



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Cómo pasa la vida, que de pronto son años...

How life passes by, and how years fly

J.J. Mira^{a,*}, J. Aranaz^b y J. Vitaller^c

^a Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Consellería Sanitat, Universidad Miguel Hernández, Co-Editor de Revista de Calidad Asistencial, Elche, España

^b Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Inspección Médica, Consellería Sanitat, Elche, España

Recibido el 23 de junio de 2015; aceptado el 23 de junio de 2015
Disponible en Internet el 3 de agosto de 2015



La REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL (RCA) va camino de su 30 cumpleaños. En este tiempo combatir la variabilidad innecesaria, y su contrapartida, promover la adecuación de las prestaciones e intervenciones, junto a la perspectiva del paciente, su relación y participación en el sistema sanitario y la seguridad de los pacientes, han sido 3 temáticas centrales en torno a las que se han aglutinado la mayoría de los estudios realizados.

Las bases y el marco para la mejora de la calidad

Van a cumplirse 50 años de la propuesta del profesor Donabedian¹ diferenciando entre estructura, proceso y resultado y describiendo, para cada caso, los procedimientos que debíamos aplicar. De manera muy didáctica nos enseñó a abordar la siempre compleja evaluación de la atención sanitaria y hoy día seguimos aplicando sus enseñanzas.

Algunas cosas han cambiado, pero las fuentes de variabilidad que actúan como barreras para la calidad asistencial y que él identificó siguen estando presentes². Así, el código postal es más determinante del nivel de salud de lo que sería deseable y persiste la variabilidad en el acceso a recursos

sanitarios y en los resultados atribuida a causas geográficas, al perfil de los centros sanitarios, a razones organizativas, a la disponibilidad de medios o a los sistemas de incentivos que se aplican³.

Los sistemas de reconocimiento/aseguramiento de la calidad se han ampliado y el enfoque se ha reorientado hacia resultados, otorgándoles más peso en la evaluación final⁴. En el ámbito de la seguridad del paciente es donde se aprecian más cambios, por ejemplo de la mano de la certificación ISO 179003. En RCA las referencias a EFQM⁵, ISO⁶ o, más recientemente gestión *Lean*^{7,8}, han sido frecuentes y han contribuido a que estos modelos de referencia sean más conocidos y aplicados.

No obstante, persisten algunas lagunas y probablemente asistamos en el corto plazo a un creciente interés por:

1. Comparar entre sí la efectividad de los modelos y normas, para ofrecer una información clara y objetiva que no confunda a ciudadanos y pacientes, ni tampoco a los profesionales.
2. Determinar el impacto de la implantación de estos modelos, o sus recomendaciones, en la eficiencia de las organizaciones o sistemas.
3. Conocer la repercusión en el medio plazo de la implantación de estos modelos o sus recomendaciones en la cultura organizacional y, en particular, en la de calidad y seguridad de los profesionales.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira).

4. Revisar los indicadores que habitualmente se valoran en el marco de estos modelos desde un enfoque triple meta⁹, considerando los objetivos de: mejor salud, mejores cuidados y mayor eficiencia, para rediseñar los sistemas reorientando los objetivos en aras de la sostenibilidad.

La necesaria participación del paciente

La propuesta de Earl Koss¹⁰ para que se escuchara lo que los pacientes tienen que decir sobre la asistencia sanitaria y la decisión del presidente JF Kennedy de impulsar los movimientos de consumidores, con su propuesta del derecho a ser informado, a elegir y a ser escuchado¹¹, han contribuido a perfilar el alcance de la calidad asistencial.

En estos años hemos vivido una completa transformación en la forma de entender la participación del paciente en su salud y en su interacción con el sistema sanitario. La transición del paciente, de objeto a sujeto de la atención sanitaria¹², ha traído consigo nuevas estrategias y enfoques en calidad asistencial¹³, primando la activación del paciente¹⁴.

El problema de la falta de adherencia y persistencia asociada a la cronicidad persiste. La solución parece que no puede venir solo de una mayor información, aunque esta sea imprescindible¹⁵. Fomentar el autocuidado e incrementar el nivel de alfabetización en salud de la población siguen siendo retos actuales a la vista de su repercusión en los resultados en salud¹⁶. Aunque han pasado algunos años, todavía debemos concienciarnos de que los pacientes toman sus propias decisiones, escuchan y deciden qué quieren hacer.

Es imprescindible potenciar en el paciente su capacidad para controlar su evolución y tratamiento, gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad y decidir cómo y dónde obtener la asistencia sanitaria que necesita según cada momento. Además, pueden y deben actuar como segundo control (colaborando para evitar errores de medicación)^{17,18}, y transmitir información de la propia experiencia a otros pacientes en una situación similar o participar en grupos dentro del enfoque de paciente experto¹⁹.

Aunque las valoraciones de los pacientes, sobre todo de los más mayores, de la atención sanitaria de la que son objeto suele ser positiva, cuando se explora con más detalle cuál ha sido su nivel de participación en las decisiones, la información recibida para asumir el control de su proceso o sobre las precauciones que debe adoptar para no perder el control, hallamos resultados menos optimistas¹³.

Es probable que en los próximos años los intereses giren en torno a:

1. Revisar los procesos de atención, considerando el tránsito del paternalismo a una interacción que reconozca y propicie la autonomía del paciente.
2. Identificar la mejor forma para lograr la activación del paciente, incluyéndola como una medida adicional para la sostenibilidad del sistema de salud. En definitiva, para que asuma un rol activo e interactúe con los profesionales sanitarios para aprender más de su enfermedad y tratamiento y contribuya a la calidad de la atención de la que es objeto.

3. Buscar nuevas fórmulas para un efectivo compromiso de la ciudadanía en un consumo de los recursos sanitarios de una forma más responsable.

4. Evaluar el impacto en los resultados de salud de las nuevas fórmulas de interacción con profesionales y sistemas (correo electrónico, carpeta de salud, alfabetización en salud mediante prescripción Web, actividades grupales, etc.).

La gestión de los riesgos inherentes a la atención sanitaria

La Alianza mundial para la seguridad del paciente que la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó para afrontar la reducción de los riesgos inherentes a la atención sanitaria cumple ahora sus primeros 10 años.

En EE. UU., en los 70, fue más evidente que nunca antes que el incremento de los costes asociados a la considerada «mala praxis» crecía anual y exponencialmente (en torno al 11,6%), lo que hacía peligrar la viabilidad del sistema sanitario. En el fondo subyacía un desequilibrio en las relaciones entre pacientes, profesionales y organizaciones sanitarias que contribuyó a 2 hitos relevantes en la historia reciente de la calidad asistencial. El *Harvard Medical Practice Study*, que analizó los eventos adversos asociados a la hospitalización, marcando la pauta para los estudios que vendrían después, y el informe *To err is human*²⁰ del *Institute of Medicine*, que al reconocer sin ambages que los pacientes en ocasiones sufren lesión o daño como consecuencia de la intervención sanitaria, sentó las bases de un espectacular cambio en la forma de entender la calidad en las instituciones sanitarias de todo el mundo.

Hoy sabemos que en los países más desarrollados uno de cada 10 pacientes hospitalizados²¹ y en una de cada 100 consultas en atención primaria habrá un paciente que sufrirá algún tipo de daño durante el curso de la atención sanitaria que reciba, extremo que en nuestro país corroboraron el estudio ENEAS²² y el estudio APEAS²³.

En esta década se han alcanzado alianzas en el Sistema Nacional de Salud para mejorar la seguridad del paciente, esta ha sido incluida en la agenda de las organizaciones sanitarias, somos más conscientes de los principales riesgos y disponemos de herramientas para afrontarlos. Por estas razones, España cuenta con reconocimiento internacional por su esfuerzo en mejorar la seguridad de los pacientes²⁴.

Las razones éticas (antes que nada no dañar) que impulsaron el programa de la OMS siguen con plena vigencia. Hemos comprobado la efectividad de algunas de las medidas adoptadas y estamos en camino de conocer el impacto de otras intervenciones para reducir el número de los eventos adversos. De este modo, por ejemplo, el proyecto Bacteriemia Zero se calcula que ha prevenido 3.800 bacteriemias asociadas a catéter venoso central en las UCI, evitando 342 muertes. El proyecto Neumonía Zero logró que la neumonía asociada a ventilación mecánica en las UCI pasara de una densidad de incidencia de 16,8 por 1.000 días de ventilación mecánica a 6,9, y la misma tendencia apuntan los resultados preliminares del proyecto Resistencia Zero, en el que la tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes al ingreso en UCI por cada 100 pacientes ingresados ha

pasado en los primeros meses de desarrollo de un 4,1 a un 2,2.

La magnitud del problema, sin embargo, es escalofriante. Los diferentes estudios realizados hasta la fecha en nuestro país ponen de manifiesto que la horquilla en la que se mueve el monto económico asociado a los eventos adversos oscila entre 400 a 1.200 millones de euros/año. Otras estimaciones indican que los costes de la no seguridad se sitúan en el entorno del 6% del gasto sanitario público.

El debate en el Congreso de los diputados el 13 de diciembre de 2013 de la estrategia nacional sobre la seguridad del paciente en España supuso, sin duda, un punto de inflexión sobre la necesidad de incidir de forma especial en la seguridad y claro respaldo a las políticas en materia de seguridad que se están llevando a cabo, aunque quede camino por recorrer. No primamos un enfoque de sistema frente al enfoque de personas. Seguimos compartiendo una cultura de seguridad en donde la búsqueda de un culpable (normalmente el último en contacto con el paciente) sigue siendo la respuesta ante los eventos adversos. Seguimos primando un enfoque de personas frente a enfoque de sistema, y nos olvidamos de que un sistema seguro es aquel que disminuye la probabilidad de que los profesionales comentan errores.

Es obvio que cuando ocurre un evento adverso hay un paciente que sufre un daño, pero también sabemos que repercute negativamente en los profesionales y en las instituciones. Las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos requieren también nuestra atención.

No sería extraño que entre los temas de interés destaquen:

1. Universalizar la aplicación de las prácticas clínicas seguras en todos los centros del Sistema Nacional de Salud. Esto incluye la constante actualización²⁵ de las prácticas clínicas seguras que no pueden dejar de hacerse, pero también la actualización de las prácticas que deben erradicarse por inseguras, inútiles o ineficientes.
2. Impulsar el cambio hacia una cultura positiva de seguridad, tanto desde la perspectiva gerencial como profesional, e incluso desde la ciudadanía es uno de los retos más difíciles que debemos afrontar. Queda mucho por hacer en este terreno, y además los resultados de sus iniciativas se consiguen a más largo plazo. En este cambio, avanzar en un marco de seguridad jurídica para los profesionales se ha vuelto imprescindible de cara a dar un paso decisivo en aras a la seguridad de los pacientes, superando las actuales resistencias a una comunicación franca con el paciente víctima de un evento adverso, y logrando una mayor implicación en el análisis de los riesgos, los fallos y los errores, aprendido de la experiencia.
3. Hacer participe al paciente para que sea un miembro más del equipo asistencial, que se corresponsabilice en su seguridad durante el tránsito por el sistema sanitario. En este terreno es donde más tímidas han sido hasta ahora las iniciativas, en Europa en general y en España en particular.
2. Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry*. 1985; 22:282-92.
3. Atlas de variación en la práctica médica [consultado 23 May 2015]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/es/home;jsessionid=D5BC18B1D8D37BB431A5B578AF59726A>
4. Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Vitaller J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. *Rev Calid Asist*. 2003;18:107-14.
5. Palacio F, Pascual I, Daniel J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. *Rev Calid Asist*. 2002;17:87-92.
6. Salazar de la Guerra R, Ferrer Arnedo C, Labrador Domínguez MJ, Sangregorio Matesanz A. Certificación de los servicios enfermeros. Norma UNE-EN-ISO 9001-2008. *Rev Calid Asist*. 2014;29:350-4.
7. Font Noguera I, Fernández Megía MJ, Ferrer Riquelme AJ, Balasch S, Parisi I, Edo-Solsona MD, et al. Mejora del proceso farmacoterapéutico del paciente hospitalizado mediante la metodología Lean Seis Sigma. *Rev Calid Asist*. 2013;28:370-80.
8. Aguilar-Escobar VG, Garrido-Vega P, Godino-Gallego N. Mejorando la cadena de suministro en un hospital mediante la gestión Lean. *Rev Calid Asist*. 2013;28:337-44.
9. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health and cost. *Health Affairs*. 2008;27:759-69.
10. Koss E. The health of regionsville. What the people thought and did about it. New York: Columbia University Press; 1954.
11. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilbert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit*. 2010;24:247-50.
12. Meneu R. La perspectiva de los pacientes. *Gest Clin Sanit*. 2002;4:3-4.
13. Lorenzo S. Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. *Gac Sanit*. 2008;22:186-91.
14. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004;39:1005-26.
15. Mira JJ, Guilbert M, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expectations*. 2014;17:39-82.
16. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med*. 2012;27: 520-6.
17. Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donalson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:53-62.
18. Schwappach DL. Review: Engaging patients as vigilant partners in safety: A systematic review. *Med Care Res Rev*. 2010;67: 119-48.
19. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27:332-7.
20. IOM. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
21. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2008;17:216-23.
22. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, The ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *Int J Qual Health Care*. 2011;23:705-11.
23. Aranaz J, Aibar C, Limon Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Pub Health*. 2012;22:921-5.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44:166-206.

24. Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. Red europea de seguridad del paciente y calidad (European Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.* 2015;30:95–102.
25. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices [consultado 23 May 2015]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>