



Parlem amb...

Francesc Medina i Mirapeix

La calidad en la asistencia sanitaria es una máxima a conseguir para todos los profesionales sanitarios, también, por supuesto, para los fisioterapeutas. Por responsabilidad profesional, porque es importante para los gestores –para ganar eficiencia en costes- y porque es importante para los pacientes. Los ciudadanos cada vez van a ser más exigentes, especialmente cuando acudan al ámbito privado. A día de hoy no está excesivamente extendido pero en un futuro próximo, al igual que cuando viajamos consultamos las opiniones de otros viajeros en determinadas páginas, como pacientes también valoraremos y buscaremos información relativa a la calidad y efectividad del servicio que vamos a demandar. Tenerla será clave para estar en el mercado y para ello es necesario saber medirla y mejorar los puntos débiles. Para abordar este tema hemos hablado con **Francesc Medina i Mirapeix**, catedrático del Área de Fisioterapia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y profesor de Metodología de la Investigación y de la Gestión de la Calidad en Fisioterapia y otros servicios de salud. Él es el protagonista del “Parlem amb...” de este número.

En primer lugar, ¿por qué es importante que nos preocupemos por la calidad?

Como comentaré de manera más extensa más adelante, debemos preocuparnos por la calidad porque es importante para los intereses de los pacientes/clientes, de los profesionales y de los gestores de la Fisioterapia. De todos ellos, me gustaría empezar destacando uno que puede ser común para los tres grupos: el de aumentar la visibilidad, atractivo y claridad de lo que ocurre en el centro.

En un futuro próximo, tanto los individuos como las organizaciones demandantes de Fisioterapia, especialmente en el sector privado, esperarán mayores niveles de información acerca de la calidad y los resultados previsibles de los servicios que se ofrecen. La sociedad está cambiando y todos los pacientes del futuro próximo

CURRÍCULUM VITAE

- Diplomado en Fisioterapia por la Universitat de Valencia.
- Máster en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud por la Universidad de Murcia.
- Profesor de la Universidad de Murcia (UM) desde 1994.
- Coordinador del Máster online de Gestión de Calidad en Servicios de Salud la UM y su Programa de Doctorado en Gestión de Calidad Asistencial.
- Investigador principal del Grupo de investigación Fisioterapia y Discapacidad del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria.
- Ha gestionado numerosos proyectos de investigación y de gestión de la calidad.
- Ha publicado más de 30 artículos en revistas de carácter internacional.

estarán habituados a seleccionar servicios a partir de la información disponible en red, al igual que hacen ahora por ejemplo a la hora de seleccionar hoteles y viajes con páginas como Tripadvisor. Más allá de que surjan o no páginas similares en relación a clínicas de Fisioterapia, lo cierto es que los centros deben estar preparados para tener pruebas cuantitativas sobre el nivel de calidad ofrecido o los resultados alcanzados. En mi opinión, sea en red o al contactar con el centro, si al cliente no se le ofrece información sobre calidad y resultados previsibles, será más difícil poder mantenerse en un mercado tan competitivo como el actual.

¿Qué significa ofrecer un servicio sanitario de calidad?

Básicamente es tener en cuenta las necesidades y expectativas del paciente, y modelar el servicio para que sintonice con ellas. Por ejemplo, si la necesidad de una persona a la que tratamos es mejorar las discapacidades asociadas a su lumbalgia crónica y su expectativa no sólo está en la solución del episodio sino también en aprender cómo prevenir y manejar por sí mismo futuros episodios, pues se trataría de ofrecer un servicio que logre cubrirlo. Así, la calidad final depende de que las necesidades y expectativas se interpreten correctamente, y de que el servicio diseñado consiga cubrir las.

“

Si al cliente no se le ofrece información sobre calidad y resultados previsibles, será más difícil poder mantenerse en un mercado tan competitivo como el actual

”



¿Qué características de los servicios de salud son 'clave' para cubrir las necesidades y expectativas del paciente?

A nivel de individuo esencialmente son cuatro: ofrecer servicios efectivos, centrados en el cliente, oportunos en el tiempo y seguros.

¿Cómo se entiende la efectividad desde la perspectiva de la calidad?

El concepto de efectividad tiene dos perspectivas. La primera y más utilizada es dar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que pueden beneficiarse de ellos. Pongo un ejemplo: el servicio de atención a lumbalgias debería incluir los programas de ejercicios domiciliarios específicos y supervisados, ya que estos programas han demostrado científicamente tener alta probabilidad de lograr reducir el dolor lumbar. La segunda perspectiva es evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos. Así por ejemplo, si la tracción lumbar solamente ha demostrado que añade beneficio en el caso de lumbalgias asociadas a determinada disfunción, no debiera ser incluida sistemáticamente en el servicio. En resumen, la efectividad trata de evitar la infrautilización de intervenciones válidas y la sobreutilización de las que no lo son.

¿Podría definir el resto de aspectos?

El servicio centrado en el paciente consiste en darles una atención sanitaria que les proporcione experiencias asistenciales respetuosas con sus necesidades, creencias y preferencias. Un servicio oportuno es aquel que se presta con fluidez y en el momento adecuado, evitando el tiempo de espera o retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria. Y un servicio seguro requiere ausencia de lesiones (o efectos adversos) a causa de la atención sanitaria, que se supone que debe ser beneficiosa.

Teniendo como referencia todo ese marco conceptual, ¿cómo diría que ha sido hasta ahora el compromiso de los fisioterapeutas con la calidad?

En general, los fisioterapeutas siempre han estado comprometidos con ofrecer servicios de calidad, es decir, efectivos, respetuosos con los valores de los pacientes, oportunos y seguros. Su compromiso ético con mantener la competencia profesional y responder a la confianza de sus pacientes les ha motivado implícitamente a ello. Sin duda, ese gran compromiso ha contribuido a la gran expansión que la Fisioterapia ha experimentado en la sociedad en los últimos 25 años.

Por el contrario, su compromiso con la medición de la calidad ha sido bajo. Y medirla es importante porque permite estimar el nivel ofrecido realmente, ya que tener el compromiso de querer ofrecer acciones correctas (efectivas y seguras) no significa que realmente se consiga en el día a día y en todos los casos. Siguiendo el ejemplo citado de la lumbalgia podría ser que en un centro, por unos u otros motivos, el programa de ejercicio domiciliario se haya dejado de ofrecer a un 30% de los pacientes atendidos en los últimos seis meses. O al revés, también podría haberse ofrecido la tracción a un 25% de aquellos pacientes a los que teóricamente no añade beneficio y, por tanto, se habrían sumado costes innecesarios.

¿Qué consecuencias tiene este bajo compromiso con la medición de la calidad?

El bajo compromiso con la medición de la calidad, y por tanto la ausencia de referencias sobre el nivel de calidad prestado, ha tenido consecuencias negativas para profesionales, gestores y pacientes.

Los fisioterapeutas no han dispuesto de retroalimentación objetiva y cuantitativa sobre la realidad de su práctica, por ejemplo, en cuanto al porcentaje de pacientes que reciben realmente intervenciones efectivas, seguras y oportunas. En otras palabras, y usando el ejemplo anterior, no han sido totalmente conscientes de la frecuencia en la que se infrutilizaba el ejercicio o se sobreutilizaba la tracción.



En general, los fisioterapeutas siempre han estado comprometidos con ofrecer servicios de calidad, es decir, efectivos, respetuosos con los valores de los pacientes, oportunos y seguros... Por el contrario, su compromiso con la medición de la calidad ha sido bajo

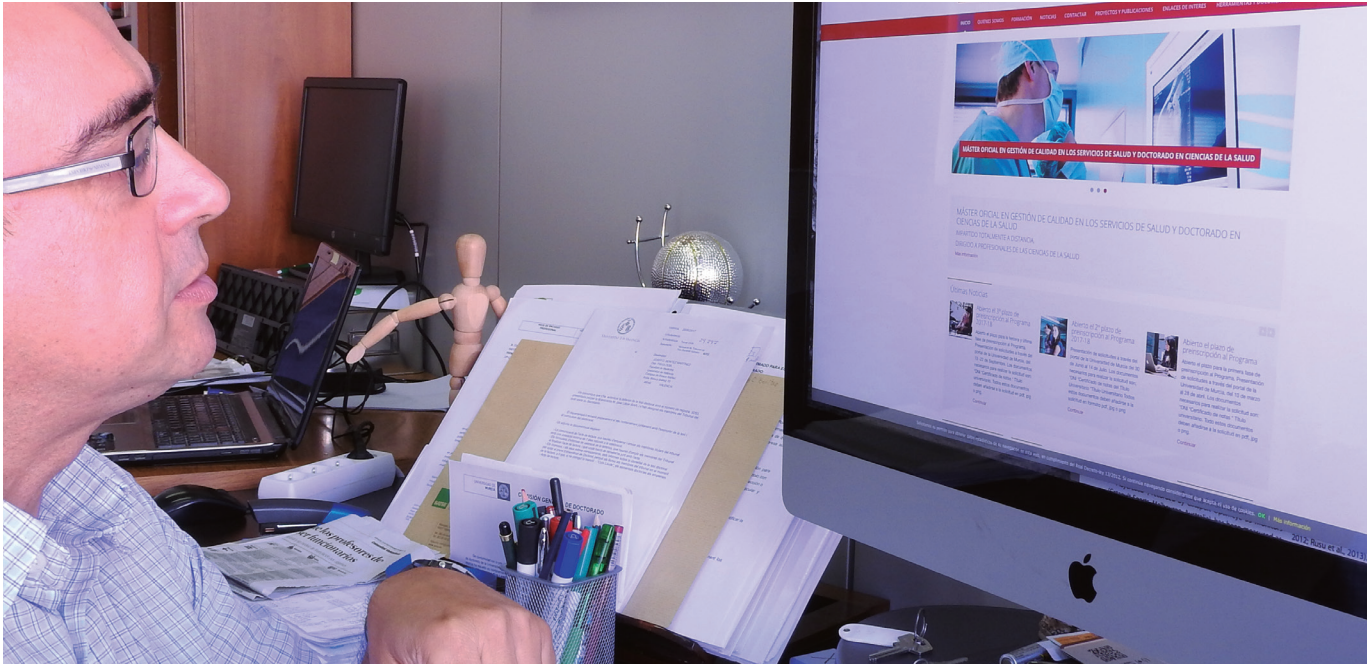


Los gestores de los centros, al desconocer si los servicios que se prestan son de buena o mala calidad, no han podido conocer los costes innecesarios asociados a servicios de baja calidad ni consecuentemente poder controlarlos.

Finalmente, los pacientes no han tenido información sobre el nivel de calidad de los servicios que se prestan en el centro, tal y como ocurre en algunos lugares de otros países.

¿A qué atribuye ese histórico bajo compromiso con medir la calidad?

Fundamentalmente a los escasos esfuerzos que las entidades han dedicado a la formación y/o sensibilización de nuestros profesionales en temas de calidad. Desde el sistema sanitario se han visto solamente algunas acciones puntuales en este sentido, pero básicamente dirigidas al ámbito público. A pesar de que el ámbito privado juega un rol importante en la salud de la población, este sector ha recibido poca atención institucional. Las entidades profesionales o formativas tampoco han realizado suficientes acciones compensatorias al déficit del sistema sanitario.



Aprovechemos esta ocasión y díganos ¿cómo se puede medir la calidad?

Aunque es un tema amplio y complejo, trataré de simplificarlo para que el lector se haga una idea básica. Habitualmente lo primero es identificar una oportunidad de mejora y luego medir la calidad ofrecida para ver si realmente es un problema. Una oportunidad de mejora es un área o servicio en la que intuimos o percibimos que hay una divergencia entre lo que es razonable que exista (estructura), se haga (proceso) u ocurra (resultado) y lo que realmente se hace o proporciona a los pacientes. Por ejemplo, una oportunidad podría ser que en un servicio creemos que se proporciona más tracciones lumbares de las necesarias o que no se ofrece al paciente toda la información que espera y/o necesita.

Teniendo la oportunidad de mejora seleccionada y analizada, si se quiere medir el nivel de calidad real prestado se deben usar lo que denominamos criterios de calidad. Los criterios son aspectos esenciales o requisitos que debe tener el servicio -ya sean relativos a la estructura, proceso o resultado- para que cubra las necesidades y expectativas del cliente. Siguiendo con nuestro ejemplo de la lumbalgia, para buscar la efectividad, al menos dos criterios de proceso, es decir, de "lo que se debe hacer", sería pertinente medir. Su redacción sería así: "a todos los

pacientes se les debe incluir un programa de ejercicios domiciliarios específico y supervisado", y "a todos se les debe realizar un examen que clasifique al paciente por tipo de disfunción asociada a la lumbalgia".

Una vez construidos los criterios se medirán en cada uno de los pacientes seleccionados usando como fuente de información su historia clínica, un cuestionario, la observación sistemática, etc. Su ausencia o presencia y su grado de cumplimiento nos indicará los niveles de actuación correcta, es decir, de calidad (en nuestro ejemplo ficticio, el nivel con respecto al ejercicio domiciliario fue de un 70%).

¿Y qué ocurre si la calidad de los registros de las historias clínicas no es buena?

Cuando los niveles de cumplimiento de los criterios de calidad se van a medir sobre historias clínicas es frecuente escuchar argumentos como "yo lo hago correctamente pero no tengo tiempo de registrarlo". Ese argumento se contrarresta por sí solo cuando los criterios son suficientemente relevantes para considerar la historia clínica (y lo que en ella se anote) no tanto una fuente de datos para medir calidad sino un instrumento necesario para la correcta atención al problema de salud que se evalúa.

¿Qué se puede hacer una vez se conoce el nivel de calidad ofrecido?

Si el resultado de la medición inicial identifica que el nivel de calidad es el idóneo habrá que congratularse al tiempo que mantenerlo. Si no es el idóneo (hay un espacio para la mejora), cabe diseñar e implementar una intervención específica y efectiva dirigida a mejorar el nivel de calidad. En ocasiones, basta con discutir con los implicados en el proceso evaluado qué es lo que hay que mejorar, pero en otros casos será necesario seleccionar intervenciones formativas y/o basadas en cambios organizativos (ejemplo, cambios en el sistema de registro, en la secuencia del proceso, etc.).

Una nueva medición de los mismos criterios de calidad, a los meses de ser implementada la intervención, puede servir a los fisioterapeutas para documentar si se alcanza la mejora, lo cual se hace comparando esa medición con la medida inicialmente. Siguiendo el ejemplo de la lumbalgia, si en la segunda medición el nivel con respecto al ejercicio domiciliario es de un 85%, se habrá logrado una mejora absoluta del 15% (85-70) y relativa del 50% con respecto al espacio que había para la mejora (15/30).

Entonces, ¿medir sirve para poder mejorar?

El principal fin de la medición suele ser mejorar. Esto se ve claramente en actividades como las que he ejemplificado aquí porque se inician a partir de identificar una oportunidad de mejora y se mide con el fin de solucionarla. Ese tipo de actividades se denominan "ciclos de mejora", pero no son el único tipo de acciones que se utilizan en la gestión de calidad en los servicios de salud. Al menos me gustaría hablar de otras dos más: la monitorización y el diseño de la calidad. Esta última es la única de las tres que no implica medir calidad.

“ Cuando los niveles de cumplimiento de los criterios de calidad se van a medir sobre historias clínicas es frecuente escuchar argumentos como “yo lo hago correctamente pero no tengo tiempo de registrarlo”. Ese argumento se contrarresta por sí solo... ”



“ Existen muchos métodos para diseñar calidad aunque en Fisioterapia, el empleo de las guías de prácticas clínicas es el más conocido, ya que existe una cierta tradición de uso ”



¿Qué es la monitorización de la calidad y qué objetivo persigue?

La “monitorización” es una medición repetida periódicamente y planificada que pretende controlar si a lo largo del tiempo se está a unos niveles deseables de calidad. Esta forma de medición no utiliza los criterios sino los llamados indicadores. Un ejemplo de indicador es “porcentaje de pacientes que esperan más de 7 días para ser atendidos en el centro”, un ejemplo de medición planificada sería medirlo cada 4 meses, y un ejemplo de nivel deseable (llamado estándar) sería que el 90% de los pacientes accedan antes. Como se puede intuir por el ejemplo, un indicador es un aspecto relevante que resume en la medida de lo posible la calidad de un posible problema que se desea monitorizar, en este caso relativo a la accesibilidad. Su utilización principal es como herramienta de “screening” para identificar a lo largo del tiempo oportunidades de mejora (por estar por debajo del estándar deseable) que pueden merecer una atención más profunda, por ejemplo a través de un ciclo de mejora.

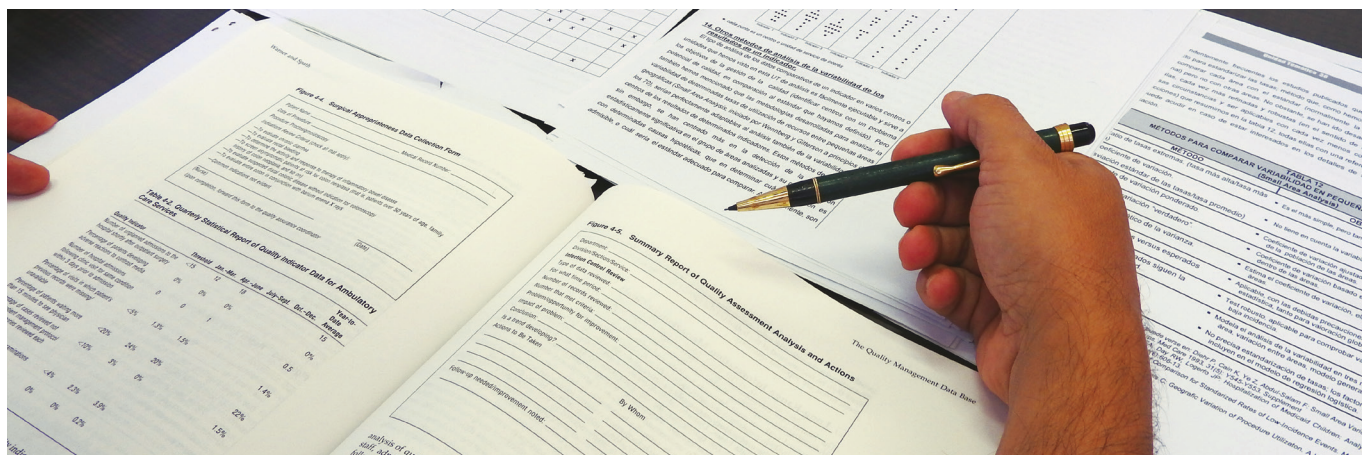
¿A qué se refiere con diseño de la calidad y qué aporta?

El “diseño de la calidad” es diseñar qué hacer y cómo hacerlo para lograr alcanzar las necesidades y expectativas del cliente cuando tengamos que ofrecer ese servicio. Existen muchos métodos para diseñar calidad aunque en Fisioterapia, el empleo de las guías de prácticas clínicas es el más conocido, ya que existe una cierta tradición de uso.

Mientras que los ciclos “solucionan” problemas u oportunidades de mejora identificadas y la monitorización “identifica” situaciones mejorables, el diseño previene la aparición de problemas al facilitar que las cosas se hagan siempre bien. Por esa intencionalidad del diseño se aconseja empezar por esto. Sin embargo el diseño solo no es suficiente. Por muy perfecto que pensemos que sea, siempre hay que contrastarlo con la realidad, es decir, monitorizar con indicadores si funciona o no, y si con el tiempo se produce un deterioro o no.

Así pues me gustaría destacar que las tres actividades se relacionan entre sí. Si bien los ciclos de mejora tienen principio y final por sí mismos, tanto la monitorización como el diseño necesitan ser complementados con otra actividad (la monitorización con los ciclos y el diseño con la monitorización).

“
**¿Qué pueden hacer lo Colegios profesionales?:
 proponer estándares de calidad, construir indicadores de referencia, facilitar estrategias que incrementen el uso de sistemas de registro clínico y facilitar el acceso a guías de práctica clínica**
 ”



Ha empezado la entrevista señalando que es importante que los centros de fisioterapia dispongan de pruebas que demuestren que oferten buenos niveles de calidad y resultados. ¿A qué tipo de pruebas se refiere?

Existe una variedad de pruebas posibles que pueden incrementar la visibilidad del compromiso del centro con la calidad, informes elaborados por el centro en base a su experiencia o por agencias externas. Aunque no es necesario que estén todas presentes sí que es recomendable que el centro tenga como objetivo lograr progresivamente el mayor número de ellas.

A continuación citaré algunas modalidades: 1) Informes breves sobre resultados clínicos alcanzados ofrecidos por el centro en sus principales servicios que sirvan para demostrar su coste-efectividad; 2) Informes breves de la evolución de algunos indicadores de calidad que muestren la estabilidad de la calidad ofrecida (por ejemplo, que permita ver que más del 90% de los pacientes tuvieron un tiempo de acceso al centro no superior a los 7 días en todas las mediciones realizadas en el último año) o la mejora lograda por algún ciclo de mejora realizado; 3) Informes breves sobre experiencias asistenciales de los pacientes y/o su satisfacción con diferentes aspectos; 4) Informes elaborados por alguna agencia o entidad externa que acredite que el centro proporciona los estándares de calidad fijados por las entidades profesionales, tanto para la atención en la persona como en la propia organización del centro y la naturaleza/visibilidad de los servicios que ofrece a la comunidad.

Por último, ¿qué pueden hacer lo Colegios profesionales para dar mayor visibilidad al compromiso de la fisioterapia con la calidad?

Sin ánimo a ser exhaustivo, me gustaría citar algunas acciones representativas: a) Proponer estándares de calidad sobre la práctica de la Fisioterapia que puedan servir para como modelos de referencia a profesionales y/o a agencias acreditadoras; b) Construir indicadores de calidad de referencia que permitan a los centros y/o al mismo colegio ofrecer mayor visibilidad; c) Facilitar estrategias que incrementen el uso de sistemas de registro clínico y de instrumentos de medición clínica y de la experiencia de los pacientes que permitan, entre otros, nutrir información a los citados indicadores; d) Facilitar el acceso a guías de práctica clínica y recursos para el acceso a la evidencia científica.

Agradecimientos

A la Facultad y al Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Valencia por su acogida durante mi estancia formativa, y en especial, a sus respectivos equipos directivos así como al profesor de Josep Benítez Martínez por su buen hacer y por ser siempre un apoyo. Por supuesto al Colegio por su confianza y talante. Finalmente, a todos los profesionales del máster de Gestión de Calidad y del grupo de investigación al que pertenezco, sin los que no hubiera sido posible integrar algunos de esos conocimientos que he querido transmitir en esta entrevista.