

Estrategias de mejora en la aplicación del Modelo ABC para la cesación tabáquica.



Cómo implementar el Modelo ABC? ¿De qué manera incorporar la mejora continua de la calidad en el proceso de cesación tabáquica? En esta unidad conoceremos algunas estrategias para mejorar la calidad de procesos asistenciales a través de la implementación del Modelo ABC.

Antes de comenzar, es necesario definir algunos conceptos que serán tratados a lo largo del artículo de esta unidad. Revisemos cada uno a continuación:

Calidad en la atención sanitaria

Es lo que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma precisa. Esto favorece destinar los recursos de acuerdo a las necesidades en forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite. La calidad en salud lleva implícito:

- **Brindar excelencia técnica**, entendiendo esto como la toma de decisiones adecuadas y oportunas, tener habilidad para el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder.
- **Mantener una adecuada interacción entre los agentes involucrados en dar y obtener salud**: las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (García, 2001).

Mejora continua de procesos

Incorpora las acciones de mejora continua en las etapas de planificación, producción y servicio, lo que implica la adquisición de un compromiso por lograr calidad y estudiar permanentemente todos los procesos para optimizar sus resultados (Deming, 1950 citado por Gnecco, 2011).

Ficha clínica

Instrumento legal y obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, cuya finalidad es la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Los registros deben estar completos y asegurar el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella (Ley 20.584, 2012).

Línea de base de indicadores

Es un consenso sobre el nivel de mejora deseado, también puede ser llamado umbral o estándar. Esto debe ser difundido y conocido por los profesionales involucrados en la medición (Intendencia de Prestadores, 2010).

La Ley 20.584

La Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Relación a la Atención de Salud (2012), establece que “todos los servicios deben prestarse con el debido respeto por la persona, en la oportunidad justa y con la calidad apropiada, sin discriminaciones arbitrarias y en la forma y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.”

Para aplicar el concepto de calidad en las prácticas diarias, hay una multiplicidad de dimensiones que deben considerarse, sin embargo, lo fundamental es mantener el foco de orientación en lograr procedimientos e intervenciones que tengan evaluación permanente de su eficiencia, efectividad y seguridad. Para esto es imprescindible un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

¿Cómo incorporar la mejora continua de la calidad en el proceso de cesación tabáquica? En esta unidad conoceremos que la mejora continua en los procesos asistenciales es cíclica y comprende las siguientes etapas:



Revisemos a continuación cada una de las etapas que contienen las principales estrategias para mejorar la aplicación del Modelo ABC para la cesación tabáquica:

Etapa 1: Definición y priorización de un problema en el contexto de la atención clínica

Problemas de calidad

Los problemas de calidad pueden ser de cuatro tipos: asistenciales, estructurales, organizacionales y mixtos. Veamos a continuación de qué se tratan:

Problemas asistenciales

Son los vinculados directamente a la relación entre el equipo de salud y el paciente, pueden ser:



- Aspectos técnicos de la atención, como por ejemplo, la calidad de la anamnesis, del examen físico, del diagnóstico, del seguimiento o control, de la educación o de la información.
- Relación Interpersonal.
- Problemas derivados de algunas características del proveedor (motivación, interés y compromiso).

Problemas estructurales

Son todos aquellos vinculados a la forma en que la organización está estructurada. Estos problemas pueden estar relacionados con:

- > | Definición e implementación de políticas.
- > | Definición e implementación de planes y programas.
- > | Organigrama.
- > | Definición de roles y funciones.
- > | Flujogramas de atención.
- > | Trabajo en equipo.
- > | Comunicación.
- > | Elaboración de manuales de organización interna e implementación.
- > | Elaboración de manuales de procedimientos e implementación.
- > | Análisis, capacitación y difusión de normas, protocolos, guías clínicas.
- > | Supervisión.

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

- | Auditoría.
- | Existencia de mecanismos de evaluación interna: auto-evaluación, revisión de pares, etc.
- | Otros: Trabajo intersectorial, con la comunidad, etc.

Problemas organizacionales

Están vinculados a los recursos de diferentes tipos y a la estructura organizacional, entre los cuales destacan:

- Recursos Humanos: número, tipo, distribución.
- Recursos físicos.
- Recursos materiales.
- Recursos tecnológicos.
- Insumos.
- Recursos financieros.
- Existencia o no de organigrama, manuales, normas, protocolos o guías clínicas.



Problemas mixtos

Son aquellos que tienen más de una causa y pueden mezclarse.

Algunos ejemplos pueden ser: un problema asistencial y estructural o un problema asistencial y organizacional.

Definición de problema específico.

Para definir un problema específico debemos identificar la información relevante a través del planteamiento de preguntas estratégicas como las siguientes:

- | ¿De qué problema se trata? ¿Es posible cuantificarlo?
- | ¿En qué actividad y programa ocurre? ¿A quiénes afecta?
- | ¿En qué lugar ocurre? (Cesfam, hospital, etc).
- | ¿En qué servicio y región ocurre?
- | ¿En qué periodo de tiempo? ¿Es similar o diferente respecto a periodos pasados?

Priorización de un problema

Para priorizar de manera efectiva los problemas, podemos elaborar un instrumento que sistematice la información: una “Matriz Decisional” que permita jerarquizar en caso que se detecte más de un problema.

Para ello existen cuatro pasos:

1. Definir un listado de problemas.

2. Establecer los criterios para los cuales se determinará una puntuación, tales como:

- | **Magnitud:** indica la frecuencia, relevancia o importancia de una situación.
- | **Trascendencia:** determina el impacto que tiene el problema en la salud de la población, en un lugar y tiempo dado.
- | **Vulnerabilidad:** indica la posibilidad del equipo o del profesional para modificar, disminuir o eliminar el problema.
- | **Factibilidad económica:** señala la posibilidad o no de contar con los recursos necesarios para influir sobre el problema.
- | Otros criterios que el profesional o equipo puedan identificar.

3. Determinar la escala de puntuación para cada elemento indicado en el paso 2.

Por ejemplo, podemos asignar a cada criterio una puntuación que va de 1 a 5 puntos, donde 1 es “poco importante” y 5 es “muy importante” o, si se midiera la factibilidad económica, “1 es caro de resolver” y “5 es barato de resolver”.



Es importante señalar que los problemas de estructura no se miden con esta técnica, puesto que deben ser valorados a nivel de la Dirección del Establecimiento.

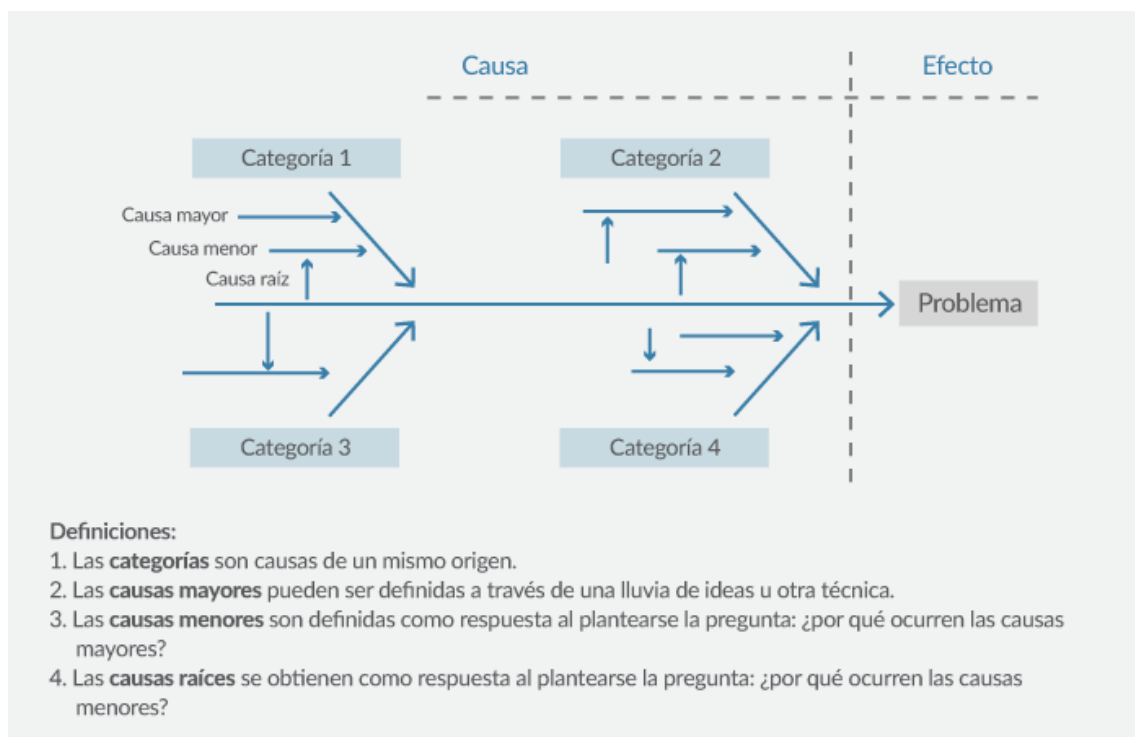
4. Confeccionar la Matriz Decisional de acuerdo al siguiente esquema:

EJEMPLO DE MATRIZ DECISIONAL					
Problema	Magnitud (1 a 5 puntos)	Trascendencia (1 a 5 puntos)	Vulnerabilidad (1 a 5 puntos)	Factibilidad económica (1 a 5 puntos)	Puntaje
Problema 1: Inasistencia de los pacientes a los controles post intervención X (Problema asistencial).	3	5	1	3	12
Problema 2: Pacientes sin modificación de su etapa de Prochaska luego de X intervenciones. (Problema asistencial).	4	5	5	2	16

Según el ejemplo, se debe abordar el problema número 2 como prioridad debido a que el resultado del análisis arrojó mayor puntaje que el problema número 1. Por lo tanto, este problema ya podría ser incorporado a un proyecto de mejora.

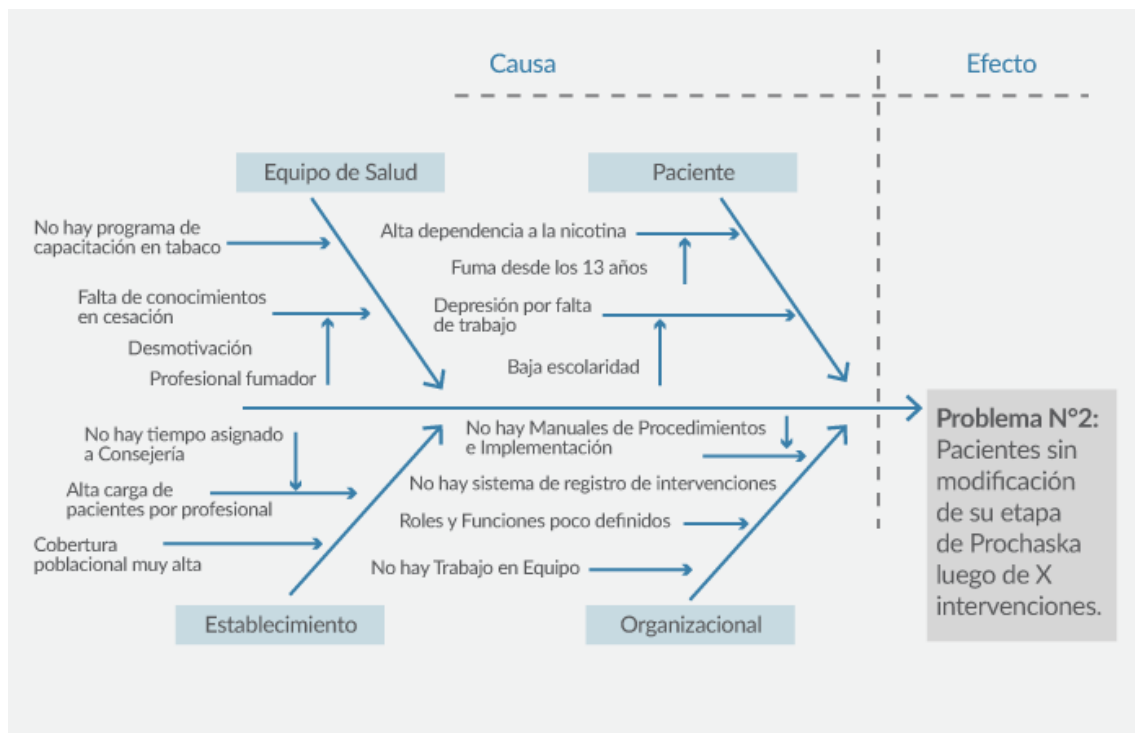
Etapa 2: Análisis del problema priorizado

Para analizar el problema priorizado, se puede hacer un “Diagrama causa-efecto” o también llamado “Método de Ishikawa” (espina de pescado). Este diagrama es una representación gráfica de las múltiples causas que determinarían un problema (efecto).



Para explicar más detalladamente, observa la aplicación del “Método de Ishikawa” (espina de pescado) para el problema número 2 expuesto anteriormente: “Pacientes sin modificación de su etapa de Prochaska luego de X intervenciones (problema asistencial)”.

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco



Luego de identificar las causas del problema, se debe evaluar cuáles de ellas son modificables y de esta manera establecer posibles soluciones. Observa la siguiente tabla para conocer la manera de modificar las causas en el mismo ejemplo explicado en el Método Ishikawa: *“Pacientes sin modificación de su etapa de Prochaska luego de X intervenciones”*:

Causa modificable N° 1. Categoría: “Equipo de salud”				
Causa modificable	Solución (es)	Responsable	Tiempo	Indicador (es)
Falta de conocimientos en cesación tabáquica.	Ejecutar Programa de capacitación.	- Jefe de Cesfam - Jefe de Capacitación.	6 meses de ejecución.	- Test de conocimientos aplicado a funcionarios y aprobados con nota igual o superior a 5.5. - 100% de Asistencia a las capacitaciones.

Causa modificable N°2. Categoría: "Organizacional"				
Causa modificable	Solución (es)	Responsable	Tiempo	Indicador (es)
No hay sistema de registro de intervenciones	Establecer sistema de registro en ficha clínica que incluya los siguientes ítems: -Estado de fumador. -Intervención realizada.	- Jefe de Servicio - Jefe de Área - Jefe de Registros Clínicos.	3 meses.	- En la ficha clínica existe un espacio definido para registrar estado de fumador, no fumador, ex fumador y fumador pasivo. - 80% de las intervenciones realizadas deben estar registradas.

La medición de indicadores servirá para comprobar si la causa se modificó o no, lo cual implica que se debe medir al inicio y al final para establecer una "línea de base".

Etapa 3: Elaboración de productos, criterios y estándares de calidad

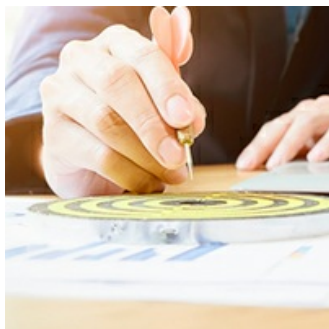
Elaborar productos, criterios y estándares de calidad tiene como objetivo realizar **evaluaciones de los procesos administrativos y clínico-asistenciales**.



Un proceso de evaluación es la medición de resultados de una intervención en relación a los resultados esperados, con el objetivo de mantener, modificar, mejorar y formular nuevas intervenciones.

Una de las principales herramientas para evaluar, es el "criterio de evaluación" con su correspondiente "estándar de calidad".

¿Cuáles son los objetivos de la evaluación?



- Comparar lo esperado con lo efectivamente realizado y logrado.
- Detectar logros, reconocerlos, mantenerlos, reforzarlos.
- Detectar oportunamente los riesgos y las áreas críticas.
- Proponer soluciones creativas y realistas.
- Transformar resultados en insumos permanentes y válidos para tomar decisiones e intervenir en las prácticas.

A continuación presentamos algunos conceptos clave:

¿Qué es un “criterio de evaluación”?

Son elementos pre determinados por el equipo de salud, con lo que se puede medir y comparar aspectos importantes de la calidad de la gestión y servicios. Son los requisitos que se establecen para cada producto y que necesariamente deben cumplirse para que haya calidad.

¿Qué es el “estándar de calidad”?

Es el grado de cumplimiento del criterio que exige el equipo y se expresa siempre en porcentaje. El estándar se define en función de la relevancia de lo que se quiere evaluar, de la gravedad y de los recursos disponibles.

¿Cómo incorporar la evaluación al proceso asistencial con los conceptos anteriormente expuestos? Revisa el siguiente material descargable:

Documento descargable: *Evaluación al proceso asistencial*

DESCARGAR 

Elaboración de Indicadores

De cada criterio de evaluación construido se puede elaborar un indicador de calidad. Así se pasa de la evaluación al **monitoreo de la calidad**.

Un indicador es una variable cuantitativa que sirve para medir cambios, permitiendo conocer el antes, durante y después de una situación. Es la expresión matemática de un criterio de evaluación.

Los **indicadores tipo tasa o índice** son aquellos que miden situaciones para las cuales está permitida la ocurrencia de un determinado número de casos. Incluyen **indicadores de estructura, proceso y resultado**:

- | **Indicador de Estructura:** mide cómo el sistema de salud está organizado y equipado, además de los recursos disponibles.
- | **Indicador de Proceso:** mide cómo la atención es otorgada y si todos los pasos de un proceso fueron cumplidos correctamente durante la atención.
- | **Indicador de Resultado:** mide la efectividad de la atención, el grado en que la atención otorgada produjo el efecto deseado.

A continuación presentamos la tabla usada anteriormente, pero incorporando la columna “indicadores”. Haz clic en descargar para observarla.

Documento descargable: Indicadores

DESCARGAR 

Aplicación de calidad en cesación tabáquica

Para aplicar la calidad en el proceso de cesación tabáquica es fundamental que:

- | Se identifiquen las necesidades de salud de los pacientes.
- | Se destinen los recursos de manera oportuna.
- | Las intervenciones se realicen de acuerdo a los conocimientos.
- | Se resguarde la correcta interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes.

Es relevante considerar que, si bien los estándares de calidad en cesación del consumo de tabaco en el ámbito internacional están definidos en Guías Clínicas, los recursos actualmente disponibles en Chile limitan la aplicación de algunas intervenciones o tratamientos.

A continuación se presentan recomendaciones basadas en la evidencia, de manera de hacer más efectivas las intervenciones en cesación; y ejemplos de la aplicación del ciclo de la evaluación y mejora continua en las intervenciones en cesación del consumo de tabaco.

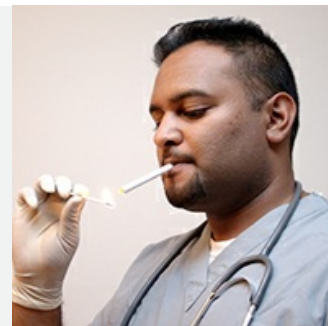
Recomendaciones

Estas son los prerrequisitos al momento de instaurar el Modelo ABC de cesación en cualquier equipo de salud.

Profesionales de la salud idealmente deben tratar su condición de fumador

Diversos autores y Guías Clínicas señalan que los médicos fumadores son poco efectivos a la hora de actuar y recomendar que dejen de fumar. (Seijas D, 2010; Vejar L, 2011; Guía Clínica Nueva Zelanda, 2014).

Varias investigaciones evidencian que los médicos que fuman hacen menos intervenciones para dejar de fumar en sus pacientes. (Edwards et al 2012, en Guía Neozelanda 2014. Sánchez L, 2003, en Véjar L, 2010).



Los profesionales de la salud deben estar capacitados en estrategias de intervención del tabaquismo

- La capacitación y la motivación del profesional son herramientas que pueden usar a favor de una práctica clínica efectiva en el tabaquismo.
- Los funcionarios de la salud deben recibir capacitación para implementar el Modelo ABC.

Que exista un sistema de registro estándar para establecer la condición de fumador, ex fumador, nunca fumador y fumador pasivo

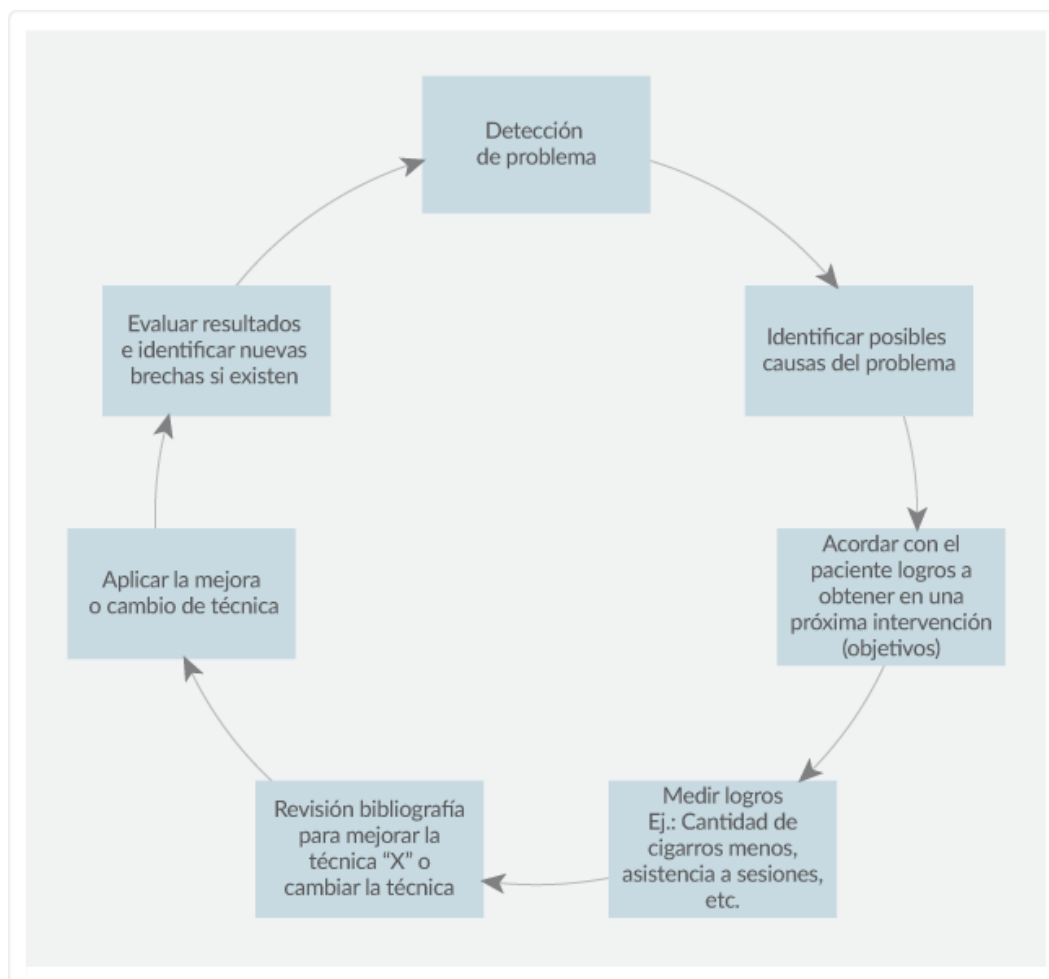


Instaurar esta estrategia dentro de la práctica clínica cotidiana, requiere realizar algún ajuste institucional para que todos los pacientes sean interrogados con respecto al consumo de tabaco y este quede registrado. Es relevante hacerlo, ya que se calcula que el 70% de los fumadores consultan un médico una vez al año. Intervenir en cada una de esas consultas se constituye como una oportunidad única de lograr modificar la tasa de consumo de tabaco (Vejar L, 2011).

Aplicación del ciclo de la mejora continua en las intervenciones en cesación del consumo de tabaco

Obtener respuestas en los pacientes que cursan un proceso de cesación tabáquica puede generar instancias valiosas, tales como: detectar brechas o problemas, identificar sus causas y aplicar acciones que permitan constantemente mejorar las prácticas clínicas u otras.

El ciclo de la mejora continua puede resumirse en el siguiente esquema:



¿Cómo aplicar el ciclo de mejora en las intervenciones en el modelo ABC? Veamos algunos ejemplos:

DESDE ACA

[Ciclo de la Mejora Continua](#)

El navegador no soporta el video.



AVERIGUAR:

Problema

- Falta de continuidad en registros del "estado de fumador".

Causas

- Falta de capacitación del equipo en relación al Modelo ABC.
- Sobrecupo de pacientes.
- Falta de motivación para intervenir en tabaquismo (“no es prioridad”).

Acordar logros

- Alinear a la jefatura para intervenir y sensibilizar de acuerdo a la importancia.
- Planificar capacitación.
- Motivar al equipo en relación a la importancia de capacitarse y estandarizar acciones (registro).

Medirlos

- Personal capacitado.
- Pacientes con registro de estado de fumador.

Revisión bibliografía

- Buenas prácticas.
- OMS.
- Bibliografía nacional e internacional.

Aplicar mejora

- Programa de Capacitación.
- Estandarizar registros.
- Realizar abogacía con autoridades internas y externas.

Evaluar resultados

- Porcentaje del personal que registra el “estado de fumador en tiempo X”.



BREVE CONSEJO:

Problema

- No se implementa el Breve Consejo en los pacientes.

Causas

Formación en intervenciones de cesación del consumo de tabaco

- No existe capacitación en la aplicación del Breve Consejo.
- El tema "tabaco" no es prioridad para las autoridades.

Acordar logros

- Realizar abogacía ante la autoridad para realzar el tema.
- Planificar e implementar programa de capacitación en Breve Consejo.
- Aplicar el Breve Consejo en los pacientes.

Medirlos

- Abogacía realizada ante la autoridad para realzar el tema.
- El programa de capacitación se implementa en "X%" de funcionarios.
- Aplicación del Breve Consejo en "X%" de los pacientes.

Revisión bibliografía

- Bibliografía nacional e internacional.

Aplicar mejora

- Aplicar y registrar el Breve Consejo en un "X%" de pacientes.

Evaluar resultados

- Se logra cumplir el "estándar" determinado de aplicación de Breve Consejo en los pacientes.



CESACIÓN:

Problema

- El paciente no cambia su etapa de Prochaska, luego de hacer intervención en cesación.

Causas

- No hay tiempo asignado.
- No hay trabajo multidisciplinario en cesación.

Acordar logros

- Tiempo asignado de 3 minutos por consulta para intervención mínima.
- Todos los profesionales del equipo realizan una intervención mínima.

Medirlos

- Intervención mínima realizada en "X%" de los pacientes.
- "X%" de los profesionales realizan intervención mínima.

Revisión bibliografía

- Bibliografía nacional e internacional.

Aplicar mejora

- Todos los profesionales del equipo realizan intervención mínima en los pacientes.

Evaluar resultados

- Se logra cumplir el estándar de intervención mínima en "X%" de los pacientes.
- "X%" de los profesionales implementan intervención mínima.

Finalmente es importante mencionar que para la mejora de la calidad en la aplicación del Modelo ABC, el equipo de salud considere de manera permanente lo siguiente:

A

Todo profesional pregunta y registra el consumo de tabaco en los pacientes en cada consulta o intervención.

Preguntar y documentar la condición o no de fumador de cada una de las personas que consultan, permite al profesional identificar la necesidad de intervención y para el fumador puede ser un elemento motivador para considerar la posibilidad de cambiar su conducta de fumar.

- | Actualizar la información permitirá al profesional entregar una intervención más oportuna.
- | El registro actualizado detalla los avances o retrocesos del paciente.

B

Todos los profesionales del establecimiento entregan Breve Consejo, independiente del motivo de consulta.

- | Todos los autores coinciden en que el consejo firme, claro y personalizado, brindado por cada profesional que atiende al paciente tiene gran efectividad, independiente del motivo de consulta.
- | Existe evidencia de Investigaciones Clínicas Aleatorizadas (ICAs) que el consejo breve para dejar de fumar entregado por el médico, mejora las tasas de abstinencia controladas seis meses después del abandono. (Guía Clínica Nueva Zelanda, 2014).

C

El apoyo para la cesación incluye un amplio espectro de niveles de intervención, desde una intervención mínima de pocos minutos en la consulta médica, hasta la intervención especializada en una unidad de tabaquismo.

Si el profesional dispone de la capacitación y el tiempo asignado, debe realizar una intervención más amplia o integral que incluya el tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico en los pacientes que esté indicado.

- | La efectividad del tratamiento depende de los conocimientos del profesional acerca de la cesación del tabaquismo, de sus destrezas y del tiempo que se asigne a estas intervenciones.



Si el paciente tiene severa dificultad para lograr la abstinencia o pertenece a alguno de los grupos especiales (embarazadas, adolescentes, personas con problemas de salud mental), se deben realizar las intervenciones antes mencionadas; y si existiese la posibilidad, derivarlas a centros de mayor complejidad.

Bibliografía Unidad 5

- Bello, S. et al. Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. Revista Médica Chile 2004; 132: 223-232.
- Gnecco, G. (2011). Guía del Estudiante, Diploma Gestión de Calidad en Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
- Intendencia de Prestadores (2010). Indicadores de calidad: Criterios para la definición de umbrales.
- García, R. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Revista Médica de Chile. 129(7), 825-826. Recuperado el 10 de julio de 2015 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&tlng=es.%2010.4067/S0034-98872001000700020.
- Ley N° 20.584 (2012). Derechos y Deberes de las Personas en Relación a la Atención de Salud. Santiago, Chile.
- Ministry of Health (2014). The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking.
- Ministry of Health (2014). Background and Recommendations of the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente.
- Seijas, D (2010). El ABCD de la cesación de fumar. De la evidencia a la práctica clínica preventiva. Revista Médica Clínica Las Condes. 21(5) 719-731.
- Vejar, L. (2011). Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo. Programa de Tabaquismo Hospital Sotero del Río, SSMSO. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatria.cl>