadq.org)
3. Palacios L, Hernández N, Gens M. Experiencia de acreditación de calidad en un centro de atención primaria. Revista Todo Hospital. 2006;224:98-109.