



MODELOS DE CALIDAD
ASISTENCIAL
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desarrollo y aplicación de la calidad asistencial en la Atención Primaria. Opina la Administración

D.^a Pilar Polo

DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SNS

El objeto de este artículo es realizar una descripción del origen y desarrollo de las políticas de calidad, en particular en el sector sanitario y en el Sistema Nacional de Salud, para a continuación enmarcar las iniciativas en curso desde el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS.

Las políticas de calidad constituyen una oportunidad de mejora para las organizaciones. Están basadas en procedimientos que aseguran conocer los pormenores de la prestación del servicio, de la intervención sanitaria en el entorno en el que nos encontramos y permiten determinar si se produce el resultado deseado desde el punto de vista de los diferentes agentes: ciudadanos, profesionales y la propia organización. Por ello, las iniciativas orientadas a la mejora de la calidad permiten a las organizaciones de servicio ajustar su forma de trabajar para conseguir el resultado más eficiente, teniendo en cuenta su potencial y posibilidades, dando satisfacción a las necesidades y expectativas de la población a la que dirigen sus servicios, pero también a quienes los producen, lo que se traduce en seguridad y confianza en el desempeño.

La calidad irrumpió en el sector sanitario español a partir de los años ochenta y puso de relieve, entre otras muchas cosas, que la premisa del servicio centrado en el cliente, afecta también de forma central a los servicios de salud. Si en el pasado la calidad de la atención estaba garantizada por la profesionalidad del médico, que a su vez dependía de la formación recibida en la facultad de Medicina, en el presente la calidad de la atención a la salud de la población implica tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad y a los responsables políticos. El enfoque de la calidad contribuye a ampliar la visión de las organizaciones sanitarias y proporciona un instrumento con gran capacidad transformadora y de mejora.

1. Desarrollo histórico de la calidad y aplicación a los Sistemas de Salud

La historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos; sin embargo, es la revolución industrial, con su sistema de trabajo en serie, la que comenzó a aplicar de forma siste-

mática el control de calidad de sus productos. De esta forma, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo, siendo realizada por el propio empleado, quien señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados.

Los requerimientos en el aumento de la producción que supuso la Segunda Guerra Mundial originaron un importante desarrollo del control estadístico del proceso que permitió a los inspectores contar con herramientas estadísticas que permanecieron restringidas al área de producción y que no pudieron ser manejadas por los responsables de la toma de decisiones. En esta época, Armand Feigenbaum apunta el nuevo concepto de «control de la calidad total» en el que incluye a todos los departamentos de la empresa para alcanzar la satisfacción plena del cliente. Sus teorías se consideran el origen de lo que hoy se llama Gestión de la Calidad Total. Este nuevo marco teórico permitió la revisión sistemática de los procesos y la toma de las acciones oportunas en cualquier nivel de la producción cuando fuera necesario. En este ambiente y tras la fundación de la American Society for Quality Control en 1946, los conceptos de calidad se extendieron rápidamente.

Finalizada la guerra, las ideas y conceptos sobre control estadístico del proceso y garantía de calidad se traspasan a Japón, donde las empresas alcanzan un alto grado de desarrollo y competitividad.

Durante la década de los ochenta, y con la influencia del modelo japonés, la calidad experimenta una importante evolución en la industria norteamericana, pasando a constituir un elemento principal en la planificación estratégica de las empresas.

En las últimas décadas la apertura económica y la globalización han hecho de la calidad un medio y un fin para alcanzar y retener clientes. La razón de este creciente interés se debió al incremento en la competitividad y a las altas exigencias de calidad por el cliente. En este entorno, el concepto de calidad evoluciona hacia la Gestión de la Calidad Total, cuya nueva filosofía integra las primeras técnicas de control estadístico del proceso con los más avanzados métodos de mejora continua de la calidad.

En el ámbito de la salud se puede citar como antecedentes a Florence Nightingale, que realizó estudios sobre la mejora de cuidados en enfer-

mería y a Ernest Codman que propuso como sistema de evaluación el «End result system», que permitía identificar oportunidades de mejora en el tratamiento de los pacientes y sentó la base de futuros sistemas de monitorización. Posteriormente, Lee y Jones diseñaron unos criterios para medir la calidad de atención en centros hospitalarios y en los años cincuenta del siglo pasado aparecen los primeros estudios de proceso en Atención Primaria y el «audit médico», desarrollado por el cirujano Paul Lemoboque. Posteriormente, los autores que más han destacado por sus aportaciones al campo de la salud, y específicamente al campo de la Salud Pública y la Atención Primaria (AP), han sido Avedis Donabedian, que clasificó los datos susceptibles de evaluación en estructura, proceso y resultado; Palmer, que contribuyó al desarrollo de los métodos de evaluación en AP, y Vuori, que aportó importantes aspectos conceptuales y metodológicos del control de calidad a la planificación sanitaria.

A partir de 1990 se incorporan al campo sanitario la mejora continua de la calidad centrada en el cliente y el concepto de calidad total como base de los modelos de excelencia en la gestión actualmente vigentes.

2. Conceptos clave de calidad en los sistemas sanitarios

2.1. Conceptos de calidad y calidad asistencial

La calidad ha recibido diferentes definiciones, todas relacionadas con las características del producto que se ofrece y con la satisfacción del cliente, de forma que se acostumbra a definir como la «resultante de una combinación de las características de un producto que determinan el grado de satisfacción del cliente».

En los servicios sanitarios se dan una serie de características que condicionan el concepto de calidad y el modo de abordar su medición. Entre estas características cabe mencionar:

- El cliente que recibe un servicio sanitario no maneja nada tangible. En este caso se trata de que el cliente esté satisfecho cuando

utiliza el servicio (buen trato, adecuado tratamiento, etc.) y también posteriormente con las consecuencias del mismo (mejora en la salud o calidad de vida).

- La producción y el consumo del servicio se realizan en el mismo momento.
- El cliente debe confiar en el proveedor del servicio, ya que el servicio no es «visible» antes de su adquisición.
- La etapa inicial o «puerta de entrada» del servicio juega un papel crítico, ya que puede condicionar la percepción posterior del servicio.
- El cliente participa e interacciona en la recepción del servicio, lo cual condiciona la variabilidad del servicio recibido en función de los múltiples factores implicados en el proceso de atención (las expectativas y necesidades del cliente, interacción con el proveedor, disponibilidad de recursos, etc.).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la calidad asistencial se puede considerar como una variable continua dependiente, que mide el nivel de los servicios de salud proporcionados y se distribuye en una escala infinita de valores, en la cual es difícil fijar su nivel óptimo, dados los múltiples factores que la definen. Su concepto ha ido evolucionando en las últimas décadas en función del desarrollo de los sistemas de salud, de forma que actualmente una definición ampliamente citada es la formulada por el *Institute of Medicine* en 1990, como «el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son al mismo tiempo consistentes con el conocimiento científico actual». Esta última definición enlaza con el concepto de gestión de la calidad total, de gran actualidad en las empresas sanitarias del mundo desarrollado, y cuyo fundamento se basa en su orientación al cliente a través de una mejora continua de la organización.

2.2. Dimensiones de la calidad

Todo acto asistencial tiene una serie de componentes, entre los que se encuentran aspectos como accesibilidad, oportunidad, apariencia de las instalaciones, eficacia, efectividad, eficiencia, conveniencia, continuidad,



seguridad, adecuación, suficiencia, equidad, coordinación, confortabilidad, información, agilidad, trato, credibilidad, etc.

Todas estas cualidades apuntadas se pueden agrupar en cinco grandes dimensiones relacionadas entre sí y que incorporan de forma genérica los componentes mencionados anteriormente: *calidad científico-técnica, accesibilidad, satisfacción del cliente, efectividad y eficiencia.*

2.3. Gestión de la calidad

Se refiere a las *actividades coordinadas que son necesarias para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.* Implica el establecimiento de Programas de Mejora de la Calidad, surgidos de estrategias políticas concretas y desarrollados a través de objetivos medibles para que permitan asegurar la mejora continua de la organización.

Esta estrategia es lo que se conoce hoy como Gestión de la Calidad Total (GCT), o más conocida por las siglas TQM del inglés *Total Quality Management.*

Evolución en el desarrollo de la gestión de la calidad

En el desarrollo de la gestión de la calidad hay autores que distinguen cuatro etapas que obedecen a diferentes fases de desarrollo empresarial:

- **Inspección:** verificación de todos los productos después de su fabricación.
- **Control de calidad:** suponía que el producto no se controlaba solamente al final del proceso, sino además a lo largo de la cadena de producción. De esta forma, la calidad pasaba de ser una competencia exclusiva del departamento de calidad a ser responsabilidad de todos los departamentos.
- **Garantía o aseguramiento de la calidad (Quality Assurance):** se refiere a «un sistema generador de datos que permiten asegurar

que un producto o servicio cumplirá los requerimientos exigidos». Dicho sistema no implica necesariamente a toda la empresa.

- GCT: adquirió su desarrollo en los años ochenta del siglo pasado. Actualmente se la identifica con la Excelencia en la gestión y podría ser definida como: «la estrategia de gestión que busca mejorar la calidad continuamente, actuando en todos los procesos y productos de la organización con la implicación explícita de la dirección que actúa como líder y de los trabajadores como agentes clave de cambio para alcanzar la satisfacción de los clientes, internos y externos, y permitir la competitividad de la empresa».

La GCT integra los métodos usados en el control y aseguramiento de la calidad. No se trata, por tanto, de una nueva herramienta para alcanzar la calidad, sino de una forma de gestionar, orientada a obtener la calidad total de todos los recursos organizativos, técnicos y sobre todo humanos, ya que implica perseguir la mejora continua, incorporando el conocimiento y la experiencia de los trabajadores.

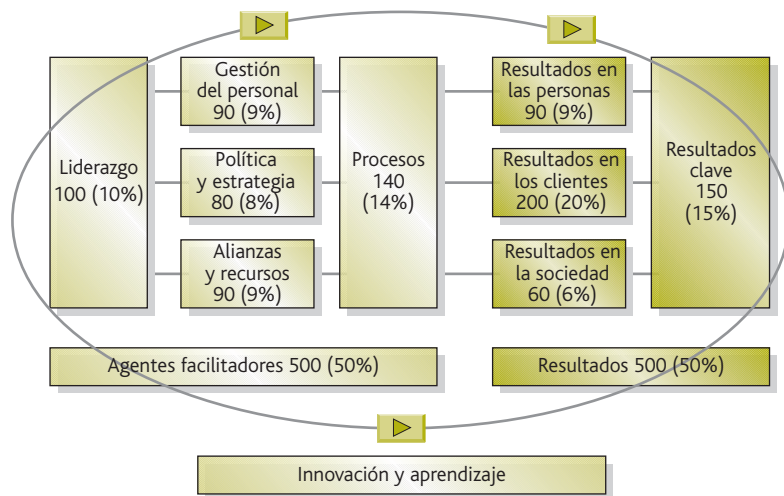
La GCT se apoya en cuatro pilares básicos que son: orientación a las necesidades y expectativas del cliente, eliminación de costes innecesarios, mejora continua de toda la organización y participación de todas las personas que integran la organización.

El desarrollo de la GCT ha dado lugar a la aparición de varios Modelos de Excelencia en la Gestión, que sirven de instrumentos de autoevaluación para las organizaciones. El aspecto compartido por todos estos modelos es la adopción de líneas estratégicas y políticas empresariales que permitan el desarrollo de la calidad total en la organización con la implicación directa de la alta dirección.

- En 1988 nace la European Foundation for Quality Management (EFQM) con el fin de reforzar la posición de las empresas europeas en el mercado mundial a través de la calidad como estrategia clave para lograr una ventaja competitiva global. En 1991 esta organización presenta el Premio Europeo a la Calidad para empresas europeas. Para otorgar este premio, se utilizan los criterios del Modelo Europeo para la Gestión de Calidad Total que se basa en



Figura 1. Modelo de la EFQM



la premisa: «Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la Política y Estrategia que se hará realidad a través de las personas de la organización, Alianzas, Recursos y Procesos».

Los principios del modelo están basados en nueve criterios divididos en dos grupos: los cinco primeros son los Criterios Agentes, que se refieren a datos de proceso y describen cómo se consiguen los resultados (debe ser probada su evidencia) y los cuatro últimos son los Criterios de Resultados, que describen qué ha conseguido la organización (deben ser medibles). La figura 1 muestra el diagrama de desarrollo de este modelo con 9 cajas que representan los criterios y los porcentajes de cada uno de ellos, que son los utilizados por el Premio Europeo de Calidad (EQA).

El modelo EFQM se ha mostrado como una herramienta práctica que ayuda a las organizaciones sanitarias a evaluar, interna y externamente, la excelencia en su gestión. Su uso está ampliamente extendido en el contexto europeo, lo cual permite comparaciones entre diferentes organizaciones.

Sea cual sea el modelo de gestión de calidad que se aplique, debe estar integrado en un Sistema de Gestión de la Calidad definido como «el conjunto de la estructura de organización, responsabilidades, procedimientos, procesos, recursos y normas que se establecen para llevar a cabo los servicios de calidad necesarios para implantar la gestión de la calidad».

Continuando con este recorrido por la evolución de la calidad se incluyen a continuación algunas definiciones que se refieren a conceptos fundamentales.

2.4. Certificación

Se entiende por certificación «la acción realizada por una entidad reconocida como independiente, manifestando a través de un documento o certificado que existe la confianza suficiente de que un sistema de calidad, producto o servicio, debidamente identificado, resulta ser conforme con alguna norma específica».

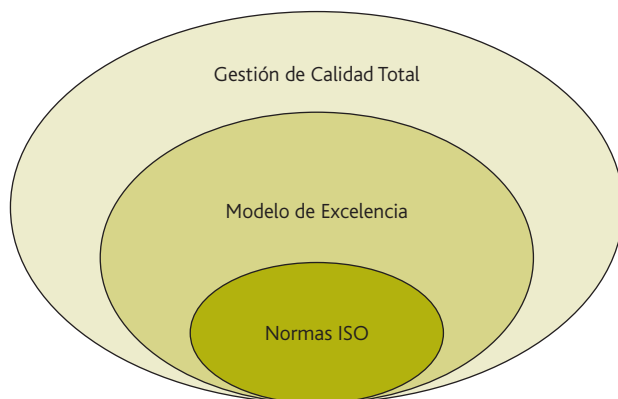
Para llegar a obtener la certificación, la empresa debe cumplir unos requisitos que muestren que existe un plan previo de implantación de un sistema de gestión de la calidad. Estos requisitos están recogidos en la norma ISO 9000/2000 y en la ISO 9004/2000.

La certificación tiene carácter voluntario y permite mostrar al cliente su alto nivel de competitividad al cumplir con una serie de normas de calidad establecidas internacionalmente.

2.5. Normas ISO

Las normas ISO constituyen un conjunto de criterios internacionales para la gestión de la calidad emitidos a través de sus comités regionales. Estos criterios, o normas, ofrecen un marco de referencia que permite establecer un lenguaje común entre proveedores y clientes. Estas normas no contemplan los resultados de la empresa, sino que se limitan a garan-

Figura 2. **Relación entre GCT, Modelo de Excelencia y Normas ISO**



tizar que las empresas certificadas producen sus servicios según unas normas internacionalmente establecidas.

Con el fin de estandarizar los Sistemas de Calidad de distintas empresas y sectores, se publicaron en 1987 las Normas ISO 9000, como un conjunto mínimo de normas aceptadas por todos los países miembros, que son editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO). De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad.

La gran mayoría de las normas ISO son muy específicas para un producto o proceso específico. Sin embargo, la familia de las ISO 9000 y las ISO 14000 son conocidas por ser genéricas, es decir, útiles para cualquier tipo de organización, cualquiera que sea su producto o servicio y en cualquier sector de actividad y útiles para la gestión del sistema, entendiendo como tal la estructura organizativa para gestionar los procesos y conseguir un producto o servicio que cumpla los requerimientos para satisfacer al cliente, cumplir con las regulaciones estipuladas o alcanzar los objetivos medioambientales propuestos.

En la figura 2 se muestra la relación entre Normas ISO, Modelo de Excelencia y GCT. Así, la certificación frente a las Normas ISO se podría solicitar en una organización donde se desarrolle un Modelo de Excelencia y donde

la alta dirección haya implantado una estrategia de GCT implicando a toda la organización en el proceso de mejora.

2.6. Acreditación

Es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de criterios o normas previamente aceptados.

Una organización que solicita ser acreditada está de acuerdo en ser evaluada en relación a una serie de normas nacionales por profesionales específicamente entrenados. El objetivo de estos evaluadores no es sólo detectar problemas, sino además facilitar la información y asesoría necesaria para que la organización pueda mejorar.

En España la acreditación puede ser de centros, servicios, profesionales y actividades de formación. Actualmente la mayoría de Comunidades Autónomas (CC.AA.) tienen en marcha la acreditación de centros y servicios y sólo algunas la de profesionales (Andalucía, Asturias y Baleares). La competencia que las CC.AA. tienen en la acreditación de centros y servicios ha supuesto que muchas de ellas tengan ya establecidos sus criterios de acreditación, lo cual representa una gran dificultad para establecer criterios consensuados a nivel nacional.

En el caso de la acreditación docente en España, ha habido varias experiencias entre las que cabe señalar la puesta en marcha en 1987 por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de un nuevo procedimiento para la acreditación de hospitales para docencia postgraduada, que representa el inicio formal de un Sistema Estatal de Acreditación.

El modelo seguido se basa en la acreditación de actividades formativas y de centros que realicen formación continuada con el objetivo de mejorar la calidad de la formación y las competencias de los profesionales sanitarios. El sistema actual de acreditación está establecido en torno a una Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud que tiene la consideración de Comisión Permanente del Consejo Interterritorial del SNS.

Tras la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en concreto en la sección 3.ª, Estructura de apoyo a la formación, artº 26.2, se atribuye a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud la coordinación de las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar los centros y unidades docentes, para evaluar el funcionamiento de la calidad del sistema de formación, para lo cual podrá recabar la colaboración de las agencias de calidad de las comunidades autónomas y los servicios de inspección de éstas.

Durante 2004 se realizaron 36 auditorías docentes (24 hospitales y 12 Unidades Docentes). Este año 2005 está previsto llevar a cabo 101 auditorías (50 en hospitales y 51 de Unidades Docentes). Para realizar este trabajo se cuenta con diez equipos con experiencia y otros dos más en período de formación.

3. Desarrollo de los Sistemas de Calidad aplicados a la Atención Primaria

La evaluación formal de la calidad asistencial en Atención Primaria (AP) en España comienza con la puesta en marcha de los primeros Equipos de Atención Primaria (EAP), surgidos a partir del RD del 11 de enero de 1984 sobre Estructuras Básicas de Salud, que determina las características de un nuevo modelo de AP integral y la constitución de EAP como alternativa al modelo de asistencia tradicional de cupo.

La mejora de la calidad asistencial ha sido siempre inherente a la filosofía del nuevo modelo de AP desde su nacimiento, como se desprende de la Ley General de Sanidad, donde en el capítulo segundo dice: «Las administraciones sanitarias desarrollarán actividades de control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles».

Esta ley supuso el marco de referencia de un desarrollo normativo posterior en el tema de la calidad en los servicios sanitarios con referencia específica al primer nivel de atención sanitaria como posteriormente se reflejaba en el RD 1983/1996, de 2 de agosto que en su artículo 10 atribuye a

la Dirección General de Atención Primaria y Atención Especializada las funciones, entre otras, de desarrollar programas y actividades para la mejora de prestaciones asistenciales.

Por su parte, el INSALUD recogiendo las normas surgidas de la legislación previa definió un marco regulador para desarrollar estrategias de calidad, entre las que cabe mencionar:

- 1984: Plan de Humanización de la Asistencia. Aunque estaba dirigido, inicialmente, a la creación de los Servicios de Atención al Paciente en los hospitales, permitió poner en marcha, a partir de 1992, un Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios del primer nivel asistencial con el objeto de ofrecer un trato personalizado a los usuarios y acercar las unidades administrativas al ciudadano.
- 1986-1990: Plan de Garantía de Calidad Total. El programa tenía como objetivo la implantación y desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad Total como componente esencial de todos los servicios sanitarios. La estrategia del Plan se basaba en la formación y motivación previa de los profesionales de la salud para que pudieran utilizar las herramientas metodológicas necesarias para el desarrollo de evaluaciones internas y mejora de los servicios.
- 1991-1993: una vez alcanzados los grandes componentes del concepto equidad: extensión de la cobertura sanitaria pública, acercamiento de los recursos a los ciudadanos y enfoque multidisciplinar, el aspecto más importante para el SNS era la calidad del servicio. Por ello se llevaron a cabo sendos estudios cuantitativos de ámbito nacional para conocer la satisfacción de los ciudadanos con el servicio público de salud en Atención Primaria y en atención especializada. Con carácter previo se habían definido con técnicas cualitativas un sistema general de indicadores determinados a partir de la percepción de los ciudadanos en lugar de basarse, como venía siendo habitual, en la perspectiva y necesidades de la organización. De esta forma se inauguró una etapa en la que el usuario y sus preferencias se sitúan entre los datos a tener en cuenta en la toma de decisiones.



- 1994-1996: Contrato Programa/ Contrato Gestión. Su objetivo fundamental era asignar un presupuesto anual prospectivo en función del volumen y complejidad de las actividades a desarrollar. Con el fin de que la mejora de la calidad estuviera incluida en dicho contrato, se estableció la inclusión de un Plan de Calidad común para todas las gerencias de AP del territorio INSALUD. Este Plan debería estar orientado hacia las necesidades del ciudadano, la mejora y eficiencia de los procesos asistenciales, la minimización de riesgos y la mejora de los sistemas de información.
- 1998: Plan Estratégico. La política de Calidad Total en los últimos años de existencia del INSALUD se enmarcaba en el Plan Estratégico. Los principios básicos de este Plan incluían: la orientación a la satisfacción del usuario, la motivación e implicación de los profesionales y la inclusión de todas las unidades de la organización en el proceso de mejora.

Todo este desarrollo normativo contribuyó a la mejora de la formación de profesionales y directivos en temas de calidad, permitiendo la puesta en marcha de planes de calidad que incorporaban herramientas más complejas y efectivas para evaluar la calidad asistencial de los servicios sanitarios.

Culminando, a finales del año 2001, el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, el Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto estableció la desaparición del INSALUD y con ello las competencias sanitarias pasaban a depender de cada comunidad autónoma.

Actualmente, aunque todas las CC.AA. han emprendido alguna estrategia de calidad y cuentan con un órgano que aglutina estas funciones, son también varias las que han desarrollado o están desarrollando Planes de Calidad. Dichos planes, con sus variaciones, son utilizados como herramientas para la mejora de la gestión sanitaria y tienen en común el estar en general orientados a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y a la mejora de los servicios, utilizando los principios de la calidad total. En los últimos años diversas instituciones sanitarias de AP de diferentes CC.AA. han obtenido varios premios a la excelencia y certificaciones ISO.

En la medida en que el destinatario del servicio sanitario es el ciudadano, no tiene sentido hablar de calidad, del servicio sin tener en cuenta sus preferencias y percepciones. Si analizamos a qué aspectos concede la ciudadanía mayor importancia en las consultas de Atención Primaria, se aprecia que el interés del médico y el trato son los más mencionados con porcentajes entre el 30% y el 40%, le siguen, aunque con un porcentaje de menciones sensiblemente más bajo, entre el 10% y el 14%, aspectos relacionados con las instalaciones.

En Atención Primaria, como en otros niveles asistenciales, la satisfacción está muy relacionada con el perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas y se estructura a partir de la relación médico/paciente, dado que son los aspectos relacionados con el médico los que marcan la pauta de satisfacción.

Para situar estos comentarios, cabe subrayar que el SNS cuenta en el año 2004 con 2.702 centros de salud públicos, lo que supone una tasa por 100.000 habitantes de 6,3. En el año 2003 trabajaban en la Atención Primaria del SNS 29.428 médicos (0,7 por 1.000 habitantes), de los cuales el 82% son médicos de familia y el 18% pediatras. Estos profesionales atendieron en dicho año 309.600.000 consultas, el 87% de ellas el médico general o de familia y el resto (13%) el pediatra. Si observamos la evolución en los últimos diez años constatamos que se ha pasado de 5,4 consultas por habitante y año en 1994 a 7,4 consultas de Atención Primaria por habitante y año en 2003.

El Barómetro Sanitario, encuesta dirigida a población de 18 y más años en el territorio nacional excepto Ceuta y Melilla, que el MSC realiza desde los años noventa, proporciona una información de máximo interés para conocer la percepción de los ciudadanos en relación con la atención recibida. Algunos de los resultados que conviene destacar relacionados con la AP son los siguientes:

1. Si comparamos los datos globales con los que corresponden a las consultas de Atención Primaria, podemos ver que la Atención Primaria obtiene una valoración de 7,05, lo que la sitúa en segundo lugar y a escasa distancia tras la hospitalización (tabla 1).



Tabla 1. **Barómetro Sanitario. Índice agregado de satisfacción con los servicios**

	2003	2004
Atención Primaria	6,83	7,05
Consultas externas de Atención Especializada	6,56	6,86
Hospitalización	6,96	7,09
Información	4,64	4,75
Etapa previa a recibir el servicio	4,97	5,23
Accesibilidad (Atención Primaria)	6,88	7,33

Tabla 2. **Barómetro Sanitario. Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en Atención Primaria**

	2003	2004
Muy buena	14,5	21
Buena	68,1	63,4
Regular	14,3	13,5
Mala	2,0	1,4
Muy mala	0,5	0,6
N. C.	0,5	0,1

- Si nos detenemos en la percepción de la Atención Primaria por parte de los ciudadanos, observamos que un 69% de los encuestados ha acudido al médico de Atención Primaria de la sanidad pública en el último año y la gran mayoría (84,4%) considera que ha recibido una atención buena o muy buena (tabla 2).
- Los aspectos mejor valorados por los encuestados en este nivel de atención son la cercanía de los centros, el trato recibido del personal sanitario y la confianza y seguridad que les transmite el médico, que se sitúan por encima de 7,4 puntos sobre 10. Los aspectos peor valorados son el tiempo que transcurre en la sala de espera hasta entrar a la consulta (puntuación de 5,6) y el tiempo que el médico dedica a cada paciente, junto con el tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita, si bien estos dos últimos alcanzan 6,5 puntos sobre 10, por lo que su valoración puede considerarse también relativamente positiva (tabla 3).
- Con respecto a la accesibilidad, las personas que han acudido a un servicio de Atención Primaria público en el último año, manifiestan, en un 55% de los casos, que pidieron cita para un día con-

Tabla 3. **Barómetro Sanitario. Grado de satisfacción del ciudadano con distintos aspectos asistenciales en AP**

	2003	2004
La cercanía de los centros	7,4	7,8
El horario de atención	6,8	7,2
El trato recibido del personal sanitario	7,2	7,4
La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería	6,8	7,0
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	6,4	6,5
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	6,8	7,0
La facilidad para conseguir cita	6,5	6,7
La confianza y seguridad que transmite el médico	7,1	7,4
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,3	5,6
Cuando lo necesita, el médico de cabecera le envía a un especialista		7,2
El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	5,8	6,7
La información recibida sobre su problema de salud	6,4	7,2
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol	6,7	7,0
El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita		6,5

creto y la obtuvieron, mientras que un 15% no la consiguió para el día deseado. La mayoría de los encuestados (74%) indica que cuando ha pedido cita sobre una hora que les convenía, siempre o casi siempre, han tenido en cuenta sus preferencias.

5. El Barómetro Sanitario de 2004 del Ministerio de Sanidad y Consumo, analiza también la importancia que los ciudadanos conceden a los diferentes aspectos que componen el servicio sanitario y la correspondencia entre lo que esperaban recibir en su contacto con la sanidad y lo que realmente percibieron al utilizar sus servicios. El 90% de los ciudadanos manifiestan que se han cumplido o superado las expectativas previas que tenían sobre los servicios sanitarios públicos cuando los han utilizado.

Como se puede apreciar a la vista de estos resultados, la impresión que producen al ciudadano los servicios sanitarios tras su utilización, merece una valoración positiva para un alto porcentaje de los pacientes.

Como aproximación al coste que este servicio representa dentro del gasto sanitario público, cabe señalar que en 2003, último dato disponible,



se destinó a la Atención Primaria de salud en España un 15,7% de dicho gasto y además se destinó a farmacia (recetas) un 22,4%, si nos atenemos a la clasificación funcional del gasto.

Estamos, por tanto, ante un servicio de gran aceptación por parte de los ciudadanos que se enfrenta en la actualidad a múltiples retos:

- Crecimiento de la población: entre 2003 y 2004 la población protegida por el SNS aumentó en casi medio millón de personas (485.354).
- Aumento de la esperanza de vida (77,16 años para los varones y 83,81 para las mujeres), con un incremento de las personas mayores de 65 años (16,4% como media en 2004).
- Mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2003, un 16,4% de la población mayor de 16 años refiere padecer artrosis y problemas reumáticos, un 14,5% hipertensión arterial, un 10,5% hipercolesterolemia, un 9,8% alergia y un 5,9% diabetes, un 5,8% enfermedades del corazón, un 5,5% asma bronquitis crónica o enfisema y un 5,4% depresión por subrayar los problemas de salud más frecuentes.
- Tendencia ascendente de la población que consume medicamentos (44% en 1993 al 55% en 2003). En el mismo período la automedicación pasó del 11,9% al 16,8% de la población según datos de la Encuesta Nacional de Salud del MSC.

Todo ello indica que el perfil de salud de los españoles es similar al de los países de nuestro entorno socioeconómico, y por ello proporcionar una oferta sanitaria adecuada y de calidad requiere importantes esfuerzos económicos, pero sobre todo organizativos y de coordinación entre los diferentes dispositivos y agentes sanitarios. En este sentido, el papel de los médicos del primer nivel asistencial resulta fundamental.

Las nuevas tecnologías han hecho posible la rápida acumulación de información, el presente de las organizaciones sanitarias, en concreto de la Atención Primaria, exige transformar información en conocimiento útil y promover un acceso igualitario a ese conocimiento.

Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados anteriormente, se puede decir que la AP ha desarrollado en diferentes puntos del territorio nacional sistemas de gestión de la calidad como elemento clave para la mejora de sus servicios. Sin embargo, el desarrollo de dichos sistemas ha sido desigual entre comunidades dependiendo, entre otros factores, de la fecha de su transferencia (y por tanto del desarrollo de su propio sistema de gestión sanitaria) y de las líneas estratégicas en materia de salud. Si nos referimos a las opiniones de la ciudadanía a partir de los datos del Barómetro, se deduce que la mejora de la calidad del servicio está directamente relacionada con el papel y posibilidades del profesional sanitario. En este sentido, estamos en el umbral de un punto de inflexión que se traducirá en un nuevo paradigma en la atención sanitaria en Atención Primaria: me refiero al desarrollo de las tecnologías de información y comunicación al servicio de la mejor práctica, lo que supondrá indiscutibles progresos en la calidad de las intervenciones de salud en este nivel y favorecerá la definición de un nuevo marco de relación entre todos los agentes del SNS.

En este sentido, recientemente el MSC ha suscrito un convenio marco con el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, y la entidad pública empresarial Red.es que va a permitir reforzar las tecnologías de información en el SNS con la puesta en marcha en toda España de la denominada *sanidad en línea*, en el contexto del Plan AVANZ@, destinando para ello 141 millones de euros, que se distribuirán entre las CC.AA. que se sumen al proyecto. Si como resulta esperable, todas las comunidades se suman al proyecto, se destinarán 252 millones de euros para la informatización completa del SNS, impulsando así la cohesión de los servicios sanitarios en beneficio de los ciudadanos y los profesionales. Se trata de una gran oportunidad para avanzar en el desarrollo y ejecución de actuaciones conjuntas entre la administración central y las CC.AA. para mejorar el proceso asistencial y la prestación de servicios de salud en una línea en la que todas las administraciones autonómicas están ya trabajando en mayor o menor medida. De este modo, creamos las condiciones para que iniciativas tan útiles para el ciudadano y el profesional como la receta electrónica, la historia clínica electrónica y la cita médica por internet se puedan desarrollar a medio plazo a partir de la compatibilidad de los dispositivos de las CC.AA., lo que permitirá ofrecer a los ciudadanos instrumentos para que puedan desplazarse por todo el país recibiendo una asistencia médica y farmacéutica adecuadas.

4. Perspectivas de futuro

Como se ha descrito, hemos pasado en el ámbito de la calidad, de las acciones centradas en el producto a las orientadas a la satisfacción de expectativas de los destinatarios. Del control técnico al de resultados. Para la OMS *Calidad sanitaria significa asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.*

Dicho de otro modo, actualmente, en el sector salud, la calidad implica dar respuesta a la demanda sanitaria de la ciudadanía de acuerdo con los recursos de conocimiento que la ciencia pone al servicio de la medicina, con las posibilidades de la organización que proporciona el servicio y con las capacidades de quienes articulan la respuesta. Para la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS el marco general de las políticas de calidad viene dado por la incorporación a la sociedad del conocimiento, lo que supone proporcionar seguridad y confianza a todos los agentes del sistema de salud para que los servicios del SNS se ajusten: al conocimiento y experiencia contrastados, a los recursos disponibles, a las necesidades y expectativas de las personas, teniendo como referencias básicas la equidad y la solidaridad.

La actividad del MSC a través de la DG de la Agencia de Calidad del SNS (DG-AC.SNS), constituye un servicio transversal de referencia para el SNS, en el que colaboran las CC.AA., cuyos objetivos básicos son:

- Defender los intereses de los ciudadanos.
- Facilitar su trabajo a los profesionales del sector sanitario.
- Utilizar la información y el conocimiento útiles y validados disponibles para lograr la mejor intervención y los mejores servicios.
- Poner el conocimiento al servicio de la obtención de más salud y mayor bienestar de las personas.
- Proporcionar un espacio de encuentro a las instituciones, centros, servicios y profesionales sanitarios para fijar prioridades y tomar

decisiones estratégicas para la mejora de la calidad en el conjunto del SNS.

Para la consecución de dichos objetivos se están desarrollando actividades que tratan de facilitar la incorporación y el desarrollo de sistemas de calidad que evalúen los beneficios que los servicios dispensados producen en la población, de dar mayor difusión a los resultados y de implicar a todos los actores del Sistema Nacional de Salud (SNS) en las estrategias de mejora.

La misión de la DG de la Agencia de Calidad es crear un marco de discusión y análisis entre todas las CC.AA. que permita encontrar estrategias de mejora de los sistemas sanitarios, consiguiendo la satisfacción de pacientes y profesionales y permitiendo aportar instrumentos que faciliten la evaluación de resultados y la toma de decisiones.

Todo ello va a tener reflejo en el Plan de Calidad que el MSC está elaborando y que contará en los Presupuestos Generales del Estado para 2006 con una dotación específica de 30.800.000 euros.

En este proyecto las CC.AA. y, por supuesto, los sectores profesionales representan un apoyo inestimable e indispensable, por lo que vamos a contar con todos ellos en su desarrollo. Finalmente, quiero agradecer a la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista la oportunidad de dirigirme desde estas páginas a sus asociados y reiterarles la importancia de su labor y de su apoyo para poder desarrollar entre todos la sanidad del futuro.

Bibliografía

1. Agra Y, García S. Evaluación y Gestión de Calidad. Unidad Didáctica 6. Curso de Formación a Distancia de Actualización en Medicina General y de Familia. 2.^a ed. OMC Formación. Madrid: FOMC (Fundación de la Organización Médica Colegial) FSE (Fondo Social Europeo); 2003.
2. García S, Agra Y. Grupo Consultor de Infraestructuras (GCI), Salud y Desarrollo. Seminario de Capacitación en Calidad. Asistencia técnica para el Desarrollo e implementación de una estrategia inte-

- gral para institucionalizar un Programa Nacional de Mejoramiento Continuo de la Calidad. República de Honduras. Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRSS)/Banco Mundial. Madrid; 2004.
3. Klazinga N. Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Int J Qual Health Care* 2000; 12 (3): 183-9.
 4. AENOR. Sistemas de Gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario (ISO 9000: 2000). AENOR. Madrid; 2000.
 5. European Comité for Standardization. Health services-quality management systems. Guide for the use of; EN ISO 9001: 2000. Brussels; 2005.
 6. Castejón M. Sistema de acreditación de formación continuada de profesiones sanitarias en España. *Med Clin* 2004; 123 (6): 224-9.
 7. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
 8. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad 1986. Boletín Oficial del Estado, de 29-04-86). URL disponible en: <http://www.goico.net/legis/sanidad/sanidad.htm> [En línea], [fecha de acceso 23-08-2005].
 9. Sánchez E, Darpón J, Garay J, Letona J, González R, Pérez MJ. Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud Sánchez. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19 (3): 189-99.
 10. Galego P, Gutiérrez AM, Puime P, López-Fernández MD, Gracia Qyuintáns A, Castro R. Calidad en el sistema sanitario público de Galicia. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19 (3): 169-76.
 11. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado de 29-05-2003).
 12. Arévalo R, Coronado A, Polo P, Sivit C. La calidad percibida por los usuarios de Atención Primaria y Especializada del Insalud. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas sobre calidad de los servicios públicos organizadas por el MAP. Madrid; 1993.
 13. Arévalo R, Polo P, Sivit C. Políticas Públicas y Estudios de Opinión: Una colaboración con futuro. *Revista Española de Salud Pública* 1995; 69 (3-4).
 14. Salgado E. Gestión de Riesgos (I). Prólogo. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20 (2): 49-50.