

MANUAL

para la
realización de
un PROGRAMA
de **CALIDAD**
ASISTENCIAL en
las **PRISIONES**
españolas



Avalado por:



J-035 06/2003 - 06/2005



MANUAL

para la
realización de
un PROGRAMA
de **CALIDAD**
ASISTENCIAL en
las **PRISIONES**
españolas



Dr. Pablo Saiz de la Hoya Zamácola
Centro Penitenciario. Alicante I



© 2003 Scientific Communication Management, SL

Depósito legal: M-29699-2003

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del Programa CAPRI (Programa de Calidad Asistencial en PRisiones), desde las primeras explicaciones metodológicas que dio Pompeyo Viciano al grupo de coordinadores nacionales, todos los participantes nos dimos cuenta, y así se transmitió a la Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (S.E.S.P.), que este Programa no podía finalizar con el documento de consenso (actualmente ya publicado), sino que debería, necesariamente, prolongarse con la realización del mismo programa de calidad asistencial pero en otro ámbito; CAPRI debería continuarse con una segunda fase circunscrita a un objetivo más concreto o reducido, es decir, se debería realizar el programa en cada Centro Penitenciario para obtener en ese ámbito los problemas de calidad o las oportunidades de mejora que existen en cada una de las prisiones españolas, que probablemente serán distintos en muchas de ellas, y también se debería, mediante la metodología usada en CAPRI, encontrar las soluciones que en ese centro penitenciario sean necesarias y que además sean plausibles y aplicables para lograr en definitiva una mejor calidad asistencial.

CAPRI pareció a todos los participantes en su primera fase nacional un programa muy interesante, útil para conseguir sus objetivos, práctico, fácilmente aplicable y comprensible para todos, por lo que deberíamos prolongar su aplicación.

Posteriormente, en las reuniones de grupo, y en la reunión definitiva, confirmamos esa opinión, y como se dice al final del documento de consenso, *"las conclusiones de este programa a un nivel global son parciales e incompletas, y sólo desde cada Centro se podrán buscar las conclusiones específicas"*. En este mismo documento se invitaba a la realización de este programa en cada centro penitenciario para conseguir *"en el mayor grado posible una mejor y más eficiente atención sanitaria"*.

Otra vez, gracias al patrocinio de GlaxoSmithKline (GSK), – sin el cual, ni la primera parte del CAPRI plasmada en el documento de consenso, ni esta segunda, se podrían haber realizado–, y con el apoyo técnico de SCM (Scientific Communication Management) podemos realizar este documento, que queremos sirva de manual de ayuda y de apoyo para que se pueda realizar en cada prisión un CAPRI individualizado que complete la primera fase nacional.

En la mayoría de las prisiones hay un compañero que ha asistido a una reunión de la primera fase del CAPRI y que, por tanto, conoce la metodología aplicada y el desarrollo de las reuniones, y al que probablemente le resulte más fácil dirigir la reunión en su centro

de trabajo. Pero lo que queremos con este documento es que pueda dirigir esa reunión cualquier compañero, tenga o no tenga experiencia en este programa, haya o no asistido a alguna reunión previa, sea Jefe de Servicios Médicos, Subdirector o un profesional cualquiera de la plantilla.

La metodología que proponemos es la misma de la primera fase, la aplicación de los grupos nominales de Delbecq, cuya *técnica* pretende encontrar soluciones a problemas sólo conocidos por los profesionales afectados, y de los que no hay documentación, mediante, en primer lugar, la búsqueda de los problemas de calidad o las oportunidades de mejora (PCOM) más importantes, ya sean estructurales (lo que hay), o de proceso (lo que se hace) a través de la elección de estos problemas por los componentes del grupo. Una vez definidos los más importantes PCOM por todos los componentes del grupo, sintetizados y comparados por pares, se puntúan para así obtener los más importantes para el grupo. Posteriormente se realiza, en una segunda parte y mediante el análisis de cada PCOM con el método de la espina de pescado o diagrama de causa-efecto, la búsqueda de las posibles soluciones a ese problema de calidad.

Deseamos que a través del análisis de esos problemas y de la aplicación de las soluciones encontradas se pueda llegar a cumplir los mínimos criterios de calidad establecidos en el documento de consenso y se obtenga una mejora en la calidad asistencial (CA) que redunde en beneficio de nuestros pacientes y de nuestra actividad profesional.

Es ésta la razón por la que se edita este manual, del que esperamos se encuentre en el mayor número posible de centros penitenciarios una herramienta útil y efectiva.

2. METODOLOGÍA

Calidad Asistencial en Prisiones



Aplicación en Centros Penitenciarios

Coordinación
Dr. Pablo Saiz de la Hoya



CAPRI: es un programa que busca la mejora de la atención sanitaria a la población reclusa de nuestro país. La primera parte de este proyecto se ha centrado en conocer cuáles son los problemas de calidad y oportunidades para mejorar la asistencia, según la opinión de los profesionales sanitarios de las prisiones españolas y estableciéndose en un documento de consenso, cuáles eran los problemas de calidad más importantes en los centros penitenciarios respecto a su asistencia sanitaria.

Este programa ha estado dirigido a nivel nacional por dos Coordinadores Generales, el Dr. Pompeyo Viciano, como experto en la metodología, y el Dr. Pablo Saiz de la Hoya (CP Alicante I/Presidente de S.E.S.P. en el momento del inicio del Programa), y en él participaron 67 profesionales entre coordinadores y asistentes a las 9 reuniones de zona, además de colaborar muchos otros.

Esta segunda fase de CAPRI va dirigida igualmente a la búsqueda de los problemas de calidad, pero a un nivel más concreto y primario, se dirige a la búsqueda de los problemas de calidad en el ámbito de cada centro penitenciario, donde probablemente es más fácil poder encontrar soluciones concretas y aplicables.

¿Qué es Calidad?



Calidad del producto o de un servicio:

“Satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto” (Ishikawa).

Componentes: Proveedor, servicio ofrecido, receptor.



Necesidades y expectativas de los clientes



En primer lugar, para iniciar este programa y poderlo moderar y dirigir o simplemente participar en él, debemos conocer claramente el concepto primordial del programa, debemos saber qué es Calidad; ésta se puede definir como la capacidad de satisfacer los requisitos de los consumidores del producto al que se refiere. Si hablamos de calidad en medicina, el consumidor es el paciente, el proveedor es el sistema sanitario en general –y los médicos y resto de profesionales en particular–, y el servicio es todo aquello que se lleva a cabo con los pacientes (la atención sanitaria).

Se debe intentar que todo servicio prestado se adapte a las necesidades y expectativas de los pacientes (clientes) como una llave se adapta a su cerradura. Cada individuo tendrá unas expectativas y necesidades diferenciadas; el grado de darles salida o satisfacerlas, nos acercará o alejará a la calidad.

Por tanto, no puede haber calidad si no hay satisfacción del usuario.

¿Qué es Calidad Asistencial?



La provisión de servicios **accesibles**, con un **nivel profesional** óptimo, que tiene en cuenta los **recursos** disponibles y logra la adhesión y **satisfacción** del usuario

Programa Ibérico. P. Saturno 1990.

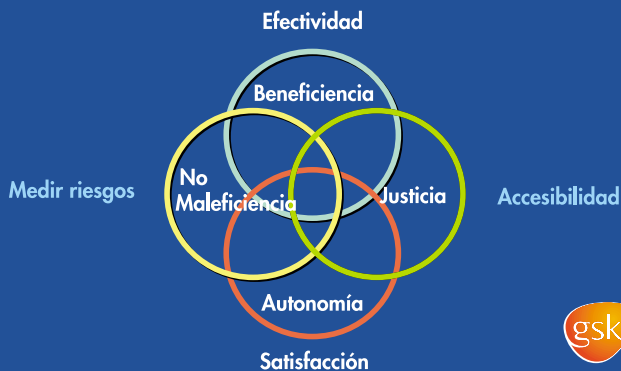


El segundo concepto que es importante conocer es el de **Calidad Asistencial**, que se define como "la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario".

En esta definición existen términos que debemos aclarar:

- **Accesibilidad (y equidad):** significa que la prestación debe ser PARA TODOS y sin BARRERAS (ejemplos: sistemas sanitarios públicos en contraposición a sistemas de pago –sistema sanitario español versus el sistema existente en USA–, prescripción de antirretrovirales libres como en España versus antirretrovirales pagados por el paciente en otros países).
- **Nivel profesional:** éste es el aspecto que generalmente hemos entendido como la única cualidad de la atención sanitaria de calidad, pero aunque es necesario para que haya calidad, sin los otros aspectos pierde su valor. Por ejemplo, si en una prisión se trata a los pacientes con infección por virus VIH magníficamente, pero no a los que están en primer grado, a los que por la dificultad estructural que conlleva se controlan incorrectamente, no estamos haciendo una asistencia de calidad.
- **Recursos disponibles:** si no hay un mínimo de recursos no es posible dar calidad (si no hay médicos suficientes, no se puede hacer seguimientos VIH en la prisión), pero los recursos no lo son todo en CAPRI, y además son limitados. Con un nivel de recursos no muy grande pero bien utilizados, se puede alcanzar un buen grado de calidad.
- **Satisfacción del usuario:** el objetivo último de los programas de CA son el PACIENTE y su FAMILIA. La satisfacción de sus necesidades y expectativas implica el éxito de cualquier programa y el que exista calidad asistencial.

Principios y Medidas de la Atención Sanitaria



Por tanto, toda actuación de un médico debe estar basada en estos cuatro principios, los cuales pueden SER MEDIDOS CIENTÍFICAMENTE:

- **Beneficiencia:** el hacer el bien por el paciente, lo mejor para él. Se mide con la *efectividad* (o eficacia) de los tratamientos o métodos diagnósticos o exploratorios que con ellos empleamos. En tratamiento antirretroviral (TAR) logramos efectividad al alcanzar carga viral indetectable. En tratamientos de toxicomanías conseguimos efectividad si conseguimos abstinencia en el consumo de la droga... etc.
- **No Maleficencia:** no producir daño voluntario. Se mide por la *medición de los riesgos* a que sometemos a los pacientes (aparición de efectos adversos a tratamientos, índice de complicaciones en nuestras actuaciones, etc.).
- **Autonomía:** libertad para compartir y tomar sus propias decisiones. Implica exponer al paciente las ventajas y los riesgos de la actuación y que elija él libremente, que sea autónomo. No quiero más TAR, me niego a salir al hospital... ejemplos podemos encontrar todos los días. Se mide por la satisfacción de los pacientes.
- **Justicia:** aplicar la asistencia al que lo necesite, en el momento que lo necesite y con el grado de intensidad que sea necesario. Se mide por la accesibilidad a ese servicio.

Simplificación de las Dimensiones que definen CALIDAD de atención sanitaria



- Accesibilidad.
- Calidad científico-técnica.
- Satisfacción del usuario.



Simplificando lo anterior, podemos concretar que las dimensiones MEDIBLES de la calidad asistencial son las siguientes:

1. Accesibilidad: el internado en prisión como cualquier usuario del sistema de Salud no debe tener mermada su accesibilidad a la sanidad y no la debe tener disminuida en ninguno de sus niveles, ni a la atención primaria (que no la tiene) ni a la atención especializada (que sí la tiene). Además, no deben existir diferencias entre los distintos tipos de presos dependiendo de su situación regimental o de otras causas en el acceso a la sanidad. La accesibilidad debe ser generalizada.

2. Calidad científico-técnica (a mayor calidad científico-técnica habrá, en la mayoría de los casos, más efectividad y menos maleficencia). Este aspecto es importante, y en él se puede actuar para mejorar la calidad. Por ejemplo: los médicos penitenciarios se han visto envueltos en patologías sobrevenidas (VIH, hepatitis) para las cuales originariamente no estaban preparados y que requieren una formación continuada si se produce esta formación habrá más efectividad. Hay que distinguir este concepto de la eficacia, que es un concepto más teórico y, que por ejemplo, se da en los resultados de un ensayo clínico. La efectividad es un concepto más real, que se da en la práctica médica diaria y que es la eficacia modulada por las circunstancias habituales. Por ejemplo, un fármaco puede tener una gran eficacia pero, en cambio, su efectividad ser baja debido a que su presentación conlleva poca adherencia.

3. Satisfacción: en la satisfacción se puede incluir la continuidad (coordinación de las actuaciones médicas con un paciente concreto, y el que todo paciente tenga un médico responsable identificable).

A continuación abordaremos cada una de ellas.

1.- ACCESIBILIDAD



Capacidad de los **proveedores** y de los **usuarios** para superar barreras espaciales, financieras, sociales y psicológicas: **cobertura universal**.

Incluye la **EQUIDAD**: los cuidados apropiados son recibidos por la población de forma equitativa (mayor atención a mayor necesidad, igual atención a igual necesidad, y CUANDO la necesite).



1. Accesibilidad: se tiene que destacar en la exposición que la primera dimensión que se puede medir de la CA, la **accesibilidad**, tiene los dos componentes del servicio sanitario (el proveedor y el paciente). Se puede mejorar ésta incidiendo tanto en uno como en el otro.

Así el facilitar un teléfono directo a los Servicios Sanitarios mejora la coordinación de éstos con el Servicio Hospitalario de referencia facilitando la resolución de problemas de forma rápida y mejorando la accesibilidad de los pacientes a la atención especializada. El tratar a un ADVP de la toxicomanía mejora su accesibilidad al sistema sanitario. La atención a pacientes que requieren grandes desplazamientos (limitada accesibilidad a las consultas de especialistas), se debe facilitar de alguna forma (telemedicina, desplazamiento de algunos profesionales...).

La equidad de la asistencia se incluye en la accesibilidad. Los pacientes VIH+ tienen más retraso en ser intervenidos quirúrgicamente que los no-VIH; es más complicado realizar pruebas a pacientes internados en módulos de seguridad...



2.- CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

Es el Nivel profesional

Estructura
"lo que tenemos"

Proceso
"lo que hacemos"

Resultado
"lo que obtenemos"

SESP

gsk GlaxoSmithKline

2. Calidad científico-técnica: es la segunda dimensión; es el NIVEL PROFESIONAL de la asistencia prestada.

La asistencia sanitaria se puede dividir en tres partes:

- Estructura (lo que somos y tenemos).
- Proceso (lo que hacemos con los pacientes).
- Resultados (lo que obtenemos al aplicar un proceso, con la estructura de que disponemos).

El nivel profesional puede referirse a cada una de ellas; hay que tener cuidado con no perderse entre estos tres conceptos, pues es fácil confundir estructura con proceso.

Pondremos a continuación, en las diapositivas siguientes, ejemplos de cada una de estas partes, ya que lo que se pide posteriormente a los participantes en este programa es que IDENTIFIQUEN QUÉ PROBLEMAS de ESTRUCTURA y de PROCESO encuentran en su trabajo y que, además, están disminuyendo la calidad asistencial en su centro penitenciario.

2ª - Calidad Científico-Técnica

LA ESTRUCTURA



- Características y posición en el centro
- Estructura: espacio y áreas
- Recursos materiales y humanos
- Organigrama de la Unidad
- Cartera de servicios: qué se ofrece y a quién
- Trabajo asistencial
- Registro e informes de pacientes
- Docencia e investigación



ESTRUCTURA: es el conjunto de recursos humanos, materiales y financieros, y su organización global. Es todo lo que hay en el Servicio Sanitario de la Prisión. Es muy importante, ya que la mayoría de los problemas de CAPRI mejoran con modificaciones de la estructura.

Su evaluación suele ser sencilla, pero hay que tener en cuenta que no necesariamente una buena estructura ha de estar correlacionada con un buen proceso o resultado, y viceversa. Para dicha evaluación se utilizan **indicadores de recursos disponibles**.

- Relación del centro asistencial con otros servicios asistenciales (Hospitales, especialistas de consultas externas, asistente social, etc.).
- ESTRUCTURALES: Consulta digna, Sala de espera. Enfermería dotada, teléfono directo desde la calle. ¿Existe un sistema informático para el seguimiento? Salas de observación o de aislamiento.
- PERSONAL: Médicos. Enfermeros. ¿Asistentes sociales coordinados? Administrativos. Auxiliares.
- ORGANIGRAMA: Cuál es la organización funcional de la Unidad: horario de consultas, urgencias, guardias (TRABAJO ASISTENCIAL).
- COORDINACIÓN: ¿Se han creado circuitos para relacionarse con: hospitales, centros de drogodependencia, especialistas de área?...
- DOCUMENTACIÓN: ¿Se historia a los pacientes? ¿Se declaran los casos de sida?
- OTROS: ¿Se investiga en el centro?, ¿se realiza formación?

2b - Calidad Científico-Técnica



EL PROCESO. Lo que se hace y cómo se hace

- Indicadores de Asistencia Sanitaria
- Incidencia de procesos más prevalentes (VIH, TBC, PSIQUIATRÍA)
- Tiempo de demora
- Primeras y segundas visita, altas.
- Inicio profilaxis, de TAR, de anti-TB, seguimiento de TAR. Adherencia
- % pacientes con DOT de TBC o anti-VIH
- Evaluación de pacientes con síntomas
- Situaciones especiales: derivaciones, embarazo, pinchazo



PROCESO: es el conjunto de **actividades** que los profesionales realizan para el paciente, así como la respuesta de éste a dichas actividades. Se incluyen datos de todo tipo de actividades: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es todo lo que se **HACE** y el **CÓMO** se hace.

Está más ligado a los datos de resultado que de estructura y su enfoque es el más adecuado para evaluar la **práctica de los profesionales**. La fuente más utilizada para su evaluación es la documentación clínica.

- Número de consultas al día. Número por médico, consultas programadas, tiempo medio de consulta.
- Calidad de los registros (no la existencia de los mismos que es estructura, sino la calidad en su realización o cumplimentación).
- Demora de consultas y tiempo de espera para consultas externas.
- Duración de cada consulta de (primeras visitas o revisiones).
- Qué se pide en la 1ª visita (se te ha olvidado el Mantoux frecuentemente), y la vacuna del neumococo, ¿la pones?...)
- ¿Se pone el TAR de acuerdo con las guías clínicas? ¿Tienes acceso a fármacos no comercializados? ¿Repites una segunda carga viral para iniciar un TAR? ¿Lo has explorado?, ¿o sólo lo hiciste en el primer día y ya no exploras?
- ¿Qué haces con los pacientes que vienen a consulta por un problema sin estar citados? ¿Tienes solucionada esa consulta "a demanda"?
- ¿Pones TAR a la embarazadas?, ¿tienes Kit de fármacos para los pinchazos accidentales con VIH por la tarde o noche...?
- ¿Realizáis correctamente el Mantoux?

2c - Calidad Científico-Técnica

LOS RESULTADOS



- Incidencia/mortalidad por suicidio, TBC, sida.
- Incidencia Infecciones prevenibles por año.
- Traslados a ingreso hospitalario anuales.
- % Pacientes en TAR, con RNA-VIH indetectables.
- % Cumplimiento de profilaxis TB y tto. TB, por año.
- Uso de psicofármacos por año.



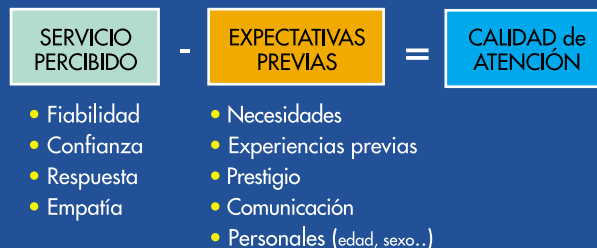
RESULTADOS: se podría decir que son los logros en salud del paciente, y también la satisfacción de éste ante la atención recibida. Se pueden considerar elementos de resultado los conocimientos adquiridos y la mejora en la calidad de vida.

La calidad de los resultados de los "actos médicos" o procesos es la mejor forma de medir CAPRI, pero para obtener mejora en los resultados, primero hay que OBTENER LOS DATOS DE LO QUE TENEMOS, Y DE LO QUE HACEMOS (estructura y proceso).

- ¿Ha disminuido nuestra incidencia anual de muertes por sida y de eventos oportunistas definitorios de sida?
- ¿Ingresamos en el hospital menos pacientes VIH⁺ que en años anteriores? Y los que ingresan: ¿son pacientes que están en seguimiento o no?
- ¿Cuántos pacientes que tenemos en TAR han alcanzado el nivel de indetectabilidad en la carga viral?
- ¿Cuántos pacientes nos fallan el día que tienen consulta?
- ¿Cuántas curaciones de TB comprobamos? ¿Cuántos tratamientos directamente supervisados hacemos?
- ¿Cuántos pacientes que requieren biopsia hepática la tienen realizada?
- ¿Cuántos pacientes que requieren quimioprofilaxis la están tomando?
- ¿Qué porcentaje de toxicómanos están en programas de drogas?

3.- SATISFACCIÓN del USUARIO

“La comparación continua que realiza una persona entre sus expectativas y la percepción del servicio que recibe”

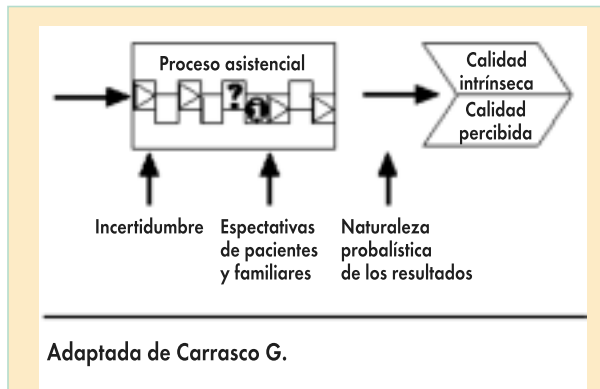


3. Satisfacción del Usuario: la última dimensión de la CA que se puede medir es la **satisfacción** del paciente.

Se define como una comparación, continua, entre lo que el paciente espera (necesidades y expectativas) antes de ser atendido, y lo que ha percibido de la atención, una vez recibida ésta. De hecho, se puede hablar de dos tipos de calidad asistencial: la calidad intrínseca, y la calidad percibida, y no sirve de nada que la primera sea alta, si la segunda es baja.

Un problema importante en el ambiente penitenciario y que afecta a la satisfacción es la continuidad en la asistencia prestada, que suele ser escasa en la sanidad penitenciaria, debido a la movilidad entre prisiones (y entre módulos) de los pacientes y a la rotación de los profesionales.

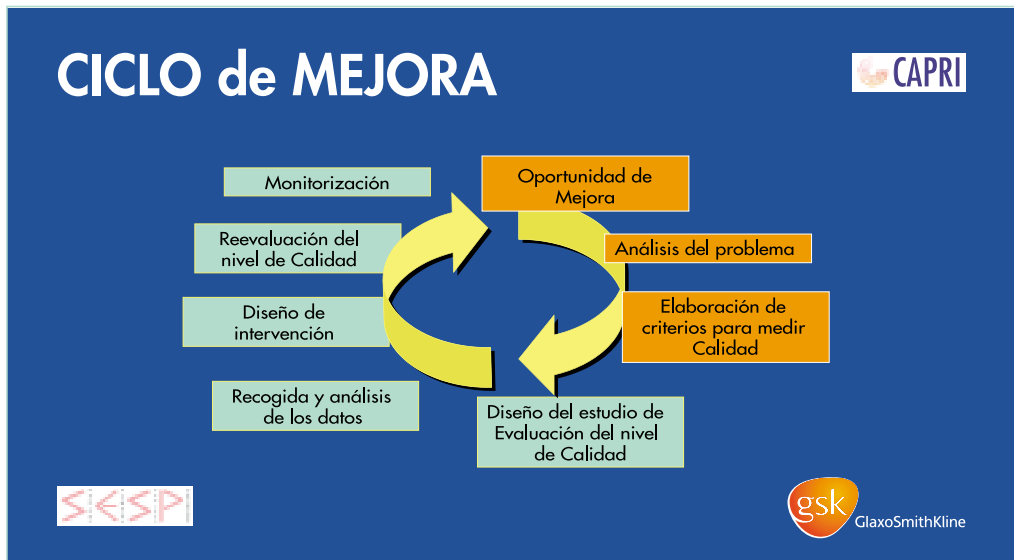
Hay que tener en cuenta que en el proceso asistencial influye mucho la incertidumbre misma del proceso, las expectativas del paciente y familiares y, por último, que los resultados del proceso asistencial, y no lo debemos olvidar, tienen una naturaleza probabilística. Sobre la incertidumbre podemos actuar mediante la medicina basada en la evidencia (MBE), pero siempre debemos considerar las expectativas del paciente para, teniéndolas en cuenta, igualar estos dos tipos de calidad.



Por ejemplo, si veo a un paciente en TAR cada 3 meses, le hablo, le explico cómo va, le muestro los resultados y la evolución de sus análisis; todo muy bien hecho, pero el paciente me cuenta signos vagos, anodinos; verbalmente les quito importancia (no la tienen), pero ni lo exploro ($CD4 > 700$, RNA-VIH < 50 copias). Lógicamente lo que percibirá es que NI LE HE EXPLORADO. ¿Era necesario?, posiblemente científico-técnicamente no, pero SÍ para satisfacer sus expectativas...

Otro ejemplo: el paciente (VIH+) viene sólo a por "Roche" y un informe sobre toxicomanías para el juicio y poder así "disminuir la condena". Es incumplidor, querulante, le cuesta demandar ayuda. Su expectativa y necesidad es el Rohipnol® (o Trankimazin® o lo que sea), yo no se lo voy a dar. Tengo que conseguir CAMBIAR sus EXPECTATIVAS PREVIAS por otras, y se debe intentar que PERCIBA el servicio que se le ofrece: metadona, continuidad en su seguimiento...

Muchas veces y especialmente con el perfil de paciente internado en prisión –toxicómano, generalmente usuario de drogas por vía intravenosa (UDI)–, es difícil conseguir la satisfacción del paciente en todos los campos, cubrir sus expectativas inmediatas, sobre todo inicialmente, por lo que además de ser necesaria una constante labor educativa, hay que mantener un equilibrio entre la satisfacción del paciente y la no maleficencia (que sucedería al darle constantemente los tranquilizantes que solicita).



Explicado en las diapositivas anteriores unos mínimos conceptos básicos respecto a calidad asistencial, vamos a explicar en ésta segunda parte cómo realizar metodológicamente el Programa CAPRI en las prisiones.

Igual que en su aplicación a nivel nacional, nos vamos a basar en "el ciclo de mejora" que es un método fácil y asequible para los profesionales clínicos sin experiencia en gestión de calidad asistencial, y que tiene la gran ventaja de producir resultados rápidos en la solución de los problemas detectados, lo que conlleva una retroalimentación para el programa, favoreciendo esto su continuidad.

Se trata de buscar los problemas que se nos están presentando en nuestro quehacer diario, los conflictos que nos hemos planteado o que se plantean en el servicio y que hemos resuelto o no, pero que también a otros les puede estar pasando.

Una mejor asistencia no se alcanza mediante el establecimiento de un conjunto de criterios y estándares y la realización de inspecciones y acreditaciones, sino más bien, a través de una continua búsqueda de oportunidades de mejora que reduzcan los errores y el trabajo innecesario.

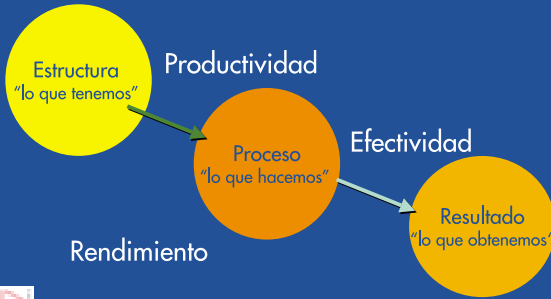
La mejora de la calidad utiliza el método científico para entender y mejorar el proceso, es decir, enuncia una propuesta de mejora, identifica problemas, implicados en esa mejora, formula una hipótesis y diseña un plan de recogida de datos para contrastar dicha hipó-

tesis. En definitiva se trata de realizar un análisis detallado de un problema asistencial real, para identificar posibles causas y buscar soluciones.

No hay que olvidar nunca que el objetivo último de la calidad asistencial es el paciente, no el médico. Y que los recursos son los que son, y son siempre limitados.

En este ciclo, que se podría iniciar en cualquier otro nivel (monitorización, recogida de datos...) lo primero que vamos a realizar ES BUSCAR las oportunidades de mejora, los problemas de calidad que tenemos en nuestro trabajo, ya sean referentes a la estructura como al proceso. Al final, y concretando, lo que hay que encontrar son los ya mencionados PCOM.

Identificación de Problemas de calidad Oportunidades de mejora (PCOM)



Los primeros problemas o PCOM los buscaremos en la ESTRUCTURA, y posteriormente en el PROCESO. En RESULTADOS no se trabajará, ya que los hemos obtenido al definir los criterios de calidad, criterios que en diversos campos profesionales (estructura, proceso en VIH, toxicomanías, VHC y generales) se plantearon en el documento de consenso nacional y en el que se pueden encontrar.

Debemos recordar que la mayoría de los PCOM surgen en la estructura (lo que tenemos, o el cómo nos organizamos), y que los cambios en estructura repercuten rápidamente en calidad asistencial, aunque esto no sucede siempre (ej.: si hay un profesional encargado de un programa de adherencia, ésta mejorará y, por tanto, mejorará la CA).

Posteriormente, en una segunda parte se tendrán que buscar los PCOM de procesos (lo que hacemos). Tenemos ejemplos de lo que es estructura y de lo que es proceso en las diapositivas número 8 y 9, y también tenemos posteriormente diapositivas con los PCOM de estructura y de proceso que salieron en diversas reuniones de CAPRI nacional.

Método: Grupo Nominal de Delbecq



Objetivo: Identificación estructurada de PCOM de Asistencia Sanitaria a presos en base a necesidades y expectativas del paciente, y permitir su priorización.



Vamos a utilizar el método del Grupo Nominal de Delbecq para crear el listado de PCOM más importante de cada centro. La técnica del Grupo Nominal pretende buscar soluciones a un problema del que no hay información explícita ni estructurada, sino que está en poder de expertos o de profesionales afectados por el problema, a través, en primer lugar, de la generación de ideas.

La ventaja de este método es que se trabaja con profesionales que conocen la problemática, que permite la participación general, y que posibilita que los PCOM se puedan priorizar. Consta de una parte de trabajo individual y otra en grupo.

Requiere un grupo no mayor de 10 personas y que sea homogéneo en su composición.

En este programa, el coordinador en cada centro debe insistir en el OBJETIVO, y explicar previa y detenidamente la dinámica, como se ha comentado anteriormente, para, al final, realizar estos cuatro pasos:

1. Realización de listado de PCOM estructurales o de procesos individuales, es decir, el listado de cada participante en la reunión de ese centro penitenciario.
2. Puesta en común por el moderador y los participantes de los listados individuales con una clarificación de los términos para posteriormente agrupar todos los PCOM individuales y crear el listado definitivo y global de los 10 PCOM de ese centro.

3. Estos 10 PCOM se priorizan, enfrentando cada uno a el resto. (Priorización entre pares).
4. Se suman las votaciones y se obtienen los 10 PCOM definitivos ordenados por la puntuación obtenida en la priorización.

Iremos explicando paso a paso el proceso, pero debemos tener en cuenta que para la selección de los PCOM de estructura se van a necesitar casi dos horas (es lo primero que se hace, los participantes desconocen la metodología y, por tanto, se inicia lentamente). Para seleccionar los PCOM de proceso, el tiempo es menor, pudiéndose realizar en menos de 90 minutos. Posteriormente también se necesita un tiempo importante para el análisis de cada PCOM y búsqueda de soluciones, pero es posible realizarlo en sesiones distintas.

¿Qué Problemas u Oportunidades de mejorar la calidad asistencial ves en la organización y/o estructura asistencial en prisiones?



Enumera un máximo de 10 PCOM



1. Realización del listado individual de PCOM

Explicados los conceptos básicos, y conociendo la diferencia entre estructura y proceso, debemos pedir a cada participante que haga un listado con los diez problemas estructurales más importantes que conozcan en su centro penitenciario.

Hay que dejar claro a los participantes que estamos buscando problemas de calidad, entendiendo por tal hechos o episodios que disminuyen la calidad asistencial, afectando negativamente a la salud y satisfacción del paciente, u oportunidades de mejora, que sería cualquier hecho, situación o procedimiento susceptible de ser mejorado.

Se puede poner a los participantes alguna de las diapositivas posteriores en la que se reflejan los PCOM (de estructura y de proceso) que se obtuvieron en diversas reuniones zonales del CAPRI nacional, y que pueden servir de ejemplo, facilitando el que encuentren problemas de calidad, pero hay que tener cuidado de que no se dé mimetismo en la selección. También se puede poner la diapositiva previa número 8, en la que se describe lo que es estructura.

Listado INDIVIDUAL de PCOM en Estructura Asistencial



PCOM	
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	



Previamente al inicio propiamente dicho de la búsqueda de PCOM individuales, hay que entregar a cada participante un papel similar en su diseño a esta diapositiva, y pedirles que pongan su nombre en cada papel para poder identificarlos fácilmente.

Se da unos 15 minutos para que escriban de una forma clara (como en el enunciado) cuál es el problema o lo que se puede mejorar.

EL ORDEN ES LO DE MENOS, YA QUE LA PRIORIZACIÓN SE HACE DESPUÉS.

2. Realización del listado conjunto de PCOM

A los 15 minutos, y cuando todos los participantes han escrito los PCOM que han considerado prioritarios, se establece un turno de lectura.

Se pide que cada asistente, por orden, lea y explique sus PCOM. El moderador escribe los enunciados (en pizarra o en PC) según va leyéndolos el participante, moderando y aceptando las sugerencias del lector. En este momento sólo se tiene que anotar lo que le dice el lector, no debiendo intentar agrupar PCOM a no ser que exista una similitud muy grande.

Normas a seguir:

1. HAY QUE CONTROLAR MUCHO a los participantes que están leyendo, nos solemos perder con los ejemplos... y anécdotas.
2. En el momento de la lectura de los PCOM, sólo debe opinar el que está leyendo sus PCOM. Cuando se realice el listado conjunto es cuando se polemiza y se comentan los distintos PCOM para agruparlos.
3. Evitar que nadie monopolice la reunión con sus opiniones o gestos hacia los otros.
4. Favorecer que cada cual se exprese libremente y explique o clarifique lo que ha escrito si lo creéis conveniente.
5. Cuidado con los que intentan explicar lo que han escrito otros.

Posteriormente, deben leer sus PCOM el resto de participantes siguiendo las mismas normas. Se debe pedir que el que tenga un PCOM escrito similar a uno enunciado previamente (según el criterio del lector, no del moderador o de otro asistente), que le dibuje un asterisco lateral, para que no se repita cuando le toque leerlo, pero que diga que lo tiene, y que explique si tiene matices diferentes.

Conjunto de PCOM individuales en Estructura Asistencial



PCOM
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20



Después de leer todos los participantes sus PCOM, nos quedará un listado con un número variable de PCOM (dependiendo de las coincidencias), que habrá que clarificar y reducir.

Para esto, el moderador buscará PCOM parecidos o similares, y que con pequeños cambios de redacción puedan englobar a dos (o más) PCOM individuales, suprimiendo ideas de conceptos similares. Es un momento en el que la discusión plantea consensos y disparidades. Hay que buscar consenso, y conviene que el moderador opine lo mínimo indispensable para no perder su condición y poder facilitar acuerdos.


Progresivamente se irán reduciendo el número de PCOM, al tachar los duplicados y los retirados, y permanecer sólo los agrupados y consensuados.

Debemos proseguir la reducción hasta conseguir finalmente 10 PCOM.



Suelen surgir dificultades con:

- Defensas numantinas de algún enunciado. El moderador debe intentar buscar encuentros, e incluso soslayar ese PCOM temporalmente.
- Interpretaciones particulares. Es común que quien no ha escrito un PCOM se considere especialmente capacitado para interpretarlo. Debemos conseguir que las interpretaciones las realicen los autores de cada PCOM, pero en cambio el moderador debe ofrecer constantemente puntos de encuentro entre distintos PCOM.
- Confundir estructura (lo que tenemos) con proceso (lo que hacemos).

Listado Colectivo de PCOM en Estructura Asistencial



PCOM	
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	



3. Clarificación del listado conjunto de PCOM

Realizada la agrupación de los PCOM individuales, nos quedarán 10 PCOM de estructura.

Deberemos escribir en una pizarra los 10 enunciados de los PCOM en que hayamos agrupado por consenso (no lo olvidemos) los individuales nominándolos desde la "A" a la "J".

Conviene también repasar los 10 PCOM definitivos, aclarando los conceptos y el significado de las ideas registradas explicándolas correctamente en el listado común para evitar al final problemas con los enunciados de los mismos.

Debemos añadir todas las aclaraciones que sean pertinentes y que consiguieron que ese PCOM fuese aceptado como resultado de la agrupación de varios. Esto puede resultar importante cuando haya que analizar ese PCOM para la búsqueda de soluciones, ya que cuanto más concreto y claro resulte, más fácilmente se desarrollará su análisis y se encontrarán soluciones.

ESTRUCTURA

Comparación de PCOM por parejas



PCOM	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
J	A	J	C	J	E	J	G	J	I	4
I	A									
H	H									
G	A									
F	F									
E	E									
D	A									
C	A									
B	A									
A	7									



4. Priorización de los 10 PCOM

Con la lista en la pizarra de los 10 PCOM conjuntos y consensuados (A a J), se reparten estas hojas (similares en diseño a la diapositiva), de comparación por parejas.

Se compara el problema A con el resto de problemas J, I, H, G, F, E, D, C, B, y los participantes tienen que apuntar en la casilla de intersección CUÁL DE LOS ENFRENTADOS (AJ, AI, AH, AG, AF, AE, AD, AC, AB,) CREE CADA PARTICIPANTE QUE TIENE MÁS IMPORTANCIA. Se rellenará la letra del PCOM que GANE, o sea, el que sea considerado por cada participante como más importante. (A, o I, o E...).

Lo mismo realizaremos con cada elemento colocado en el eje de abscisas, comparándolo con todos los colocados en el eje de coordenadas, y así cada PCOM se comparará con todos los demás.

PRIORIZACIÓN Comparación de PCOM por parejas



PCOM	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
J	A	J	J	D	E	F	J	J	I	4
I	A	I	I	D	E	F	I	H	4	
H	H	B	J	H	H	H	H	6		
G	A	B	J	G	G	G	3			
F	F	F	J	F	E	5				
E	E	B	E	D	5					
D	A	D	J	4						
C	A	B	5							
B	A	4								
A	7									

→
TOTAL
←




Por último, en la última cuadrícula (la de más abajo) de cada columna, el participante sumará las veces que aparece cada letra en su fila y en su columna, dándonos los puntos que ese PCOM ha obtenido en confrontación por pares de ese participante.

El moderador, en una tabla creada previamente, sumará el número de A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, que existe en las intersecciones de las casillas de cada uno de los participantes.

Así tendremos, por ejemplo,;

Nombre	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Pepe	4	5	8	1	2	5	3	8	2	0
Luis	3	5	8	4	4	5	2	7	3	2
Juan	5	1	4	2	5	8	5	8	0	2
Total	12	11	20	7	12	10	10	23	5	4

Esto da la prioridad a los PCOM de calidad en la estructura.

Prioridades de PCOM en Estructura/Proceso Asistencial



PCOM	Suma Puntos
1 (A)	78
2 (H)	65
3 (C)	60
4 (D)	53
5 (F)	33
6	27
7	22
8	20
9	15
10	3



Obtenidos y puntuados los 10 PCOM, los pasaremos a esta tabla, con lo que habremos obtenido, ordenados por puntuación, los 10 PCOM estructurales más importantes para los profesionales de ese centro penitenciario y además estarán cuantificados respecto a su importancia.

Con esto hemos conseguido identificar los problemas de calidad o las oportunidades de mejora más importantes para el grupo de trabajo y tendremos un diagnóstico de la problemática en ese Centro Penitenciario (CP).

Pero CAPRI no acaba con el diagnóstico, sino que nos posibilita un método para encontrar soluciones y mejoras a estos PCOM. Lo veremos más tarde.

Listado de prioridades de PCOM en Estructura Asistencial: Barcelona (Dra. Nuria Teixido)



PCOM	
1	Falta de protocolos médicos consensuados.
2	Ausencia de estructura jerárquica. Subdirección médica sin contenido asistencial
3	Problemas organizativos (guardias localizables, falta autonomía profesional, no suplencia de bajas)
4	Problemas en programas de formación por problemas de suplentes
5	Tiempos de demora especialistas
6	Burocracia exagerada, falta de administrativos
7	Descoordinación entre profesionales sanitarios y hospitales de referencia
8	Mejorar el espacio físico, problemas con la dispensación de metadona.
9	Déficit de material sanitario y no sanitario
10	Dificultad del traslado de pacientes



Tenemos en esta diapositiva los enunciados de los PCOM estructurales obtenidos en la reunión de Cataluña, dirigida por la Dra. Nuria Teixidó, y como se puede observar, tienen unas aclaraciones añadidas al enunciado que amplían el mismo y que proceden de los distintos añadidos que se producen durante la reagrupación de los distintos PCOM individuales. También llevan adjuntos la puntuación que obtuvieron en esa reunión.

- A. **FALTA DE PROTOCOLOS MÉDICOS CONSENSUADOS** (54 puntos). No existe unificación de programas de TBC, VIH, metadona. Unos centros hacen Tratamiento de Infección Tuberculosa Latente (TITL), y otros no. En cuanto al TAR, en los centros pequeños se deriva al hospital de referencia y los médicos del CP no pueden instaurar TAR.
- B. **AUSENCIA DE ESTRUCTURA JERÁRQUICA. SUBDIRECCIÓN MÉDICA SIN CONTENIDO ASISTENCIAL** (49 puntos). La Subdirección Médica no tiene contenido asistencial. Utilización de los Servicios Médicos como meros instrumentos al servicio de la dirección del centro. En centros pequeños no existe coordinador médico y eso produce una anarquía acomodaticia.
- C. **PROBLEMAS ORGANIZATIVOS** (existen todavía centros con guardias localizables, falta autonomía profesional, no existe suplencia de bajas) (46 puntos). Las guardias de 24 horas son muy estresantes debido al exceso de trabajo. Las guardias localizables producen situaciones de angustia. En las mismas se pautan tratamientos psicotrópicos extras para evitar que te molesten. Existe mala distribución del personal médico y de enfermería, unos están sobrecargados y otros tienen poco contenido.

- D. PROBLEMAS EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN POR PROBLEMAS DE SUPLENTE** (35 puntos). Hay cursos de formación pero es dificultosa la asistencia porque se deben hacer fuera del horario laboral ya que no se sule a los asistentes. En centros pequeños donde sólo hay 2 ó 3 médicos o enfermeros/as y situados en localidades lejanas a Barcelona, es muy difícil la asistencia.
- E. TIEMPOS DE DEMORA ESPECIALISTAS** (34 puntos). Existe tiempo de demora en las consultas de especialistas, odontología y psiquiatría principalmente.
- F. BUROCRACIA EXAGERADA, FALTA DE ADMINISTRATIVOS** (34 puntos). Se deben hacer informes para todas las actuaciones, autolesiones, aislamientos, contenciones. Existen muchas solicitudes de informes médicos por parte de los Juzgados y debido a que hay un administrativo en los centros grandes y uno compartido por varios servicios en los centros pequeños, no pueden mecanografiar los informes, existiendo además escasez de ordenadores (parece que es solucionable a corto plazo).
- G. DESCOORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y HOSPITALES DE REFERENCIA** (31 puntos). Existen pactos poco claros de los hospitales con la Dirección General. La descoordinación comporta duplicidad de pruebas diagnósticas. Se dan altas hospitalarias los viernes por la tarde lo que comporta problemas a la hora de ubicación en la enfermería y de tratamientos si los mismos no se tienen en los centros. Falta de circuito de coordinación entre centros y los hospitales de referencia. Falta de coordinación cuando el interno sale en libertad.
- H. MEJORAR EL ESPACIO FÍSICO, PROBLEMAS CON LA DISPENSACIÓN DE METADONA** (26 puntos). Hay centros en que la consulta médica diaria es compartida por los especialistas. Problemas en las consultas de dispensación de metadona. Problemas con el vestuario laboral. Mejoras de la cafetería. No existencia de sala de ocio para los profesionales. Ausencia de una sala con ordenador para poder hacer trabajos no asistenciales, pero sí de formación. Hay macro-centros que dificultan la movilidad dado que existen distancias de hasta 800 metros que se deben hacer andando para llegar a departamentos específicos.
- I. DÉFICIT DE MATERIAL SANITARIO Y NO SANITARIO** (26 puntos). En algún centro, el Administrador decide qué material se compra sin contar con los servicios médicos. Falta de sábanas de camillas, material obsoleto, desfibrilador que no funciona, aspirador que no aspira. Falta de mantenimiento del material de oficina y escasez del mismo.
- J. DIFICULTAD DEL TRASLADO DE PACIENTES** (25 puntos). Dificultad del traslado de los pacientes por falta de fuerza pública en las visitas programadas a hospitales externos. En las salidas urgentes, no vitales, puede existir un tiempo de demora de 12-24 horas, lo que resulta complicado para decidir si una urgencia es vital o no.

¿Qué Problemas de calidad u Oportunidades de mejora ves en los procesos asistenciales al paciente en prisión con VIH / TBC / Psiquiatría?



Enumera un máximo de 10 PCOM



Una vez obtenidos y priorizados los PCOM estructurales, se deben iniciar, tras un descanso, la búsqueda y detección de los PCOM de proceso.

Conviene recordar otra vez y previamente las diferencias entre estructura y proceso, y poner la diapositiva de lo que es proceso (diapositiva 9).

Esta parte es más fácil, y lleva menos tiempo su realización, debido a que los participantes conocen la mecánica de trabajo y les resulta más fácil realizarlo, siendo la mayor dificultad la confusión de proceso con estructura.

La metodología es idéntica a la de la búsqueda de los PCOM de estructura. Se debe iniciar de la misma manera, solicitando a los participante que escriban en la hoja los 10 PCOM de proceso más importantes que encuentren, posteriormente se clarificarán, se agruparán en 10 PCOM conjuntos y se priorizarán mediante confrontación por pares, para así obtener de la misma manera que en estructura los PCOM de Proceso. A continuación, en las dos siguientes diapositivas aparecen los PCOM de proceso obtenidos en dos reuniones del CAPRI nacional, y que se pueden poner para que los participantes se hagan una idea de procesos y les sea más fácil pensar y decidir cuáles son los PCOM de proceso desde su punto de vista.

Listado de prioridades de PCOM en PROCESO (ENFERMERÍA)



PCOM	
1	Escaso % de Mantoux realizados, pérdida de continuidad en el estudio de la ITL, incorrecta recogida de muestras de esputos y escasa implementación de TDO en el tratamiento de la ITL.
2	Excesiva demora entre ingreso y primera consulta programada
3	Consecuencias regimentales perjudiciales para el paciente por su inclusión en determinados programas de drogas
4	Incorrecto control en determinadas técnicas de enfermería: (...)
5	Malos registros de trabajo de enfermería en H ^o . Clínica con escasa implementación de informática en procesos asistenciales
6	Deficiente identificación del paciente en la H ^o Clínica
7	Pérdida de consultas y de realización de técnicas por dinámica regimental
8	Necesidad de mejorar técnicas y abordajes en las consultas de enfermería
9	Pérdidas de consultas externas por falta de traslados y ausencia de control en las existentes
10	Programa de metadona sin adecuado desarrollo de los aspectos de enfermería y del control de su reparto



En esta diapositiva se pueden observar los PCOM de proceso realizados por los profesionales de enfermería en la reunión celebrada en Madrid durante el desarrollo del CAPRI nacional.

También se puede poner esta diapositiva junto a la siguiente mientras los participantes están escribiendo los PCOM de proceso.

- A. ESCASO PORCENTAJE DE MANTOUX REALIZADOS, PÉRDIDA DE CONTINUIDAD EN EL ESTUDIO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITL), INCORRECTA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ESPUTOS, Y ESCASA IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA DIRECTAMENTE OBSERVADA (TDO) EN EL TRATAMIENTO DE LA ITL (59 puntos). Los DUE consideraron que los procesos realizados en el diagnóstico y tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (ITL) eran mejorables.
- B. EXCESIVA DEMORA ENTRE INGRESO Y PRIMERA CONSULTA PROGRAMADA (50 puntos). Pasa demasiado tiempo desde que un paciente ingresa hasta que los enfermeros pueden realizar la primera consulta programada.
- C. CONSECUENCIAS REGIMENTALES PERJUDICIALES PARA EL PACIENTE POR SU INCLUSIÓN EN DETERMINADOS PROGRAMAS DE DROGAS (44 puntos). Hay ocasiones en que los pacientes no se incluyen en programas de drogas porque les puede suponer un perjuicio regimental, como, por ejemplo, tener más dificultades para obtener un permiso por tener la variable de drogadicción.

- D. INCORRECTO CONTROL EN DETERMINADAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA: ESTERILIZACIÓN, REPARTO DE TRATAMIENTOS EN HORARIOS ACORDES A SU FARMACOCINÉTICA (44 puntos). Se realizan en algunas ocasiones incorrectamente algunas técnicas de enfermería o su control, principalmente por la variabilidad que existe en la práctica de enfermería, el rol equivocado, falta de formación... etc.
- E. MALOS REGISTROS DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN HISTORIAS CLÍNICAS (P. E. PÉRDIDAS EN VACUNACIONES) CON ESCASA IMPLEMENTACIÓN DE INFORMÁTICA EN PROCESOS ASISTENCIALES (34 puntos). No existe, en algunas prisiones, una cultura de registro del trabajo de enfermería en las historias clínicas, con lo que esto supone no sólo la falta de constancia de las actividades realizadas, sino que conlleva repetición de pruebas y perjuicios para el paciente.
- F. DEFICIENTE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y EN SU FILIACIÓN PERSONAL (CONFUSIÓN DE IDENTIDADES) (33 puntos). En la mayor parte de los centros penitenciarios existe una gran movilidad de los pacientes, tanto intra-penitenciaria como extra-penitenciaria, lo que impide un correcto conocimiento físico de éstos. A este problema se une la repetición de nombres y apellidos, sobre todo en pacientes de etnia gitana o de origen magrebí (y en estos últimos, su traslado a la lengua española), complicando mucho su identificación. También sucede que el único código de identificación general de los internos de una prisión es el NIS, pero éste no consta en muchas historias, ni lo tienen incluido todos los programas informáticos de una prisión. Este problema, en el caso de medicaciones como los psicotropos o la metadona, ha dado y puede dar lugar a que existan confusiones peligrosas.
- G. PÉRDIDA DE CONSULTAS INTERNAS Y DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE ENFERMERÍA POR DINÁMICA REGIMENTAL (28 puntos). Por los especiales horarios de los centros penitenciarios, y la poca coordinación de estos con el resto de actividades, se pierden muchas consultas y/o realización de técnicas.
- H. NECESIDAD DE MEJORAR TÉCNICAS Y ABORDAJES EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA (adherencia a los tratamientos y técnicas de trabajo en grupo) (29 puntos). Se considera necesario una mejora en las técnicas de enfermería, sobre todo en técnicas de comunicación, trabajo en grupo y metodología de entrevista.
- I. PÉRDIDAS DE CONSULTAS EXTERNAS POR FALTA DE TRASLADOS Y AUSENCIA DE CONTROL EN LAS EXISTENTES (no se gestiona la demanda ni lista de esperas) (21 puntos).

- J. PROGRAMA DE METADONA SIN ADECUADO DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DE ENFERMERÍA Y DEL CONTROL DE SU REPARTO (21 puntos). Este programa, que es uno de los más importantes en los centros por el número de pacientes incluidos (de un 15 a un 40% de internos en un centro penitenciario están incluidos en él) se realiza sin el conveniente desarrollo de los aspectos de enfermería, y sin la implicación de los ATS/DUE en él a excepción del reparto, para el cual, tampoco existen las medidas adecuadas para un correcto control.

Listado de prioridades de PCOM en PROCESO: ANDALUCÍA OCCIDENTAL (Dr. J. M. Castro)



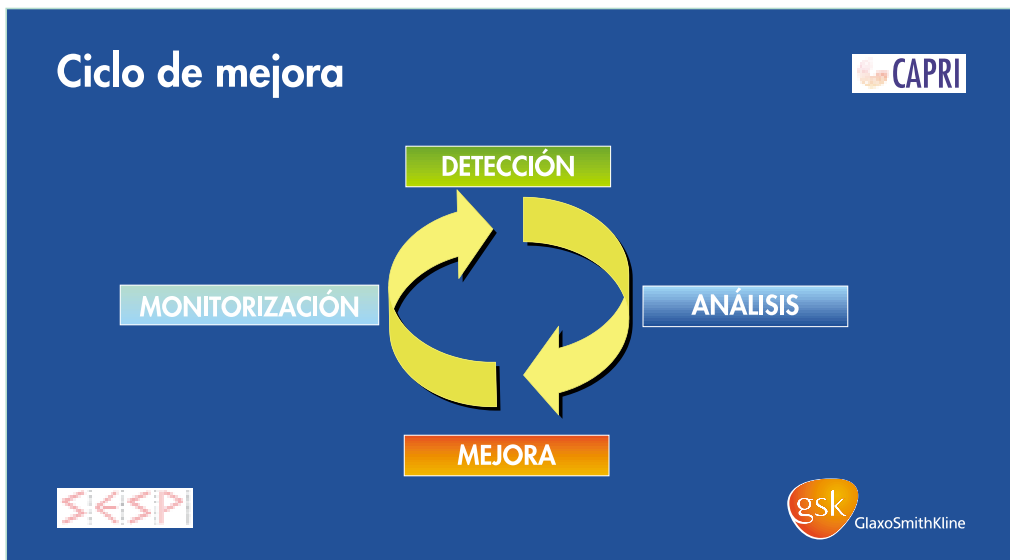
PCOM	
1	Atención Multidisciplinar: Consulta Enfermería.EPS.
2	Consultas programadas/Demanda: Tiempos y Cumplimiento
3	Ingreso de Paciente: Falta de datos, Exploración incompleta
4	VIH y TBC: Seguimiento incompleto de protocolos
5	Introducción informática de datos escasa
6	Ausencia de Programas de Adherencia y discontinuidades en TAR
7	Repetición de Pruebas: Vacunas, MTX, CD4,
8	Cumplimiento incompleto de hojas de tratamiento
9	TDO: limitados e irregulares
10	Falta de evaluación y manejo del VHC



Éste es el listado de PCOM en el proceso asistencial que se obtuvieron en la reunión de Andalucía Occidental coordinada por el Dr. José Manuel Castro. En la experiencia de CAPRI nacional, uno de los mayores problemas que se observó es que problemas estructurales se confundían con proceso. Ésta es la razón de poner dos diapositivas sobre PCOM de proceso. Pueden servir las dos de ejemplo de lo que son problemas de calidad u oportunidades de mejora en proceso asistencial, por lo que se puede poner mientras los participantes están escribiendo los PCOM de proceso.

- A. **ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR. CONSULTAS ENFERMERÍA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD** (40 puntos). Son consideradas grandes carencias de estos tres procesos asistenciales.
- B. **CONSULTAS PROGRAMADAS/DEMANDA: TIEMPOS Y CUMPLIMIENTO** (39 puntos). Mala calidad en las consultas a demanda y escasez de programadas.
- C. **INGRESO PACIENTE: FALTA DE DATOS, EXPLORACIÓN INCOMPLETA** (38 puntos). Existe una importante posibilidad de mejora en el proceso asistencial que se realiza con los ingresos en un centro penitenciario.
- D. **VIH Y TBC: SEGUIMIENTO INCOMPLETO DE PROTOCOLOS** (35 puntos).
- E. **INTRODUCCIÓN INFORMÁTICA DE DATOS ESCASA** (26 puntos). Los médicos ni introducen datos ni manejan el "sanit" (programa informático sanitario).

- F. PROGRAMA DE ADHERENCIA Y LAS DISCONTINUIDADES DE TTOS. (TAR) (24 puntos). Ausencia de programas de adherencia, y pocas soluciones para las discontinuidades en el TAR.
- G. REPETICIÓN DE PRUEBAS: VACUNAS, Mantoux, CD4, Quimioprofilaxis... (22 puntos). Se considera que, por diversas causas, se repiten indebidamente demasiadas pruebas diagnósticas en los centros.
- H. CUMPLIMIENTO INCOMPLETO DE HOJAS DE TRASLADO (19 puntos). En las conclusiones, las hojas de traslado están habitualmente mal rellenas.
- I. TDO: LIMITADOS E IRREGULARES (17 puntos). Sólo se realizan terapias directamente observadas en tuberculosis (TBC) y programa de mantenimiento con metadona (PMM), no en tratamiento antirretroviral (TAR) ni tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL).
- J. FALTA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DE VHC (4 puntos). En muchos centros no se realiza estudio de pacientes con VHC.



Como hemos comentado antes, hasta ahora hemos detectado los problemas de calidad u oportunidades de mejora que respecto a la estructura y el proceso tenemos en nuestro Centro Penitenciario, pero si queremos mejorar la CA, no podemos quedarnos aquí, debemos continuar y completar el ciclo de mejora y, por tanto, debemos analizar esos PCOM encontrados.

El análisis del PCOM, la búsqueda de soluciones y mejora del problema y la monitorización de ese PCOM resultan fundamentales para que CAPRI sea efectivo y sus resultados aplicables. No sirve de nada encontrar los PCOM si posteriormente no trabajamos sobre ellos para mejorar la Calidad Asistencial en nuestro centro penitenciario, por lo que el análisis y mejora del PCOM es imprescindible en CAPRI.

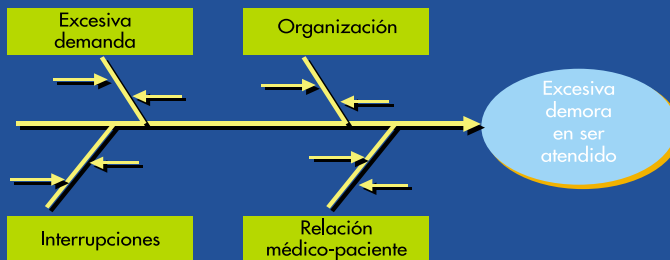
Hay muy diversos métodos de análisis, pero lo importante es que el método o métodos elegidos se adapten al problema y permitan alcanzar los objetivos de ese análisis.

MÉTODOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

- Diagrama de flujo, de Pert o Flujograma
- Diagrama de causa-efecto o de espina de pescado
- Análisis de campos de fuerza
- Histograma
- Estratificación
- Gráfico de Pareto

Realizaremos a continuación el análisis de los PCOM

Análisis del problema de calidad: Diagrama de causa-efecto o de Ishikawa

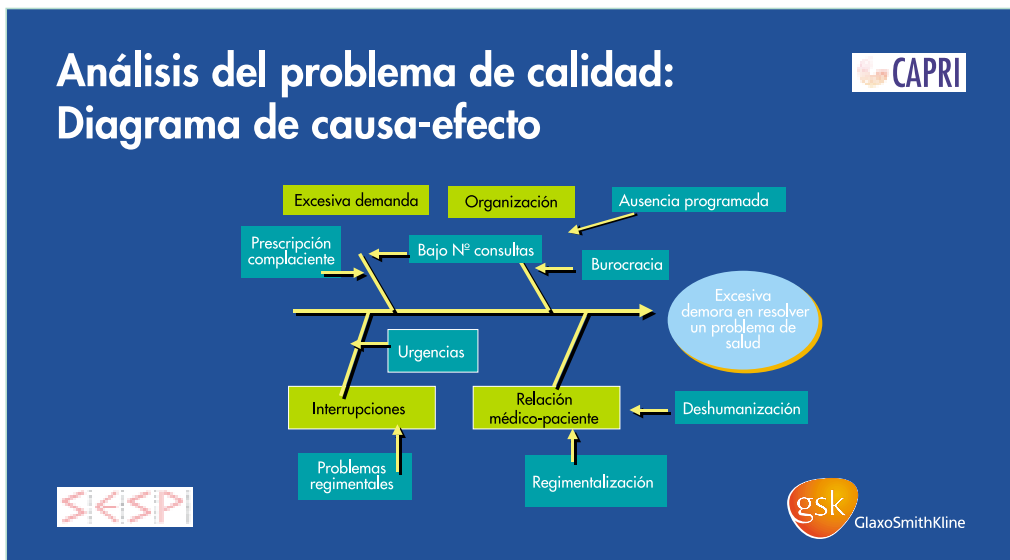


El método que vamos a usar para analizar un PCOM es el diagrama de Ishikawa, o diagrama de causa efecto, o diagrama de la espina de pescado mediante el cual se explora de forma sistematizada, y en sucesivas fases de profundización, las distintas categorías o clases de causas que influyen en el problema. Se dividen en causas de primer orden (medibles), de segundo y tercer orden (no medibles).

Se realiza de la siguiente manera:

1. Se coloca el PCOM como la cabeza de un pez.
2. Mediante una "lluvia de ideas" o "Brainstorming" de los participantes se expresan las causas que pueden estar motivando el PCOM, primero como ESPINAS grandes, y luego como las que motivan las anteriores. Si hipotéticamente el PCOM fuese la "excesiva demora en visitar a los pacientes" habría que buscar las **causas primarias** de ese problema:
 - Excesiva demanda para las consultas.
 - Organización de la consulta.
 - Problemas en la relación médico-paciente.
 - Interrupciones de la consulta.

Se puede y se deben poner todas las causas que encontremos, ya se irán eliminando posteriormente ya sea porque no se pueda intervenir en ellas, ya sea porque la relación coste-beneficio de la intervención en esa causa no sea favorable.



Posteriormente se buscarán causas de segundo y de tercer orden, o lo que es lo mismo, las causas de las que hemos detectado en primer lugar, de las que hemos considerado causas primarias de ese PCOM.

Si se consideraron un número determinado de causas principales en un primer momento, intentaremos detectar también mediante "lluvia de ideas" las de segundo y tercer orden, las causas que desde nuestro punto de vista producen o empeoran la causa primaria, y que son las que debemos intentar solucionar para mejorar el PCOM:

Si, por ejemplo, la excesiva demanda es una causa del retraso excesivo en resolver un problema de salud, debemos encontrar causas que produzcan excesiva demanda:

- Centro masificado.
- Prescripción complaciente.
- Escaso número de consultas.
- Ausencia de consulta de enfermería.
- Doy "pastillas" a todo el que las pide.
- No tengo número tope de pacientes por día de consulta.
- ... etc.

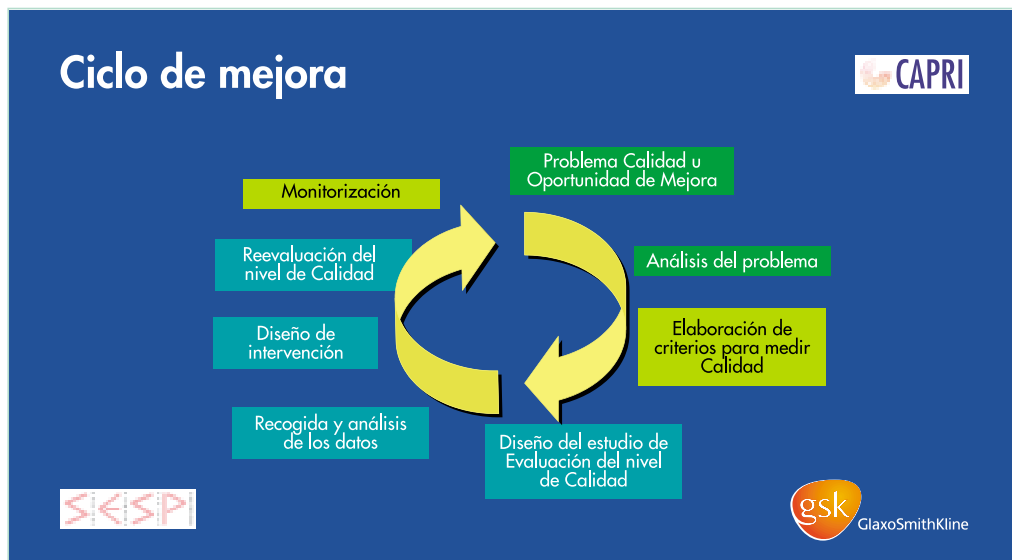
Es valorando estas causas como podemos encontrar soluciones.

Por ejemplo:

- Centro masificado: desde CAPRI no podemos actuar.
- Prescripción complaciente: se puede solucionar con medidas como, por ejemplo:

1. Protocolos de prescripción de psicofármacos en determinados supuestos.
 2. Reorganización del vademecum del centro.
 3. ... etc.
- Escaso número de consultas: el reducido número de consultas se podría solucionar con:
 1. Aumentar número de consultas.
 2. Aumentar consultas programadas para disminuir consultas demanda.
 - 3.... etc.

Es así como podemos encontrar soluciones plausibles para los PCOM, soluciones que se puedan instaurar o aplicar y así mejorar la calidad asistencial de nuestro centro, intentando encontrar soluciones para las causas (primarias, secundarias o terciarias) del PCOM.



Hemos encontrado hasta ahora los 10 PCOM estructurales y los 10 PCOM de proceso más importantes de nuestro centro penitenciario, y posteriormente hemos analizado esos PCOM para encontrar soluciones plausibles y aplicables.

Pero el ciclo de mejora no acaba aquí, sino que se prolonga con la elaboración de criterios para medir la calidad. Posteriormente, y según el ciclo de mejora, se debería diseñar un estudio para evaluar el nivel de CAPRI que tenemos, se deben recoger los datos, se analizan y se plantea un DISEÑO de INTERVENCIÓN. Tras eso se vuelve a evaluar la CA y se reinicia el ciclo.

Al nivel en el que estamos trabajando en CAPRI, nos vamos a quedar en dos procesos, la **valoración de criterios de calidad y la monitorización**.

La elaboración de los **criterios para medir la calidad** consiste en la definición de criterios o normas de buena calidad que establecemos, y que nos deben servir para medir la calidad asistencial que ofrecemos. Estos criterios fueron establecidos en varios campos—estructurales, de calidad general, respecto a la atención al paciente VIH, al paciente VHC y respecto a la TBC— en el CAPRI nacional por los participantes en el programa.

El criterio es una HERRAMIENTA para medir si la CALIDAD existe, no existe o EN QUÉ GRADO EXISTE. Lo importante es que deben ser POCOS, REALISTAS, VÁLIDOS, MEDIBLES, ACEPTADOS por TODOS, FIABLES y RELEVANTES.

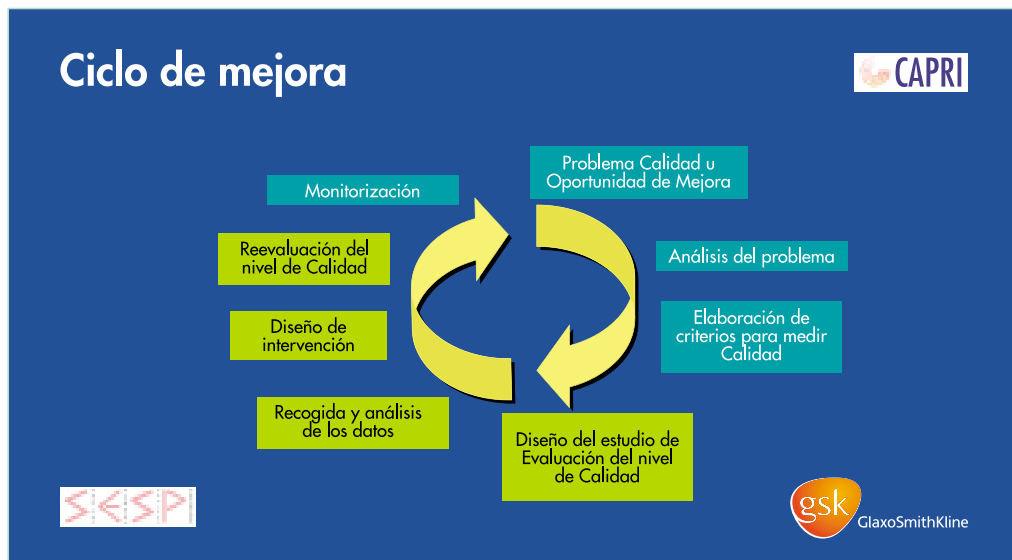
Los criterios deben tener un estándar entendiendo por tal el NIVEL ÓPTIMO de cumplimiento del criterio (ejemplo de criterio: todo VIH debe ser evaluado con CD4+ y RNA-VIH; su estándar es que el 100% de los VIH tengan efectuados esos análisis y se conozcan sus resultados en el primer mes de la evaluación).

Los criterios pueden ser estructurales (lo que necesitamos para que exista calidad, es necesario, pero su existencia no imposibilita que no exista buena CA), de proceso (los que hacemos, deben basarse en la evidencia científica) o los de resultado (lo mejor y más claro número de pacientes: VIH+ muertos al año, quimioprofilaxis al año). Según esto los criterios son la tercera parte del ciclo de mejora.

Después vendría la evaluación del nivel de calidad, en función de los criterios definidos (monitorización), su análisis y la intervención... Pero vamos a fijarnos en la MONITORIZACIÓN.

La monitorización consiste en recoger uno de los criterios de calidad elegidos, y rutinariamente ir midiéndolo. Si en algún momento este criterio especial cambia, salta una ALARMA sobre cómo está siendo la CA.

Un ejemplo sencillo. Hemos elegido como criterio de CA el número de casos de TB anual. Si, de pronto, un mes pasamos de tener 10 mensuales a 20, o más, automáticamente preguntaremos: ¿qué está pasando?... Eso es un criterio INDICADOR.



Pero el ciclo de mejora no termina en lo que hasta ahora hemos explicado. Es posible –como se ve gráficamente en las diapositivas– y conveniente realizar otras fases del mismo, y aunque no está en la idea de CAPRI avanzar tanto en el programa, sí creemos conveniente explicar (aunque sea someramente) estas fases del ciclo de mejora que son:

1. Diseño del estudio

Este estudio de evaluación de la CA debería estar compuesto por:

- **Criterios** para evaluar. Descripción de los criterios (lo que vamos a medir), clasificación de los mismos, y especificar excepciones y aclaraciones.
- **Dimensión** estudiada. Aclarar qué dimensión o dimensiones son las que se van a medir. Calidad científico-técnica, satisfacción del usuario, accesibilidad, etc.
- **Tipo de Datos**. Constatar si son datos de estructura, proceso o resultado los que vamos a utilizar.
- **Unidades de Estudio**. Se delimitan definiendo los siguientes puntos:
 - Características de la población que entra en la evaluación.
 - Características de los profesionales y nivel asistencial evaluado.
 - Periodo de estudio: fragmento del proceso asistencial en el que vamos a comprobar si el criterio se cumple o no.
- **Fuentes de Datos**. Lugar de donde se van a extraer los datos.
- **Identificación y Muestreo de las Unidades de Estudio**
 - Marco muestral: total de casos o universo.

- Número de casos: conviene manejar muestras manejables, pequeñas, de 50 a 60 casos.
- Método de muestreo: sistemático, aleatorio simple, por estratos.
- **Tipo de Evaluación**
 - Según relación temporal: retrospectiva, concurrente o prospectiva.
 - Según quién toma la iniciativa: evaluación interna o externa.
 - Según quién obtiene los datos: cruzada (un profesional evalúa la actuación de otro) o autoevaluación.

2. Evaluación del diseño

Dentro del diseño del estudio de calidad tendremos que tener en cuenta la fiabilidad de los criterios a valorar, entendiendo por tal como el grado de reproductibilidad de los resultados cuando el experimento es repetido por evaluadores diferentes. Se trata de medir lo mismo y con el mismo método. Para valorar el grado de fiabilidad de nuestro estudio existen varios índices entre los que se encuentran el índice de kappa, índice de concordancia general e índice de concordancia específico.

3. Plan de mejora

Tendremos éxito en el programa si dedicamos la misma atención a la identificación y análisis de los problemas que a los aspectos destinados a solucionarlos. Se suelen emplear tres tipos de medidas correctoras: educativas, organizativas y motivadoras.

4. Ejecución de las medidas correctoras

Decididas las propuestas de mejora y habiendo sido aceptadas por todo el equipo, es conveniente para llevarlas a la práctica establecer una planificación operativa que nos permita controlar la implantación y su desarrollo. Como herramientas para conseguirlo tenemos:

- **Diagrama de problemas anticipados** (refleja en una gráfica la posible aparición de problemas en el tiempo, para poder planificar las posibles soluciones por anticipado.
- **Cronograma o diagrama de Gantt** (representación gráfica, con la secuencia temporal de las actividades a realizar desde el inicio al fin del plan de mejora).

5. Reevaluación

Al terminar el plazo de implantación de las medidas correctoras se debe realizar una nueva evaluación, que valore si el plan realizado ha servido para algo o medir en qué grado se ha modificado la situación de partida. Se debe diseñar la evaluación, de forma

que los datos sean comparables con los de la primera, analizar los datos, y plantearnos nuevas propuestas de mejora. El primer paso es exactamente igual al realizado al inicio del ciclo, y es muy importante no modificar los criterios establecidos, ni sus definiciones.

Al reevaluar, lo que más nos interesa es saber si hemos mejorado o no, y saberlo con cierta seguridad, por lo que es necesario calcular el nivel de significación de la diferencia encontrada entre las dos evaluaciones. Para medir esta mejora obtenida en el nivel de calidad tras la intervención podemos medir:

- Mejora absoluta (MA): resulta de la diferencia entre el número de cumplimientos en la segunda evaluación y la primera, para cada uno de los criterios considerados.
- Mejora relativa (MR). Relación entre la mejora absoluta conseguida y la máxima mejora posible (MM), que sería el haber llegado al 100% de los cumplimientos. ($MR = MA/MM$).

Como partimos de una muestra tendremos que realizar el cálculo de la significación estadística de la diferencia encontrada.

Con esto se podría considerar finalizado el Ciclo de Mejora pero, como hemos dicho antes, CAPRI no ambiciona tanto, siendo su objetivo el descubrimiento de PCOM, su análisis y búsqueda de soluciones en los Centros Penitenciarios.

3. CONCLUSIONES

En estas 30 diapositivas se ha intentado explicar la metodología necesaria para poner en marcha CAPRI en las prisiones con la intención de facilitar el inicio de un Programa de Calidad Asistencial en la Sanidad Penitenciaria en general y en los centros penitenciarios en particular, un programa pionero en una materia, la CA, que ha estado largamente olvidada en nuestro medio.

Gracias al patrocinio de GlaxoSmithKline, se pudo realizar CAPRI nacional, y también gracias a GSK se ha podido ahora realizar esta continuación, que debe ser el segundo paso del largo camino que debe recorrer la Calidad Asistencial en las prisiones españolas.

Esperamos que este Manual sirva de estímulo para que profesionales sanitarios en las prisiones no sólo lleven a cabo el programa CAPRI con su ayuda, sino que también den un paso más allá y realicen y diseñen estudios de evaluación de la CA. Para ello, además de la ayuda que les pueda prestar este manual, pueden encontrar en la bibliografía adjunta documentación que se lo facilite.

Los coordinadores de CAPRI deseamos que esta primera piedra en el estudio de la CA sirva de base para la mejora de la Sanidad Penitenciaria y facilite la próxima integración en los Sistemas de Salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Saiz de la Hoya P, Viciano P. Calidad asistencial en prisiones. (CAPRI), Documento de consenso. S.E.S.P./GlaxoSmithKline/Scientific Communication Management SL. Madrid 2002.
- 2) Viciano P. Programa de Calidad Asistencial al paciente con infección por el VIH en Hospitales españoles (CAV) GESIDA/Abbott. Doyma 1999.
- 3) Delbecq AL, Van den Ven AH. La toma de decisiones en grupo en las organizaciones modernas. Técnicas grupales para la planeación. Mexico: Trillas; 1984: p. 23-26.
- 4) Ramírez DN, Casado P, Zarco J. Gestión de calidad en Atención Primaria. FOMECO 1999; 7:3 Tema Fundamental.
<http://www.saludaliamedica.com/Med/revistasMedicas/fomeco/inc/julio->
- 5) Saturno PJ. Rev Calidad Asistenc. 1998; 13: 437-443.
- 6) Saturno PJ. Curso de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Universidad de Murcia/Dupont Pharma. Madrid 1999.
- 7) Carrasco G. Medicina basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17: 113-125 .
- 8) March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria 1999; 13: 312-319.
- 9) Carrasco G, Ferrer J. Guías basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 2000; 6: 199-207.
- 10) García J, Barranco J, Cano F. Técnicas de animación y trabajo en grupo. Sevilla: Junta de Andalucía; 1987.
- 11) Fink A, Kossecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines forms. Am J Public Health 1984; 74: 979-83.
- 12) García Boró S, Agra Varela Y. Evaluación y mejora de la calidad asistencial I: bases conceptuales. Medifam, 1998; 8: 105-112.

Requerimientos mínimos de sistema:

Pentium III a 350 Mhz

Memoria RAM mínimo 64 MB

Tarjeta de vídeo con resolución mínima de 800 x 600 pixels, 24 bits CDROM 24x

Sistemas operativos: Todos los Windows

Altavoces

Explicación para copiar al portapapeles:

PRIMERO: una vez tenga la diapositiva elegida en pantalla, pulsar el icono "copiar al portapapeles".

SEGUNDO: presionar la tecla "control+escape", y se desplegará el menú de Inicio, buscar un editor de textos, como por ejemplo, Microsoft Word o WordPad, abrirlo y seleccionar nuevo trabajo (hoja en blanco).

TERCERO: seleccionar la pestaña de "edición" y posteriormente seleccionar "pegar".