



# MANUAL DE CALIDAD **ASISTENCIAL**







# Índice



Depósito legal: M. 19319-2009

Edita: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Coordina: Área de Investigación, Docencia y Formación

Diseño y Maquetación: AD-MEDIOS

Fotomecánica e impresión: EGRAF

<b>Presentación.....</b>	<b>7</b>
<b>Presentación.....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>11</b>
<b>Listado de autores .....</b>	<b>15</b>
<b>Área temática 1. Introducción.....</b>	<b>21</b>
<b>TEMA 1.1 - Calidad en el Sector Servicios .....</b>	<b>23</b>
<i>Rafael Díaz-Regañón García-Alcalá</i>	
<i>Tomás Sánchez Álvarez</i>	
<i>Nuria Díaz Avendaño</i>	
<i>Susana Hernández Campa</i>	
<b>TEMA 1.2 - Calidad en las Empresas Públicas y en la Administración .....</b>	<b>35</b>
<i>Rodrigo Gutiérrez Fernández</i>	
<i>Luis Herrera Díaz-Aguado</i>	
<b>TEMA 1.3 - Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios.....</b>	<b>57</b>
<i>Félix Alcázar Casanova</i>	
<i>Fuencisla Iglesias Alonso</i>	
<b>Área temática 2. ¿Dónde estamos? .....</b>	<b>87</b>
<b>TEMA 2.1 - Formulación de criterios .....</b>	<b>89</b>
<i>Consuelo Rodríguez Díaz.</i>	
<i>Enrique Villena Ugarte</i>	
<b>TEMA 2.2 - Diseño de indicadores: monitorización de la calidad.....</b>	<b>119</b>
<i>Jesús Manuel Tejero González</i>	
<i>Álvaro Leal García</i>	
<b>TEMA. 2.3 - Técnicas de muestreo.....</b>	<b>151</b>
<i>Amaya Biurrun Larralde</i>	
<i>Elena García Puente</i>	

## Área temática 3. ¿Cómo mejoramos? ..... 177

### TEMA 3.1 - El ciclo de mejora continua de la calidad .....179

*Juan Sanz Cortés*

*Javier Romero Ganuza*

### TEMA 3.2 -Técnicas de detección de problemas.....193 y determinación de prioridades

*Ildefonso González Solana*

*Adoración Romero Saiz*

*Francisco Salvat Germán*

### TEMA 3.3 - Proyectos de mejora continua.....219

*Luis Calahorra Fernández*

*César Llorente Parrado*

*Nuria Díaz Avendaño*

## Área temática 4. El corazón de la calidad..... 245

### TEMA 4.1 - Diversidad en la práctica clínica.....247

*Raquel López Reneo*

*Sonia Cercenado Sorando*

*María Luisa Torijano Casalengua*

*E. Fernando Jiménez Torres*

### TEMA 4.2 - La gestión de procesos .....275

*Verónica Pérez Blanco*

*Piedad Alarcón Gascueña*

### TEMA 4.3 - Las vías clínicas .....289

*Mar Gómez Santillana*

*Juan García Caballero*

### Tema 4.4 - La seguridad del paciente.....323

*Fuencisla Iglesias Alonso*

*Ricardo Pardo García*

*Juan Fernández Martín*

### TEMA 4.5 - El proceso enfermero.....351

*Isabel Rubio Gómez*

*Alfonso Javier Muñoz Menor*

*Pilar Lillo Tejeda*

### TEMA 4.6 - Gestión clínica .....381

*Blanca Parra Vázquez*

*Juan Fernández Martín*

<b>TEMA 4.7 - El Modelo de gestión por Competencias, instrumento para la mejora de la calidad sanitaria.....</b>	<b>401</b>
<i>Sagrario Almazán González</i>	

## **Área temática 5. El usuario en el centro de la organización ..... 417**

<b>TEMA 5.1. - Calidad percibida y derechos de los pacientes .....</b>	<b>419</b>
<i>M<sup>o</sup> Teresa Marín Rubio</i>	
<i>Yolanda Álvarez González</i>	
<i>Susana Hernández Campa</i>	
<i>David Larios Risco</i>	
<i>Maria Rubio Casado</i>	

<b>TEMA 5.2 - Participación del ciudadano .....</b>	<b>441</b>
<i>José María Bleda García</i>	
<i>José Luis Fortes Álvarez</i>	
<i>Olga Solas Gaspar</i>	

<b>TEMA 5.3 - Aspectos específicos de la calidad en atención primaria de salud .....</b>	<b>463</b>
<i>Rosario Cerdá Díaz</i>	
<i>Antonio Cardona Torres</i>	
<i>Rafael Muñoz Sánchez-Villacañas</i>	

<b>TEMA 5.4 - El cliente interno.....</b>	<b>493</b>
<i>Antonio José Ruiz Moruno</i>	
<i>José Antonio Cantalapiedra Santiago</i>	
<i>Fernando Sanz García</i>	
<i>Juan Fernández Martín</i>	

## **Área temática 6. La visión global..... 507**

<b>TEMA 6.1 - Acreditación de servicios sanitarios .....</b>	<b>509</b>
<i>Juan Fernández Martín</i>	
<i>Cristina Navarro Royo</i>	
<i>Sagrario Almazán González</i>	
<i>Susana Lorenzo Martínez</i>	

<b>TEMA 6.2 - El Modelo EFQM de excelencia .....</b>	<b>529</b>
<i>Isidoro Salamanca Carranza</i>	
<i>Álvaro Santos Gómez</i>	

<b>TEMA 6.3 - El modelo de calidad de la Joint Commission International. Normas ISO</b> .....	<b>559</b>
<i>Javier Lucas Imbernón</i>	
<i>Carlos García Fernández</i>	
<i>Piedad Alarcón Gascueña</i>	
<b>TEMA 6.4 - Experiencias Internacionales: Calidad desde las Organizaciones supranacionales y en las Organizaciones no Gubernamentales</b> .....	<b>583</b>
<i>J. Manuel Tejero González</i>	
<i>Teresa Laguía Arrazola</i>	
<b>TEMA 6.5 - El futuro de la Calidad Asistencial</b> .....	<b>637</b>
<i>Rodrigo Gutiérrez Fernández</i>	
<i>Rafael Peñalver Castellano</i>	



# Presentación



## Presentación

La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. Vivimos en una época en la que los pacientes cada vez son más expertos y responsables; los profesionales, más capaces y mejor formados; y la tecnología médica, más avanzada y resolutive. Éstos y otros muchos factores científicos y sociales contribuyen a potenciar y desarrollar la calidad y la seguridad de la atención prestada por los servicios sanitarios.

Es cierto que cualquier paciente o profesional tiene una idea bastante aproximada de lo que supone la calidad asistencial: recibir una atención eficaz, que solucione el problema de salud, de una manera respetuosa y humana. En el fondo, calidad es la forma con la que quisiéramos que atendieran a nuestros familiares y seres queridos.

Sin embargo, para lograr que esta aspiración tan sencilla se asegure en cada uno de los miles de actos médicos y sanitarios que se producen en un sistema tan complejo como el nuestro, es necesario un desarrollo muy importante en conocimientos, técnicas y actitudes por parte de los gestores, profesionales y trabajadores del servicio de salud.

Afortunadamente, desde la misma creación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, la preocupación por la mejora de la calidad ha imbuido el trabajo cotidiano de sus profesionales y directivos. Este compromiso, que comparte e impulsa el Gobierno del presidente José María Barreda, se ha plasmado en la creación de una red de coordinadores y responsables de calidad en todos los centros sanitarios y se ha incluido como una línea estratégica fundamental en la gestión de los mismos.

Como resultado de ello, se han producido avances importantes, como la existencia de un Plan de Calidad Asistencial que ha ido ofreciendo cada vez

mejores resultados; la certificación y acreditación de centros y servicios sanitarios mediante prestigiosos modelos de calidad, como las normas ISO, la Joint Commission Internacional, o el Modelo Europeo de Calidad EFQM; y la creación de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha.

Es precisamente en el seno de esta Sociedad, con el decidido apoyo de la Consejería de Salud y Bienestar Social, dónde se ha fraguado el presente Manual.

Su objetivo es contribuir a la formación y difusión de la metodología de mejora de la calidad, con el fin último de asegurar una atención sanitaria de primer nivel a los ciudadanos y ciudadanas. Un reto prioritario para el Gobierno de Castilla-La Mancha que trabaja, día a día, con el firme convencimiento de que la salud es lo primero.

**Fernando Lamata Cotanda**  
Consejero de Salud y Bienestar Social

## Introducción

La Calidad asistencial consiste, básicamente en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios. De esta primera aproximación se deriva una conclusión muy clara: el esfuerzo de mejora de un servicio sanitario es responsabilidad de todas las personas que trabajan en él.

El movimiento de mejora de la calidad asistencial tiene gran tradición en el mundo sanitario, comenzando por los avances de pioneros como Semmelweis en su lucha contra la infección puerperal, o la exitosa reforma sanitaria y de la profesión enfermera realizada por Florence Nightingale. A lo largo del siglo XX, fueron produciéndose innovaciones y desarrollos que confluyen finalmente en la actual concepción de la calidad asistencial. La primera línea de trabajo se centró en aspectos científico-técnicos: diagnóstico, tratamiento, y más tarde, prevención y rehabilitación. Con posterioridad, los estudios de variabilidad de la práctica asistencial iniciados por Wennberg en los EE.UU. demostraron que la causa más importante de las diferencias en resultados de los procedimientos médicos eran los distintos estilos de práctica profesional. Para evitarlo, surge el movimiento de la medicina basada en la evidencia.

La segunda gran línea de trabajo que ha ido configurando la calidad asistencial es el reconocimiento progresivo del papel de los pacientes y usuarios en el sistema sanitario. Previamente, la revolución del “consumidor informado” obligó a las empresas y a la industria a definir sus procesos, su forma de trabajar, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los consumidores y clientes. Poco a poco, este movimiento llega también al mundo sanitario. Se reconoció el derecho de los pacientes a conocer los aspectos más relevantes de su enfermedad, alternativas terapéuticas, pronóstico, etc., plasmando todo ello en los documentos de consentimiento informado. Después, se añadió su parti-

participación en el proceso curativo o preventivo, asumiendo derechos y responsabilidades. Finalmente, se plantean nuevas formas de participación de usuarios y asociaciones de pacientes en el diseño de los servicios de salud. El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) está desarrollando experiencias pioneras en este campo.

En cualquier sector de la actividad humana la complejidad de una buena gestión es enorme. Por ello, los expertos en calidad han tratado de desarrollar modelos que faciliten la labor a gestores y empleados. Han surgido así distintos modelos; tres de los cuales tienen gran importancia en el ámbito sanitario. El primero son las normas ISO, que surgen por la necesidad de normalizar productos y servicios. Las últimas versiones de las normas ISO (serie 9000) tienen en cuenta no sólo aspectos técnicos, sino también aspectos de gestión y mejora continua. El segundo gran modelo aplicado en sanidad es el más "sanitario" de todos: el modelo de la Joint Commission. Este modelo establece los estándares o criterios de buena práctica clínica, asistencial y gestora que debe cumplir una institución sanitaria para ser reconocida como de calidad por una entidad acreditadora independiente. Finalmente, el tercer modelo a tener en cuenta es el EFQM® (European Foundation for Quality Management). Este modelo clasifica la actividad de una entidad en nueve grandes criterios; establece que una institución debe gestionar bien sus recursos (humanos y materiales), y con una actividad correctamente planificada y ejecutada (procesos), obtener unos resultados óptimos en sus clientes y en los propios trabajadores, sin olvidar el impacto de la organización en el medio ambiente (físico y social). Este modelo está suponiendo un gran avance, ya que ofrece un lenguaje común que permite comparar prácticas entre sectores y empresas muy diferentes, y aprender de las mejores soluciones. El SESCAM ha desarrollado o está aplicando metodologías de estos tres modelos en mayor o menor medida.

Por otra parte, es preciso señalar que desde hace unos años, tras la publicación en EE.UU. del informe "To Err is Human", ha aumentado enormemente la preocupación por los efectos adversos de la atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud lanzó la iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", que está teniendo una gran repercusión, plasmada en programas y medidas que mejoran la seguridad y reducen los efectos adversos de la atención. Aunque inicialmente el ámbito más estudiado es el hospitalario, también en atención primaria existe una gran preocupación. El movimiento de seguridad del paciente enlaza con iniciativas anteriores: la calidad científico técnica plasmada desde hace años en el esfuerzo por reducir la infección nosocomial; la

participación del paciente en su propia atención y en la mejora de la seguridad (Patient's for patient safety), etc. De nuevo, como es lógico, el SESCAM se encuentra activamente implicado en este movimiento.

En Castilla-La Mancha, la mejora de la calidad asistencial comenzó su aplicación de manera sistemática a partir del nombramiento de coordinadores de calidad en los hospitales y el desarrollo de un Plan de Calidad, en la última etapa del INSALUD. Con la creación del SESCAM, se refuerza la actividad de evaluación y mejora continua. La organización de un Servicio de Calidad Asistencial y de una red de coordinadores y responsables de calidad, el diseño de un nuevo Plan de Calidad, el refuerzo de la oferta docente en metodología de mejora, etc., han contribuido a divulgar y consolidar la calidad asistencial como una preocupación de profesionales y directivos.

Una de las iniciativas más interesantes del SESCAM fue la celebración de una Jornada anual de Calidad Asistencial. Este evento suscitó gran interés y ha sido asumido por la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha, SCLM, que nació a finales de 2006. Poco antes de constituirse oficialmente como tal, la Sociedad participó activamente, junto al SESCAM en la organización del exitoso XXVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, (SECA), celebrado en Toledo en octubre del 2006. En 2007, se celebró la IV Jornada de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha, con gran éxito de participación y un reseñable nivel científico. Además, organizó, junto a la Asociación Castellano-manchega de Análisis Clínicos (LABCAM), la I Jornada de Gestión de la Calidad en laboratorios. De aquí surgió un importante proyecto de certificación y acreditación de laboratorios de análisis clínicos en el SESCAM. Además, se ha participado en la organización científica de los Congresos de la SECA de Barcelona y Zaragoza.

Por otra parte, desde hace años, la oferta docente de la Consejería de Salud y Bienestar Social, y del propio SESCAM, contempla la realización de diversos cursos sobre esta materia. Concretamente, el Curso de Calidad Asistencial con una duración de una semana, impartido todos los años en el Instituto de Ciencias de la Salud de Talavera, se ha convertido en una referencia para todos aquellos interesados en iniciarse en este campo. Como material docente, comenzó utilizándose el "Curso de Calidad Asistencial", elaborado por el Profesor Juan García Caballero y expertos del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital La Paz, de Madrid. A partir de este material, diversos expertos y responsables de calidad del SESCAM han ido aportando trabajo y experiencia. En 2007 la

SCLM decidió estructurar y sistematizar la información disponible en el presente Manual de Calidad Asistencial. En su elaboración han participado más de 50 expertos que trabajan o colaboran con el SESCAM y con la SCLM. Su objetivo principal es convertirse en una herramienta de apoyo para la docencia de la calidad, y ser una obra útil de referencia para todos los clínicos y profesionales interesados en realizar proyectos de mejora en su ámbito de trabajo.

A pesar de todos los avances producidos, es obvio que resta mucho por hacer. En ocasiones, muchas de las medidas propuestas desde esta disciplina adolecen de falta de evidencia que soporte su eficacia. Los planes de calidad son a veces anunciados prematuramente, implantados sin la crítica necesaria y sin el apoyo de los profesionales, que son los que tienen la capacidad de aplicarlos. A veces se abusa de la evaluación sin realizar después el consiguiente ciclo de mejora...diferentes problemas organizativos y estructurales lastran la aplicación de planes y proyectos.

Los procesos que configuran la atención médica se pueden beneficiar de la metodología desarrollada desde la perspectiva transversal y multidisciplinaria de la Calidad Asistencial. Las herramientas que ofrece complementan y potencian los conocimientos y habilidades de los profesionales. A cambio de una pequeña inversión en formación y de un ligero esfuerzo adicional, el profesional, -siempre que se vea apoyado por expertos y por su institución-, puede mejorar su trabajo y, en último término, beneficiar con ello a sus pacientes.

Tengo la seguridad de que este manual puede contribuir y servirá de ayuda en esa tarea, por lo que, como Director Gerente del SESCAM, felicito y agradezco muy sinceramente a sus autores el trabajo que han desarrollado en estas páginas.

**Juan Alfonso Ruiz Molina**  
Director Gerente del SESCAM

## Listado de autores

**Piedad Alarcón Gascueña.** Ingeniera técnico industrial. *Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario de Toledo.*

**Félix Alcázar Casanova.** Jefe de Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. *SESCAM.*

**Sagrario Almazán González.** Coordinadora de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida. *SESCAM.*

**Yolanda Álvarez González.** Jefa de Sección. *Asesoría Jurídica. SESCAM.*

**Amaya Biurrun Larralde.** Coordinadora de Calidad. *Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.*

**José María Bleda García.** Coordinador de Estudios y Análisis Sociológicos. *SESCAM.*

**Luis Calahorra Fernández.** Coordinador de Calidad. *Hospital General de Ciudad Real.*

**José Antonio Cantalapiedra Santiago.** Coordinador de Investigación, *Docencia y Formación. SESCAM.*

**Antonio Cardona Torres.** Coordinador de Calidad. *Gerencia de Atención Primaria. Albacete.*

**Sonia Cercenado Sorando.** Jefa de Sección de Calidad Asistencial. *SESCAM.*

**Rosario Cerdá Díaz.** Directora de la Oficina de Calidad Asistencial y Atención al Usuario. *Gerencia de Atención Primaria de Albacete.*

**Nuria Díaz Avendaño.** Asesora Técnica de Calidad Asistencial. *Dirección General de Atención Sanitaria. SESCAM.*

**Rafael Díaz-Regañón García-Alcalá.** Coordinador de Estudios y Análisis. *Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha.*

**Luis Herrera Díaz-Aguado.** Director General de la Función Pública y Calidad de los Servicios. *Consejería de Administraciones Públicas y Justicia. Castilla-La Mancha.*

**Juan Fernández Martín.** Jefe de Servicio de Investigación. *SESCAM.*

**José Luis Fortes Álvarez.** Coordinador de Calidad. *Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real.*

**Juan García Caballero.** Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. *Hospital la Paz. Madrid.*

**Carlos García Fernández.** Responsable de calidad de enfermería. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**Elena García Puente.** Responsable de Medicina Preventiva. *Hospital Universitario de Fuenlabrada.*

**Mar Gómez Santillana.** Directora de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario. *Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

**Ildefonso González Solana.** Coordinador de Calidad del *Hospital central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid.*

**Rodrigo Gutiérrez Fernández.** Secretario General. *SESCAM.*

**Susana Hernández Campa.** Asesora Técnica de Atención al Usuario. *SESCAM.*

**Fuencisla Iglesias Alonso.** Jefa de Sección de Seguridad del Paciente. *SESCAM.*

**E. Fernando Jiménez Torres.** Consultor técnico. *Atención Especializada. SESCAM.*

**Teresa Lagúa Arrazola.** *Movimiento por la Paz.*

**David Larios Risco.** Coordinador de los Servicios Jurídicos. *SESCAM.*

**Álvaro Leal García.** Director Gerente. *Gerencia de Atención Primaria de Alcázar de San Juan.*

**Pilar Lillo Tejada.** Supervisora de Área de Cuidados de Enfermería y Recursos Materiales. *Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

**Raquel López Reneo.** Responsable de Sistemas de Información de Atención Especializada. *SESCAM.*

**Susana Lorenzo Martínez.** Responsable de la Unidad de Calidad. *Fundación Hospital Alcorcón.*

**Javier Lucas Imberón.** Coordinador de Calidad. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

**César Llorente Parrado.** Responsable de Calidad del Área Médica. *Hospital General de Ciudad Real.*

**Maria Teresa Marín Rubio.** Asesora. *SESCAM.*

**Alfonso Javier Muñoz Menor.** Director de Enfermería. *Gerencia de Atención Primaria de Alcázar de San Juan.*

**Rafael Muñoz Sánchez-Villacañas.** Director Gerente. *Gerencia de Atención Primaria de Albacete.*

**Cristina Navarro Royo.** Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. *Comunidad de Madrid.*

**Blanca Parra Vázquez.** Directora de la *Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM).*

**Ricardo Pardo García.** Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. *Unidad de Gestión de Riesgos. Hospital General de Ciudad Real.*

**Rafael Peñalver Castellano.** Gerente de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones. *SESCAM.*

**Verónica Pérez Blanco.** Coordinadora de Calidad. *Complejo Hospitalario de Toledo.*

**Consuelo Rodríguez Díaz.** Técnico Asesor. *Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. SESCAM.*

**Javier Romero Ganuza.** Coordinador de Calidad. *Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.*

**Adoración Romero Sáiz.** Coordinadora de Calidad. *Gerencia de Atención Primaria de Cuenca.*

**María Rubio Casado.** Responsable de Unidades de Atención al Usuario. *SESCAM.*

**Isabel Rubio Gómez.** Responsable de Calidad. *Oficina de Calidad y Atención al Usuario. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.*

**Antonio José Ruiz Moruno.** Coordinador Regional de Prevención de Riesgos Laborales del *SESCAM.*

**Isidoro Salamanca Carranza.** Coordinador de Calidad. *Hospital de Alcázar de San Juan.*

**Francisco Salvat Germán.** Coordinador de Calidad. *Hospital de Hellín.*

**Tomás Sánchez Álvarez.** Jefe de Proyectos. *Hispa Fuentes.*

**Álvaro Santos Gómez.** Director Gerente. *Área de Puertollano.*

**Juan Sanz Cortés.** Jefe de Unidad de Calidad. *Área de Puertollano.*

**Fernando Sanz García.** Jefe de Sección. *Área de Salud Laboral del SESCAM.*

**Olga Solas Gaspar.** Jefa de Área del Observatorio de Salud. *FISCAM.*

**Jesús Manuel Tejero González.** Jefe de Servicio de Atención al Usuario. *SESCAM.*

**María Luisa Torijano Casalengua.** Directora de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario. *Hospital de Talavera de la Reina.*

**Enrique Villena Ugarte.** Coordinador de Calidad. *Hospital General Universitario de Guadalajara.*

## **Coordinador**

**Juan Fernández Martín.** Presidente de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha.





Área temática 1

# Introducción



## TEMA 1.1

# Calidad en el Sector Servicios

Rafael Díaz-Regañón García-Alcalá.  
Tomás Sánchez Álvarez.  
Nuria Díaz Avendaño.  
Susana Hernández Campa.

## 1. El Sector Servicios

### *1.1. Evolución del concepto de la calidad*

Mientras hace unos años el concepto de calidad estaba asociado únicamente a controlar las diferentes etapas del proceso de producción garantizando el producto/ servicio, ahora se ha evolucionado hacia un sistema de gestión que tiene en cuenta las expectativas, necesidades, preferencias y satisfacción del usuario.

Las distintas etapas que reflejan la transformación de la calidad en el tiempo se definen en las siguientes fases: la de inspección, que se determinó por la detección y solución de los problemas ocasionados por falta de uniformidad en los productos; el control estadístico, que representó un enfoque al control de los procesos a través de métodos descriptivos; el aseguramiento de la calidad que marcó la necesidad de involucrar a todas las partes en el desarrollo del diseño, planificación y definición de las políticas de calidad; y, por último, la gestión de la calidad donde se tiene en cuenta el mercado y las necesidades del usuario, reconociendo el efecto estratégico de la calidad como un elemento diferenciador frente a la competencia.

El objetivo en la etapa actual es garantizar la calidad de los productos asegurando la calidad de los procesos. La gestión para la calidad total, representa una visión de gestión empresarial que considera inherentes las necesidades del cliente y los objetivos de la empresa, siendo estos la base para el desarrollo de las políticas estratégicas de la organización. La gestión de la calidad total se basa en un modelo de mejora continua que persigue el cumplimiento de su misión y logro de su visión, buscando la eficacia y la eficiencia así como suscitando la participación y el compromiso de las personas de la organización.

### **1.2. Calidad en el sector servicios**

El concepto tradicional nos habla de la calidad como el cumplimiento de una norma, sin tomar en cuenta la demanda de dicho producto. En este concepto, la oferta supera a la demanda, desarrollándose en una economía cerrada, siendo el consumidor quien debe adaptarse al producto y no el producto a las necesidades del consumidor.

Sin embargo, el concepto se ha ido transformando con el paso del tiempo y de acuerdo a las exigencias del propio mercado; dando así un nuevo concepto sobre la calidad, donde el producto o servicio se diseña en función de los requerimientos y necesidades del consumidor, tomando en cuenta también conceptos como el precio, el tiempo, etc.

Uno de los retos de la sociedad del siglo XXI es la apuesta por la calidad. Ahora ya no se puede hablar solamente de hacer las cosas bien, sino de mantener un nivel de calidad adecuado durante la realización de un producto o servicio.

La calidad como “excelencia” es considerada como lo mejor en términos absolutos. En la actualidad, cualquier organización debe realizar un gran esfuerzo por conseguir los mejores resultados. En esta cultura de la excelencia podemos destacar la integración de la mejora continua como eje fundamental de todas las actuaciones.

### **1.3. Círculo de la mejora continua (Círculo de Deming)**

El Círculo de la mejora continua, se puede considerar como el núcleo de toda iniciativa de calidad, permitiendo abordar actividades desde la más compleja a la más sencilla. Es la base de cualquier Sistema de Calidad.

El proceso de gestión de cualquier actividad en cualquier organización debe estar estructurado en cuatro tipos de actuaciones que se representan habitualmente mediante el ciclo P.D.C.A.

Es una metodología recomendada para la realización de cualquier actividad que permite lograr los resultados esperados en forma sistemática, partiendo de información confiable para la toma de decisiones. El Círculo de la mejora continua consta de cuatro fases:



*Adaptado de Deming WE.*

1. Planificar. En esta etapa se deben cumplir cuatro pasos:

- Definir los objetivos a lograr.
- Determinación de la situación actual, realizando un diagnóstico y definiendo los problemas a resolver y las áreas de mejora, priorizadas en orden de importancia.
- Definición de las acciones de mejora, necesarias para pasar de la situación actual a la situación deseada (objetivos definidos).
- Establecer a través de un plan de trabajo, todos los pasos que deben seguirse para la implementación de las acciones de mejora.

2. Hacer. Esta etapa es la de implementación de la solución definida. Es importante que se efectúe el plan tal como fue diseñado y que se establezcan mecanismos de control, para ir evaluando los progresos y/o corrigiendo las fallas.
3. Verificar. La fase de verificación permite comparar los resultados obtenidos, contra los esperados. La verificación se da en dos momentos: mientras se implementa el proceso y cuando ya se tienen los resultados. La verificación pretende comprobar si lo que se planeó y ejecutó cumplió efectivamente con lo esperado.
4. Actuar. De acuerdo con los resultados de la verificación, se deben ir haciendo los ajustes y replanteando las acciones para lograr los beneficios esperados. Si los resultados se lograron, se debe estandarizar y sistematizar los procedimientos para asegurar el mantenimiento de los resultados.

Este es un proceso de mejora continua, en el que se van estableciendo metas, que una vez logradas, nos conducen a buscar nuevas mejoras de calidad.

#### ***1.4. Algunas alternativas en el análisis de datos***

Facilitar niveles de calidad excelentes es uno de los grandes desafíos del sector de servicios en la actualidad. La definición de los estándares de la calidad ha de ser precisada desde la visión del cliente y no solamente la del gestor y, por tanto, se hace obligatoria la existencia de un sistema que permita dicha medición.

Existen diferentes métodos de análisis de datos de satisfacción de clientes. A continuación se describe una de las más usuales: el Modelo SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988, 1991, 1994).

Esta técnica fue diseñada por un grupo de investigadores del Marketing Science Institute de Cambridge, Massachussets. Este grupo de investigadores ejecutó un amplio estudio de medición de la calidad en el sector de servicios no públicos, partiendo de dos premisas esenciales: la observación de que los servicios son intangibles y heterogéneos y la idea de que el consumo y la realización del servicio son inseparables.

El método implica el desarrollo de un conocimiento de las necesidades que tienen los clientes. Estas necesidades “medidas” de la calidad del servicio se comparan con lo que la organización considera su “estándar”. El análisis de la diferencia resultante entre la percepción del cliente sobre el nivel de servicio prestado y las expectativas es lo que se denomina Gap, y se obtiene alguna medida de media para cada una de las siguientes dimensiones:

1. Bienes materiales. Aspecto de las instalaciones, del equipo, del personal y de los materiales de comunicación.
2. Confiabilidad. Capacidad de realizar el servicio prometido de forma exacta y confiablemente.
3. Sensibilidad. Buena voluntad de ayudar a los clientes y de proporcionar un servicio rápido.
4. Aseguramiento. Conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad de inspirar confianza y seguridad.
5. Empatía. La firma proporciona cuidado y atención individualizada a sus clientes.

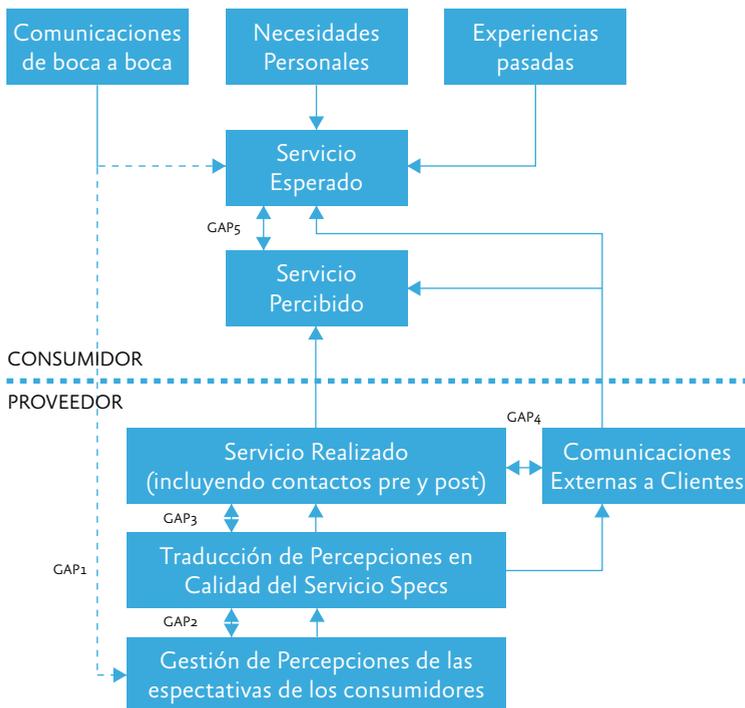
Las dimensiones anteriores se definieron tras el análisis factorial de las puntuaciones de los 22 ítems de la calidad incluidos en los cuestionarios utilizados para la medición de las apreciaciones de los clientes. Una vez se tienen las puntuaciones de cada uno de los 22 ítems evaluados, se procede a obtener un índice de Calidad Global mediante alguno de los siguientes métodos:

- Ponderando cada dimensión por coeficientes según la importancia que le den los propios usuarios.
- Ponderando cada dimensión por coeficientes ya establecidos por la organización que ofrece el servicio.
- Sacando promedio de las puntuaciones de todas las dimensiones.

A continuación pasamos a analizar los 5 GAPS que constan en el Modelo SERVQUAL representado gráficamente en la tabla 1:

- GAP1: Divergencia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas.
- GAP2: Divergencia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad.
- GAP3: Divergencia entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido.
- GAP4: Discrepancias entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre él. Debe existir una correlación entre la comunicación de marketing y el servicio realmente suministrado.
- GAP5: En definitiva, la existencia de una discrepancia de la calidad percibida en los servicios puede estar originada por cualquiera de las otras discrepancias o una combinación de estas. Por ello, para cerrar el GAP 5 hay que tratar los GAP restantes del modelo.

**Tabla 1. Modelo SERVQUAL**



*Adaptado de Fedoroff P.*

El SERVQUAL valora las opiniones de los clientes en la definición de la importancia relativa de las condiciones del servicio. Esto permite que una organización se marque prioridades en función de la valoración de los clientes.

La calidad del servicio es requisito básico para poder acceder al mercado actual, siendo este un elemento diferenciador entre el sector de competencia.

## 2. Calidad en las empresas privadas

### 2.1. *Los principios de la calidad*

La competitividad es un fenómeno complejo en el que interactúan numerosos elementos de un entorno determinado. Entre estos se destacan las actividades organizativas, productivas y de gestión de las empresas. En el desarrollo de ventajas competitivas adquieren notabilidad factores tales como la calidad de los productos y servicios.

Sobrevivir y crecer en un mercado altamente competitivo, implica desarrollar una estrategia de servicio orientada al cliente. Esto conlleva conocer cuales son sus necesidades y expectativas y buscar sistemas de excelencia que permitan cumplirlas.

Las empresas actuales sitúan la calidad como uno de los fundamentos principales y sustantivos de todas sus actividades. Uno de los objetivos principales de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad es incrementar la efectividad, eficiencia y reducir todo lo que no aporta valor, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio, la satisfacción del cliente y la rentabilidad.

La implantación de un Sistema de Calidad proporciona un marco en el cual desarrollar la actividad de forma estandarizada e implementar una filosofía de mejora continua orientada al cliente.

Existen diversos modelos estándar de Gestión de la Calidad, dentro de los cuales se pueden identificar ocho principios como marco de referencia para guiar a las organizaciones hacia la consecución de la mejora:

Principio 1: Organización orientada al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes y deben conocer sus necesidades y expectativas actuales y futuras y esforzarse por estar al nivel de estas expectativas.

- Principio 2: Liderazgo. La dirección debe ejercer y desarrollar el liderazgo en toda la organización, fijando objetivos y metas desafiantes, involucrando al personal, proporcionar recursos y formación, etc.
- Principio 3: Participación del personal. El personal es la esencia de una organización, y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas en beneficio de la misma: motivación, comunicación, participación, oportunidades para aumentar sus competencias, etc.
- Principio 4: Enfoque a procesos. Las organizaciones deben identificar y gestionar sus procesos (conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en elementos de salida, con valor añadido para el cliente o usuario), para obtener resultados más eficientes: definir procesos, responsabilidades e indicaciones, recursos, equipos, métodos, mediciones y evaluaciones.
- Principio 5: Enfoque del sistema hacia la gestión. Identificar y gestionar el sistema de procesos interrelacionados de la organización para mejorar la eficacia y eficiencia: sistema estructurado, interdependencias entre los distintos procesos (mapa), enfocar los esfuerzos en los procesos clave, mejorar el sistema continuamente mediante mediciones y evaluaciones.
- Principio 6: Mejora continua. Ésta debería ser un objetivo permanente de la organización: definir un modelo de mejora continua, suministrar al personal formación en métodos y herramientas de mejora continua, promover como objetivos la mejora continua de servicios, sistemas y procesos.
- Principio 7: Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones. El sistema debe proporcionar datos sobre productos, procesos, satisfacción de clientes, etc., para disponer de resultados objetivos (información y análisis) para tomar decisiones realistas: datos e información, análisis, tomar decisiones.
- Principio 8: Relación mutuamente beneficiosa con el suministrador. Una organización y sus suministradores son interdependientes y unas relaciones mutuamente beneficiosas aumentan la capacidad de

ambos para crear valor: seleccionar los proveedores clave, establecer relaciones de confianza, reevaluarlos.

El Sistema de gestión de la calidad se compone de los 8 principios anteriormente definidos y los siguientes elementos:

1. La estructura de la organización. La estructura de la organización responde al organigrama de la empresa.
2. La estructura de responsabilidades. La estructura de responsabilidades implica a personas y departamentos. Las responsabilidades se definen por puesto de trabajo en un manual organizativo.
3. Procedimientos. Los procedimientos responden al modo de ejecutar determinadas acciones con una serie de pasos claramente definidos.
4. Procesos. Los procesos responden a la serie completa de operaciones dirigidos a la consecución de un objetivo específico.
5. Recursos. Los recursos, no solamente económicos, sino humanos, técnicos y de otro tipo, deberán estar definidos.

El camino hacia la gestión de la calidad total (Total Quality Management), resulta en un elemento de valor para la proyección de las empresas hacia el futuro. Esta orientación ha pasado a ser una condición ineludible y una de las fuerzas más importantes para la consecución de los objetivos, principalmente a la hora de minimizar la diferencia entre la oferta y los requisitos y expectativas del cliente.

El cliente es la razón de ser de cualquier organización. Es el sentido vital, el objetivo del trabajo. En el siglo XXI nos enfrentamos a un cliente cada vez más informado, consciente de cuales son sus derechos, que cuando pide un servicio sabe como lo quiere, estamos frente a un cliente cada vez más exigente. La calidad de un servicio depende de como este responda a las preferencias, necesidades, en definitiva a las expectativas de los clientes.

Los conceptos fundamentales de la mejora continua y de la excelencia deben constituir el referente para los sistemas de gestión de las organizaciones, teniendo al cliente como eje fundamental del sistema. La búsqueda de la exce-

lencia en las organizaciones debe suponer un motor de cambio en las mismas y constituir la parte fundamental del compromiso suscrito. La mejora continua implica tanto la implantación de un Sistema, como el aprendizaje continuo de la organización, el seguimiento de una filosofía de gestión y la participación activa de todo el personal involucrado.

Del mismo modo la mejora continua implica alistar a todos los miembros de la empresa en una estrategia destinada a mejorar de manera sistemática los niveles de calidad y productividad, reduciendo los costos y tiempos de respuestas, mejorando los índices de satisfacción de los clientes y consumidores, para de esa forma mejorar los rendimientos sobre la inversión y la participación de la empresa en el mercado.

## **2.2. *Midiendo la calidad del servicio***

Partiendo del aforismo “solo se puede mejorar cuando se puede medir” es preciso definir bien los mecanismos que nos permitan medir la calidad de los servicios.

La medición de la calidad se revela como una necesidad asociada al propio concepto de gestión, ya que todo aquello que no se expresa en cifras no es susceptible de gestionarse, y por tanto, de ser mejorado. La gestión y la mejora de la calidad requieren identificar e implantar un sistema de indicadores eficiente y prioritario. Por tanto podemos hablar de Indicadores internos y externos; en los primeros la información se encuentra disponible en la empresa y lo único que hay que hacer con ella es agruparla o procesarla convenientemente para formar las medidas deseadas, mientras que en los segundos, los externos, es donde se trata de medir la opinión explícita de los clientes sobre el servicio que reciben y, por consiguiente, su satisfacción o insatisfacción con el servicio recibido.

Evaluar la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario principalmente midiendo su satisfacción es cada vez más común; a partir de ello es posible obtener del usuario/ cliente conceptos y aptitudes en relación con el servicio recibido, adquiriendo información que beneficia tanto a la organización otorgante de servicios, a los prestadores de servicios como al usuario mismo en sus necesidades y expectativas. Uno de los métodos más utilizados para la obtención de dicha información son las encuestas. La utilización de encuestas de satisfacción como guías para mejorar la gestión con clientes, profesionales y la sociedad debe generalizarse y mejorar su alcance y metodologías, es decir, que calidad y gestión supongan un todo indisoluble ya que pierden su sentido

por separado. Este concepto es la base de un sistema de Calidad Total y de la búsqueda de la mejora continua mediante la creatividad y la innovación para alcanzar mejores resultados en los procesos y en la satisfacción del cliente de una forma mantenida en el tiempo.

## Bibliografía

Badia A, Bellido S (1999). *“Técnicas para la gestión de la Calidad”*.

Carman JM (1990). *“Consumer perceptions of service quality: an assesment of the SERVQUAL dimensions”*. Journal of Retailing, 66, 36-55.

Carrión Bolaños ML, Blanco Rodríguez JM, Salinero Aceituno M, Rodríguez Jiménez MA, Calvo Martín C, Valenzuela Álvarez D. (2002) *“Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas”*.

Centro europeo de empresas e Innovación de Navarra (2001). *“El Cliente: Cuestión y enfoque”*, Pamplona 2001, pag 23-40.

Deming WE. *“Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis”*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1989

Fedoroff P. (1988) *“Descripción de la metodología del SERVQUAL de Zeithaml, Parasuraman y Berry”*.

Giménez V. (2001). *“Evaluación de la calidad de servicio y fijación de objetivos en unidades de negocio. Un enfoque de frontera”*.

Martinez-Tur V, Peiró Silla JM, Ramos J. *“Calidad del servicio y satisfacción del cliente”*.

Nava Carbellino VM. *“¿Qué es la calidad?: Conceptos, gurús y modelos fundamentales”*, 2005.

Quijado Portilla VM (2003). *“¿Qué es la calidad en el servicio?”*. Serrano AM (2007) *“Cuadernos de Gestión”*, Vol. 7, pp. 33-49.

Ruiz-Olalla C. (2001): *“Gestión de la calidad del servicio”*, [en línea] [www.5campus.com](http://www.5campus.com), Control de Gestión.



## TEMA 1.2

# Calidad en las Empresas Públicas y en la Administración

Rodrigo Gutiérrez Fernández.  
Luis Herrera Díaz-Aguado.

## 1. Calidad en la empresa pública

*Uno de los temas más discutidos en este momento, tanto en el ámbito de la ciencia política como en el arte práctico de gobernar, se refiere a los límites adecuados de las funciones y actuación de los gobiernos.*

John Stuart Mill. "Principles of Political Economy", 1848

*No es posible evitar lo que los dioses han decretado, mas la peor de las desdichas humanas es, seguramente, poseer el conocimiento y, sin embargo, carecer de la fuerza necesaria para realizarlo.*

Herodoto

*La Administración Pública, en esta era de la complejidad, la conciencia de la escasez, el orgullo del conocimiento y el temor a la incontrolada maquinaria de información y desarrollo construida, se enfrenta a profundas contradicciones ante las que da respuestas no menos contradictorias.*

Manuel Villoria

## **1.1 Introducción**

El peso de las distintas Administraciones Públicas, tanto en España como en la mayoría de los países desarrollados de nuestro entorno, equivale aproximadamente a la mitad de la renta nacional o PIB y emplean a cerca del veinte por ciento de la población activa. La magnitud de los recursos que se asignan a este sector público, su importancia social y política, y sus efectos -positivos y negativos- en la competitividad económica, en un marco globalizado, plantean una serie de cuestiones entre las que destacan fundamentalmente los problemas derivados de la gestión eficiente de dichos recursos en la producción de los servicios públicos.

Puede definirse el ámbito público como la organización de los objetivos colectivos, el espacio donde se persiguen los valores y el interés general. Esta dimensión colectiva es precisamente la que representa específicamente la racionalidad y los objetivos del sector público con respecto a los del sector privado. Si bien dichos valores están sujetos a cambios, se considera que, en cuanto a la sociedad, los más importantes son la equidad, la igualdad y la datación de las actividades, ampliables en cuanto al comportamiento de los empleados públicos con respecto al desempeño de sus competencias, a los de neutralidad, confianza, probidad, honor profesional, permanencia, confidencialidad y eficiencia.

Por otro lado, el mercado, la esfera doméstico-familiar y el marco de las relaciones asociativas y comunitarias suponen mecanismos constitutivos de estructuras, relaciones y distribuciones sociales diversas. Simultáneamente, y junto a ellos, las políticas desarrolladas y los servicios prestados desde el sector público deben considerarse como propuestas de regulación de los múltiples conflictos, problemas y contradicciones con las que se enfrentan las modernas "sociedades del riesgo". En este sentido, toda política pública conlleva un mecanismo de asignación pública de recursos y oportunidades entre los diferentes agentes y grupos con intereses y preferencias en conflicto, (stakeholders). Es decir, implica una serie de opciones de fondo, referidas a ideas, creencias y sistemas de valores, trasladando concepciones, referentes normativos e intereses a la esfera de la decisión colectiva. Y además, todo ello ocurre en un complejo marco de entramados institucionales en donde se producen las interacciones concretas entre actores políticos.

## ***1.2. Cambios en la Administración Pública***

A partir del último tercio del siglo XX la mayoría de los gobiernos y Administraciones Públicas de los países desarrollados han venido llevando a cabo una serie de profundos cambios y transformaciones, con objeto de mejorar la prestación de servicios públicos y de adaptarse a los importantes cambios del entorno, propios de las sociedades contemporáneas. Este conjunto de transformaciones han confluído en lo que se ha dado en llamar “nueva gestión pública”, un concepto que supone la aplicación de nuevos principios a las fórmulas tradicionales de gestión gubernamental. En términos generales, en el origen de estos cambios se encuentran una serie de fenómenos comunes, tales como la preocupación por reducir el déficit fiscal, -que ha conducido a la privatización y desregulación de importantes áreas antes gestionadas por el sector público-, la búsqueda de la calidad y la eficiencia, una mayor orientación al ciudadano-cliente en la prestación de los servicios públicos, la descentralización y desconcentración funcional, una mayor participación del sector privado en la gestión de algunos de esos servicios, la búsqueda de fórmulas jurídicas alternativas a la normativa reguladora existente, etc. En conjunto un nuevo sistema que pone el énfasis en los resultados, que reclama una mayor responsabilidad y flexibilidad institucional, menos control jerárquico, mayor transparencia y rendición de cuentas, (accountability), y que ha supuesto la sustitución del modelo burocrático weberiano por un nuevo paradigma gerencial en todos los ámbitos.

La Administración Pública moderna es, ante todo, una institución prestadora de servicios al ciudadano y a la sociedad en su conjunto. De aquí que la gestión pública se ocupe de la utilización de los medios adecuados para alcanzar ese fin colectivo. Trata acerca de los mecanismos de decisión para la asignación de los recursos públicos, y de la coordinación y estímulo de los agentes públicos para lograr objetivos colectivos de una manera eficiente, lo que es tanto como decir racional, desde un punto de vista económico. A esta definición básica cabe añadirle una serie de componentes que, por lo general, suponen una serie de restricciones añadidas (presupuestarias, técnicas o instrumentales, legales, etc.), propias del marco en el que se desarrolla.

En un contexto económico de reducción de costes y de contención de gasto en todas las Administraciones, la nueva gestión pública se ha orientado a la obtención de la máxima productividad de los recursos empleados. El gestor público debe llevar a la práctica directrices políticas con criterios de servicio coste-efectivo, incrementando la racionalidad económica del comportamiento

del sector público. Al mismo tiempo, la calidad de los servicios prestados se convierte así para los gobiernos en un activo político, que contribuye directamente al fortalecimiento de la legitimidad institucional.

En el ámbito de la prestación de servicios públicos, singularmente los referidos a servicios personales, (atención sanitaria, servicios sociales, etc.), y debido precisamente a las restricciones, dilemas y contradicciones entre las que se debate el sector público, en los últimos años ha venido surgiendo un impulso de defensa de la introducción de mecanismos de mercado o modelos “mixtos” de provisión de servicios, con objeto de incrementar la eficiencia y la medición de resultados, promover modelos de integración, estructuras diferenciadas, introducir incentivos, etc. que permitan tanto un ahorro de recursos y la ineludible reducción de costes, como una mejora de la calidad de los servicios prestados a los usuarios de esos mismos servicios. Básicamente se alude aquí a una cierta “reinención del gobierno” (según la terminología de la administración del presidente Clinton), a través de la incorporación de fórmulas, mecanismos, modelos y técnicas del management, que clásicamente se consideraban como reservadas al sector privado. Ello está produciendo una suerte de “metamorfosis” de la Administración Pública, que comporta que sus tradicionales rasgos de estabilidad, predicción, continuidad y certeza, se permuten por los de innovación, flexibilidad, adaptación y participación.

Se asume, pues, que los gobiernos deben revisar qué están haciendo, para qué (o quién) lo hacen y, finalmente, cómo lo hacen, es decir, reexaminar el papel del Estado en estos nuevos tiempos. En este proceso de revisión y adaptación se encuentran la mayoría de los países desarrollados, a la búsqueda de opciones alternativas en sus estructuras de financiación, provisión, y control de la información en la gestión de bienes y servicios. Puede decirse que, una vez que los gestores públicos han constatado que determinados bienes o servicios pueden asignarse de forma más eficiente a través de fórmulas distintas a los mecanismos tradicionales de asignación pública, éstos deben buscar la mejor forma de dotar a sus instituciones de algunas de las características que las hagan sensibles a los nuevos mecanismos estimados necesarios para la acción pública.

La situación actual en cuanto a la corriente general de opinión y desarrollo organizativo de los gobiernos, respecto de la provisión de servicios públicos, puede definirse como de ruptura de la tradicional dicotomía entre lo público y lo privado, con la aparición de nuevas fórmulas mixtas o intermedias de cooperación entre ambos sectores, para dar respuesta a las nuevas necesidades y

demandas planteadas por los ciudadanos. De esta manera, aunque hasta hace relativamente poco tiempo en el sector de servicios, la propiedad y la gestión han ido siempre ligadas (gestión clásica), realizando esta actividad con sus propios recursos y limitaciones, finalmente se han desarrollado en el sector público diferentes fórmulas de externalización de servicios, en que la gestión no es llevada a cabo por la propiedad (lo que se denomina gestión diferenciada).

En todo este amplio marco, la incorporación de la gestión de la calidad en los servicios públicos representa una de las etapas de consolidación de esa nueva gestión pública en la perspectiva de las administraciones, que adquiere una dimensión social al convertirse en un instrumento básico para generar credibilidad y confianza de los ciudadanos en los diversos servicios públicos ofertados.

En la perspectiva del interés general de los servicios públicos, el ciudadano es el principio y el fin de toda actividad administrativa y por ello debe ser considerado como demandante/receptor de dichos servicios y, a su vez, contribuyente a su financiación. En ambos casos se trata de un sujeto de derechos individuales, compatibles con los colectivos y generales de toda la sociedad.

### ***1.3. Calidad y Administración Pública. Los retos del futuro***

La gestión pública debe orientarse a ofrecer un servicio de calidad al ciudadano, a cumplir sus necesidades y expectativas actuales y prever las posibles que pudieran surgir en el futuro. Esta orientación debe buscar el equilibrio de todos los grupos que integran la sociedad, persiguiendo la optimización de su función de servicio público y diseñando sus procesos con tal objetivo.

Al mismo tiempo, la gestión de la Administración debe responsabilizarse del empleo e inversión de los fondos públicos, conjugando la eficacia y eficiencia con los principios de responsabilidad, transparencia y legalidad, empleando instrumentos adecuados para la gestión, tanto de su capital humano, como de los diversos recursos, incluyendo la gestión del conocimiento. Una Administración Pública inteligente, que aprende, y genera mecanismos para la recogida de información relevante de la sociedad y del entorno en general, manteniéndose conectada a la realidad.

Con todo ello, teniendo en cuenta los valores propios de una Administración moderna (legalidad, objetividad, equidad, jerarquía, lealtad institucional, economía, eficacia y eficiencia, ética y responsabilidad social, entre otros), desde el

punto de vista de la calidad los principales retos a los que hoy debe enfrentarse esa Administración inteligente, al servicio del ciudadano, serían los siguientes:

- a. Un cambio de cultura y una mayor democratización de la administración pública, búsqueda de la excelencia (es decir, prácticas sobresalientes en la gestión de la organización y logro de objetivos basados en los conceptos fundamentales de orientación a los resultados, orientación al cliente, liderazgo, constancia, actividad por procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social), concepción del ciudadano como destinatario y árbitro final de la calidad del servicio público. Búsqueda y establecimiento de cauces y mecanismos de participación ciudadana, cooperación, acuerdo y consenso entre las instituciones y los diferentes grupos de interés.
- b. Mejora de la gobernabilidad y legitimación de la Administración Pública, mediante la agilidad, la proximidad, el acercamiento y una mayor accesibilidad a/de los ciudadanos. Descentralización y delegación en la toma de decisiones, responsabilidad y transparencia en la gestión.
- c. Innovación, mejora continua y difusión del conocimiento. Aplicación de las nuevas tecnologías (e-government o administración electrónica), como herramientas que permitan una mayor accesibilidad. Integración en la sociedad red, promoviendo la creación de espacios para el desarrollo de la creatividad y la comunicación.
- d. Flexibilidad y adaptación de la organización, con una gran capacidad de respuesta dinámica frente a las necesidades y demandas cambiantes de los ciudadanos. Desarrollo de estructuras más horizontales con capacidad de actuar en red y potenciación de las políticas de gestión del capital humano: cualificación y formación continuada, motivación y sensibilización como servidores públicos.
- e. Incorporación de técnicas y metodologías de dirección y evaluación de la calidad, con indicadores de rendimiento y gestión de los servicios.

La modernización de la gestión pública, y la mejora de la gobernabilidad de sus instituciones, constituyen un reto continuo para los gobiernos y las Administraciones Públicas en las sociedades democráticas más desarrolladas y de-

ben ser una prioridad de los responsables políticos y los directivos públicos. Es necesario armonizar nuevas fórmulas de gestión que persigan la eficacia, eficiencia y economía, con la promoción y garantía de los principios y valores del servicio público, el fortalecimiento y desarrollo continuos de la democracia y una nueva definición del espacio público. Nuevas fórmulas de la democracia deliberativa debieran propiciar las relaciones con los agentes del conocimiento y la implicación y participación de los diferentes grupos de interés, tanto en los procesos de adopción de toma de decisiones como en los de gestión directa de la Administración.

## 2. Experiencias en la Administración Pública española

### 2.1. *El marco europeo*

La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea fue proclamada en la cumbre de Niza en diciembre de 2000. La Carta incluye como derecho fundamental de los ciudadanos de la Unión el derecho a una buena administración (art. 41), y el derecho a someter al Defensor del Pueblo Europeo las reclamaciones relativas a la mala administración en la acción de las instituciones y órganos de la Unión (art. 43).

El Defensor del Pueblo Europeo representa, por tanto, en el ámbito de las instituciones europeas, el principal instrumento orgánico para propiciar esa buena administración, el espíritu de mejora y el servicio a los ciudadanos.

El Defensor del Pueblo trabaja para promover la buena administración en el seno de las instituciones y órganos de la Unión Europea. Esta labor conlleva una doble dimensión. Por un lado, la actuación del Defensor del Pueblo constituye un medio externo de control, investigando reclamaciones sobre mala administración y recomendando en su caso acciones correctivas. Por otra parte, el Defensor del Pueblo puede ayudar también a las instituciones llamando su atención sobre áreas en las que su trabajo puede mejorarse. En última instancia la finalidad de la labor del Defensor del Pueblo Europeo es mejorar el servicio a los ciudadanos europeos.

Cuando el Defensor del Pueblo constata la existencia de mala administración, intenta conseguir una solución amistosa siempre que sea posible. En algunos casos se logra, si la institución o el órgano competente ofrecen una compensación

al demandante. Las ofertas de este tipo se hacen de forma graciable, es decir, sin admisión de responsabilidad jurídica ni creación de un precedente. Cuando no es posible una solución amistosa, el Defensor del Pueblo puede archivar el asunto con un comentario crítico, o bien formular un proyecto de recomendación.

Normalmente, se formula un comentario crítico cuando la institución responsable ya no tiene posibilidad de remediar la mala administración, ésta no parece tener consecuencias generalizadas y no resulta necesario un seguimiento por parte del Defensor del Pueblo. Un comentario de este tipo confirma al demandante que su reclamación está justificada e indica a la institución o el órgano en cuestión que ha actuado erróneamente, para así contribuir a evitar una mala administración en el futuro.

Si una institución o un órgano comunitario no responden satisfactoriamente a un proyecto de recomendación, el Defensor del Pueblo puede enviar un informe especial al Parlamento Europeo. Este tipo de informes constituye el arma final del Defensor del Pueblo y la última medida sustantiva que adopta al tramitar un asunto, ya que la aprobación de una resolución y el ejercicio de los poderes del Parlamento pasan a depender del juicio político de éste. Para obtener resultados satisfactorios para los ciudadanos es esencial que el Defensor del Pueblo mantenga unas relaciones de trabajo constructivas con las instituciones y órganos de la Unión Europea. Esta cooperación adopta la forma de reuniones periódicas y de actos conjuntos

El Código Europeo de Buena Conducta Administrativa es un instrumento básico en la labor del Defensor del Pueblo. Éste utiliza el Código para examinar si existe o no mala administración, aplicando sus disposiciones para llevar a cabo su función de control. Al mismo tiempo el Código sirve de guía práctica y herramienta para los funcionarios, fomentando los más elevados niveles de administración. En una resolución adoptada el 6 de septiembre de 2001, el Parlamento Europeo aprobó un Código de Buena Conducta Administrativa dirigido a las instituciones y órganos de la Unión Europea, cuyos contenidos deberán ser respetados por esas administraciones y sus funcionarios en sus relaciones con los ciudadanos. La idea de un Código similar había sido inicialmente propuesta en 1998 por el parlamentario europeo, Sr. Roy Perry. La resolución del Parlamento sobre el Código está basada en la propuesta del Defensor del Pueblo Europeo, en la que se han introducido algunos cambios propuestos por el Sr. Perry, como ponente del informe especial de la Comisión de Peticiones del Parlamento Europeo.

El Código pretende concretar en la práctica el derecho a una buena administración establecido en la Carta y se materializa principalmente en las siguientes reglas:

**Legitimidad:**

El funcionario actuará de conformidad con la legislación y aplicará las normas y procedimientos establecidos en la legislación comunitaria.

**Ausencia de discriminación:**

Al tramitar las solicitudes del público y al adoptar decisiones, el funcionario garantizará el respeto del principio de igualdad de trato.

**Proporcionalidad:**

Al adoptar decisiones, el funcionario garantizará que las medidas adoptadas sean proporcionales al objetivo que se persigue. En particular, el funcionario evitará restringir los derechos de los ciudadanos o imponerles cargas cuando estas restricciones o cargas no sean razonables con respecto al objetivo perseguido.

**Ausencia de abuso de poder:**

Los poderes se ejercerán únicamente con la finalidad para los que han sido otorgados por las disposiciones pertinentes.

**Cortesía:**

El funcionario será diligente, correcto, cortés y accesible en sus relaciones con el público. Al responder a la correspondencia, llamadas telefónicas y correo electrónico, el funcionario tratará en la mayor medida posible de ser servicial y responderá a las preguntas que se le plantean de la manera lo más completa y exacta posible.

De producirse un error que afecte negativamente a los derechos o intereses de un miembro del público, el funcionario presentará sus excusas, tratará de corregir los efectos negativos resultantes de su error de la forma más rápida posible e informará al interesado de las posibilidades de recurso.

### **Acuse de recibo e indicación del funcionario competente:**

Toda carta o reclamación dirigida a la Institución será objeto de un acuse de recibo en el plazo de dos semanas, excepto en el caso de que en ese período pudiera enviarse una contestación pertinente.

### **Contradicción:**

En aquellos casos que incumban a los derechos o intereses de ciudadanos, el funcionario garantizará que en todas las fases del proceso de toma de decisiones, se respeten los derechos a la defensa.

### **Plazo razonable de adopción de decisiones:**

El funcionario garantizará que una decisión sobre toda solicitud o reclamación dirigida a la Institución se adopte en un plazo razonable, sin demora y, en cualquier caso, antes de transcurrido un período de dos meses a partir de la fecha de recepción.

### **Deber de indicar los motivos de las decisiones:**

Toda decisión de la Institución que pueda afectar adversamente a los derechos o intereses de una persona privada deberá indicar los motivos en los que está basada, exponiendo claramente los hechos pertinentes y el fundamento jurídico de la decisión.

### **Indicación de las posibilidades de apelación:**

Una decisión de la Institución que pueda afectar adversamente a los derechos e intereses de una persona particular contendrá una indicación de las posibilidades de apelación existentes con respecto a tal decisión.

### **Protección de datos:**

El funcionario que maneje datos personales referentes a un ciudadano respetará la vida privada y la integridad de la persona.

Cualquier incumplimiento por parte de una Institución o un funcionario de los principios establecidos en el presente Código podrá ser objeto de una re-

clamación al Defensor del Pueblo Europeo, de conformidad con el artículo 195 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y el Estatuto del Defensor del Pueblo Europeo.

## ***2.2. El marco político-administrativo en España***

España es un Estado políticamente descentralizado, cuya Constitución, (1978), reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de sus nacionalidades y regiones, y de sus municipios. En consecuencia, existen tres niveles de administración pública o, en otras palabras, tres grandes ámbitos diferenciados de administración pública: la administración central, denominada Administración General del Estado (AGE); las administraciones regionales de las Comunidades Autónomas y las administraciones de los entes locales (Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, etc.). De acuerdo con la distribución constitucional y legal de competencias, cada uno de esos niveles de administración gestiona y presta a los ciudadanos los servicios públicos que le corresponden. En términos macroeconómicos, los servicios gestionados por la Administración General del Estado representan algo más del 60% del gasto público nacional, los gestionados por las administraciones de las Comunidades Autónomas alrededor del 25%, y los administrados por los entes locales el 15% restante.

Las 17 Comunidades Autónomas y los entes locales (aproximadamente unos 8.000), gozan de plena autonomía para desarrollar sus políticas de servicio público y para dotarse de los modelos organizativos y de gestión que estimen adecuados. Evidentemente, en un mapa como el esbozado, la heterogeneidad territorial, histórica, económica y demográfica determina necesariamente diferencias en cuanto a planteamientos político-administrativos, a capacidad gestora y al grado de madurez organizacional. En este sentido, no resulta posible hablar de una política nacional de calidad homogénea en todas las administraciones públicas españolas.

Sin embargo, en el marco de los principios constitucionales de colaboración y cooperación entre las mismas, sí se asumen de facto unas líneas compartidas de actuación por una mayoría creciente. Así, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), integrada por las tres cuartas partes de las entidades locales, impulsa y desarrolla un programa de gestión de calidad para sus entes asociados. Por otro lado, la colaboración y el contacto entre la administración central y las regionales y locales son permanentes y estrechos, por medio de órganos interadministrativos y de entidades asociativas para la calidad, de tal

modo que son en gran medida coincidentes los postulados en todas las organizaciones públicas decididas a desarrollar políticas de calidad.

A continuación se describen exclusivamente los rasgos fundamentales de la política de calidad para la Administración General del Estado, aunque, como se ha dicho, comparte muchos postulados con las administraciones públicas sub-nacionales.

### ***2.3. La política de calidad en la Administración General del Estado***

En el seno de la Administración General del Estado, el Departamento más directamente responsable de impulsar y desarrollar políticas horizontales de calidad es el Ministerio de Administraciones Públicas (MAP), a través de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, cuyo Estatuto se aprobó mediante Real Decreto 1418/2006, de 1 de diciembre.

El objeto de la Agencia Estatal, la primera en constituirse, es la promoción y realización de evaluaciones de las políticas y programas públicos cuya gestión corresponde a la Administración General del Estado, favoreciendo el uso racional de los recursos públicos e impulsando la gestión de la calidad de los servicios. Mediante la celebración de convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas, la Agencia podrá también evaluar políticas y programas públicos gestionados por aquéllas, en los términos que en el propio convenio se establezcan.

Las políticas de calidad impulsadas por el MAP arrancan en su historia más reciente en el proceso de modernización administrativa abordado a finales de los años 80, con la inspiración de las recomendaciones de la OCDE (*Administration as service*, 1987).

En 1989 el MAP elaboró un documento titulado “Reflexiones para la modernización de la Administración del Estado”, que integró en una estrategia general las diferentes actuaciones que venían siendo desarrolladas con anterioridad y proponía, entre otras cosas, la necesidad de profundizar en los sistemas de información y evaluación que permitieran conocer el grado de adecuación de los niveles de calidad de los servicios públicos a las expectativas ciudadanas.

En 1992 se promulgó la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP), norma básica para

todas las administraciones públicas, que reforzó la posición del ciudadano en su relación con las mismas, reconociéndole un catálogo de derechos, simplificando los procedimientos e instaurando el uso de las tecnologías de la información.

Tras otra serie de estudios e iniciativas experimentales, entre 1992-94 se desarrolló un Plan de Modernización de la Administración del Estado con el doble objetivo de mejorar la eficacia/eficiencia interna de las organizaciones y mejorar la calidad de los servicios públicos. Este Plan, integrado por 204 proyectos, afectó a todos los departamentos ministeriales y, además de los resultados específicos de cada uno de ellos, logró introducir la Gestión por Objetivos y otros elementos de la cultura gerencial en la administración pública estatal.

En 1996 y tras el proceso de adecuación de todos los procedimientos administrativos vigentes a las estipulaciones de la más arriba mencionada LRJAP, se publicó una exhaustiva Relación de Procedimientos Administrativos de la Administración General del Estado, en la que se informaba a los ciudadanos sobre los trámites, requisitos, plazos de resolución, órganos competentes, etc., de todos y cada uno de los procedimientos administrativos.

En 1997 se puso en marcha el programa de Ventanilla Única, que tiene entre sus objetivos la implantación de un sistema interconectado de los registros de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las entidades locales, a fin de que los ciudadanos pudieran presentar sus escritos dirigidos a cualquiera de las administraciones en la oficina de registro más próxima, ya sea ésta estatal, autonómica o local. Esta medida se complementó con la publicación de una relación de todas las oficinas de registro de la Administración del Estado, en la que se detallan sus direcciones postales, telefónicas y telemáticas, así como sus horarios de apertura para facilitar a los ciudadanos el acceso a las mismas. Tanto esta relación como la de procedimientos se actualizan periódicamente para que se encuentren permanentemente al día.

En abril de 1997 se promulgó la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE), que, además de los principios de descentralización funcional, eficacia, eficiencia, responsabilidad por la gestión, etc., instaura singularmente el principio de servicio a los ciudadanos, entendido como el aseguramiento de la efectividad de sus derechos cuando se relacionan con la Administración y de la mejora continua de los servicios y prestaciones públicas, determinando claramente cuáles son éstos, sus contenidos y los correspondientes estándares de calidad.

En aplicación de los mandatos legales antes mencionados, a lo largo de 1998 y 1999 se pusieron en marcha las siguientes iniciativas:

- Un programa de racionalización y simplificación de los procesos administrativos y las reglamentaciones para facilitar a los ciudadanos sus gestiones con la administración y una mayor libertad en los intercambios de la sociedad civil, apoyado por la constitución de una Comisión Interministerial de Simplificación presidida por el Ministro de Administraciones Públicas.
- La apertura de una Ventanilla Única Empresarial en la que participan las tres administraciones públicas y las Cámaras de Comercio y que permite a los emprendedores aligerar en un solo espacio físico los trámites necesarios para la constitución de empresas.
- La incorporación intensiva a la sociedad de la información mediante la creación de una intranet administrativa, un Hipercentro informativo de la Administración General del Estado, una red multiservicio (extranet), la teletramitación de algunos procedimientos administrativos, etc, todo ello con el objeto de facilitar el más cómodo acceso de los ciudadanos a la Administración.

Mención especial merece el Plan de Calidad para la Administración General del Estado, aprobado por el Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio, que después se desarrollaría por el Real Decreto 951/2005, de 29 de julio (BOE nº 211, de 3 de septiembre), por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado.

#### **El Plan se resume en las siguientes principales actuaciones:**

- Establecimiento y regulación de las Cartas de Servicios en la Administración General del Estado. Esta norma obliga a todas las organizaciones de la Administración del Estado a elaborar Cartas de Servicios en las que, siguiendo un marco de referencia, declaren públicamente los servicios que prestan y sus compromisos en cuanto a estándares de calidad, así como los dispositivos de seguimiento y evaluación.
- Creación de los Premios a las Mejores Prácticas y del Premio a la Calidad en la Administración General del Estado, que reconocerán, en el primer

caso, las iniciativas de mejora seleccionadas por cada Ministerio y, en el segundo, a aquella organización pública que se haya distinguido muy especialmente en el incremento de la calidad de sus servicios. Estos premios se convocan anualmente y la evaluación de las candidaturas se realiza con base en el Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM®).

- Paralelamente se ha venido desarrollando un Programa de implantación de la autoevaluación según el modelo EFQM® en las unidades administrativas de la Administración del Estado, para lo cual se ha elaborado y publicado una Guía de Autoevaluación para la Administración Pública.

Debe señalarse también, por parte del MAP, la participación activa en el seno de diversas entidades de fomento de la calidad, como la Asociación Española para la Calidad (AEC), miembro de la EOQ, o el Club de Gestión de Calidad, representante en España de la EFQM®. Fruto de la participación en la primera de esas entidades es, por ejemplo, la publicación de una Guía para la Gestión de Calidad en la Administración Pública, la adaptación de la norma ISO-9004.2 y una Guía para la consideración de criterios de calidad en las adquisiciones públicas de suministros. Por su parte, la Guía de Autoevaluación para la Administración Pública, antes citada, lleva el aval del Club de Gestión de Calidad y, por tanto, de la EFQM®.

Un hito importante en la reforma de la Administración General del Estado y en su manera de enfocar su gestión lo constituye la irrupción de las Agencias Estatales para la mejora de los servicios públicos, reguladas por la Ley 28/2006, de 18 de julio. A través de las mismas pretende consolidarse en los servicios públicos estatales la dirección y evaluación por objetivos, la integración de responsabilidades y actividades hasta ahora dispersas en diversos departamentos ministeriales e incluso un mayor nivel de cooperación con las Comunidades Autónomas. Las Agencias se relacionarán con el Gobierno a través de planes en los que se definan objetivos claros, y de cuyo cumplimiento pueden depender incluso las retribuciones de su personal directivo, a cambio de una amplia autonomía en la gestión de los recursos que tengan asignados.

La Agencia de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), ha sido la primera de las establecidas por dicha Ley (<http://www.aeval.es>).

Define su misión como la de promover y realizar evaluaciones y análisis de impacto de las políticas y programas públicos, así como el impulso de la gestión

de la calidad de los servicios, favoreciendo el uso racional de los recursos y la rendición de cuentas a la ciudadanía.

Tiene como propósito contribuir a:

- Mejorar los servicios públicos y el conocimiento de los resultados en la sociedad de los programas y políticas públicas.
- Promover una mayor racionalidad del gasto público, optimizando el uso de los recursos.
- Favorecer la productividad y la competitividad de la economía española, eliminando trabas burocráticas.
- Aumentar la rendición de cuentas respecto a los ciudadanos, y la calidad democrática, promoviendo la transparencia y la participación.

Por último, el Ministerio de Administraciones Públicas definió para el periodo 2006-2008 "MODERNIZA", un plan con distintas medidas que persigue mejorar la Administración para ponerla a la altura de las necesidades de los ciudadanos.

Las medidas, un total de 16, son de distinta índole e irán aprobándose de forma paulatina durante el mencionado período. Entre ellas, merecen destacarse las siguientes:

#### **Iniciativas legislativas**

- Estatuto básico del empleado público.
- Ley de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a la Administración Pública.

#### **Planes de acción**

- Plan especial de medidas para la AGE y reforma de la Administración periférica.
- Plan de modernización tecnológica y simplificación administrativa de la AGE.

- Plan de medidas de promoción de la transparencia y la participación en la AGE.

### **Otras medidas de relevancia**

- Creación del Observatorio de la calidad de los servicios.
- Red de Oficinas integradas (red 060), con CCAA y Ayuntamientos con más de 2.800 puntos de información.
- Unificación de los más de 1.000 teléfonos de atención ciudadana de la AGE.
- Eliminación de más de 20 millones de documentos en papel entre 2006 y 2008.
- Incorporación a Internet de más de 800 nuevos formularios administrativos, conjuntamente con más de 100 nuevos servicios digitales accesibles con el nuevo DNI electrónico.
- Rediseño y simplificación de más de 300 tramites ciudadanos.
- Creación de foros de debate y participación de la actividad de la AGE.

## **3. Calidad en la Administración de Castilla-La Mancha**

### ***3.1. Modernización administrativa en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha***

En sus primeros años y hasta 1992, la modernización en la Administración de la Junta de Comunidades giraba en torno a dos principales prioridades, derivadas de la necesidad de consolidación de una nueva Administración autonómica: de una parte, la informatización de los procesos administrativos, acompañada a la renovación de medios de trabajo, y de otra, la ordenación del personal.

Aparte de otras iniciativas departamentales, las políticas de calidad en los servicios de la Administración regional, de una forma estructurada, corporativa e integral tienen su primera manifestación en el Plan de Modernización de 1993.

Este Plan, aprobado por el Consejo de Gobierno el 30 de marzo de 1993, más que un instrumento integrador de reforma y cambio, incorporaba un paquete de medidas que se referían a una mejora de la atención y la información al ciudadano.

La aprobación del Plan de Calidad de la Consejería de Administraciones Públicas, en 1998, supone el preludio de la aprobación de la Carta de los Derechos del Ciudadano, como documento normativo que expresa los principales compromisos formalizados y publicitados por el Gobierno en sus relaciones de servicio y participación. Este Plan de Calidad incluyó toda una serie de proyectos orientados a la puesta en marcha de las infraestructuras normativas, tecnológicas y organizativas necesarias para su desarrollo.

Parte de los proyectos contenidos en el Plan se refieren al establecimiento de un sistema de información y atención al público, que responda al desarrollo de esta función con una visión corporativa e integral, atribuyendo a la Consejería de Administraciones Públicas la gestión directa e inmediata de determinados medios o recursos:

- Las Oficinas de Información y Registro (OIR), que se constituyen en los centros administrativos de la Junta de Comunidades, como unidades especializadas que asumen los servicios de información general y registro de entrada y salida de documentos.
- El Teléfono Único de Información 012, que además de prestar servicios de información, paulatinamente desde su creación en abril de 1999 se ha convertido en un instrumento eficaz para recibir o tramitar solicitudes de los ciudadanos o instar la iniciación de múltiples procedimientos.
- El Registro único de documentos para todos los órganos de la Administración Regional.
- La habilitación legal de las oficinas de las Entidades Locales como oficinas de información y registro para los servicios y documentos dirigidos a la Administración de la Junta de Comunidades (ventanilla única).

Todo este sistema de atención presencial y telefónica es tributario en realidad de un sistema corporativo de información general, que se canaliza a través del sitio institucional en Internet del Gobierno de la Junta de Comunidades ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

El Plan de Calidad encuentra su culminación con la aprobación por el Consejo de Gobierno de la Carta de los Derechos del Ciudadano, el 30 de marzo de 1999. Esta Carta contiene un catálogo no exhaustivo de derechos, que inciden en la prioridad de garantizar unos exigentes estándares de calidad en el acceso a la información y a los servicios de todos los ciudadanos, así como su participación en las principales decisiones que afectan a su diseño y evaluación. La Carta, aprobada como norma reglamentaria (con rango de Decreto), establece compromisos y normas de calidad, expresadas como resultados para el usuario de los servicios propios de la Administración Regional. La Carta contiene, además, una previsión sobre las Cartas Sectoriales de Servicios Públicos, como su complemento y desarrollo posterior, y como instrumentos clave para comprometer pública y formalmente a los órganos administrativos con la calidad de los servicios que ofrecen.

El Plan FUNCIONA, aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 11 de diciembre de 2001, constituye el último hito en la promoción y coordinación, de acuerdo a objetivos y estrategias comunes, de todos los proyectos de innovación y reforma de la Administración de la Junta de Comunidades que afecten a sus sistemas operativos, gerenciales o de calidad (recursos humanos, estructuras, sistemas de información, sistemas de planificación y control, relaciones con los usuarios, procedimientos, etc.). En este sentido, el Plan FUNCIONA recoge básicamente seis grandes objetivos en cuanto al desarrollo organizativo de la Administración Regional:

- Adaptar las estructuras de la Administración autonómica a las exigencias de flexibilidad y diversidad.
- Acercar la Administración a las personas.
- Potenciar un estilo integrador de planificación, centrado en aspectos cualitativos de la acción pública.
- Sumergir a la Organización en la sociedad de la información.
- Mejorar la productividad y satisfacción de las personas en la Organización.
- La calidad de los servicios públicos como referencia de la acción pública. Orientar los servicios públicos al cliente.

Coherentemente con esta política de promoción de la cultura de calidad, la Administración Regional convocó ya en julio de 2002 un premio para el reconocimiento de la excelencia y la calidad, dirigido exclusivamente a los servicios públicos de la propia Administración de la Junta de Comunidades o de la Universidad de Castilla-La Mancha. En las últimas ediciones, sin embargo, este Premio está abierto a todas las Administraciones Públicas en Castilla-La Mancha.

La última edición (diciembre, 2008) ha convocado tres modalidades:

- Premio a la Excelencia en la prestación de los Servicios Públicos.
- Premio a la calidad en los Servicios Públicos prestados a la Ciudadanía.
- Premio a las Mejores Prácticas de Gestión en los Servicios Públicos.

## Bibliografía

Albi E, González-Páramo JM, López Casanovas G. *"Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos"*. Ariel. Barcelona, 1997.

De Val Pando I. *"Administración de Entidades Públicas. Instituto de Estudios Económicos"*. Madrid, 1999.

Domínguez Serrano M. *"Calidad Total y Administración Pública. Rev Auditoría Pública n° 32"* (2004) 24-30. Disponible en: <http://www.auditoriapublica.com/>

García Sánchez IM, García Peramato ML. *"Calidad Total en el Sector Público. Especial referencia a las Cartas de Servicios"*. Rev Auditoría Pública n° 21 (2000) 13-21. Disponible en: <http://www.auditoriapublica.com/>

Garde Roca JA (coord). *"La Agencia Estatal de Evaluación de la Calidad de los Servicios y de las Políticas Públicas"*. INAP. Madrid, 2005.

López Casanovas G, Puig-Junoy J, Ganuza JJ, Planas I. *"Los nuevos instrumentos de la gestión pública"*. Fundación la Caixa, Barcelona, 2003.

Martín Castillo JI. *"Valor y valores de una administración al servicio público. Rev Auditoría Pública n° 38"* (2006) 25-34. Disponible en: <http://www.auditoriapublica.com/>

Ministerio para las Administraciones Públicas. *“Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos”*. MAP. Madrid, 2000.

Moyado Estrada F. *“Gestión pública y calidad: hacia la mejora continua y el rediseño de las instituciones del sector público”*. VII Congreso Internacional del CLAD, (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo), sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, 8-11 octubre 2002. Disponible en:

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043302.pdf>

Moore MH. *“Gestión estratégica y creación de valor en el sector público”*. Paidós. Barcelona, 1998.

Ochoa Berganza J. *“Calidad Total: ¿y por qué no en el sector público?”* Rev Auditoría Pública nº 27 (2002) 32-3. Disponible en: <http://www.auditoriapublica.com/>

Olias de Lima B. *“La nueva Gestión Pública”*. Prentice-Hall. Madrid, 2001.

Osborne D, Gaebler T. *“La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público”*. Paidós. Barcelona, 1994.

Osborne D, Plastrik P. *“Herramientas para transformar el gobierno. Directrices prácticas para revitalizar las escuelas, los servicios públicos y los organismos gubernamentales de todos los niveles”*. Paidós. Barcelona, 2003.

Parrado Díez S. *“Guía para la elaboración de Planes de Mejora en las Administraciones Públicas”*. INAP. Madrid, 2006.

Rueda López N. *“El objetivo de la mejora de la eficiencia pública. Reflexiones a partir de la evidencia empírica”*. Rev Auditoría Pública nº 40 (2006) 61-74. Disponible en: <http://www.auditoriapublica.com/>

Talavera Plegüezuelos C. *“Calidad Total en la Administración Pública”*. Ediciones Gestión 2000. Madrid, 1999.

Tomás Mallén B. *“El derecho fundamental a una buena administración”*. INAP. Madrid, 2004.

Trinidad Requena A (comp.). *"Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas"*. MAP. Madrid, 2002.

Villoria Mendieta M. *"La Modernización de la Administración como instrumento al servicio de la democracia"*. MAP. Madrid, 1996.

## TEMA 1.3

# Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios

Félix Alcázar Casanova.  
Fuencisla Iglesias Alonso.

*“La cuestión no es tanto ver lo que nadie ha visto, como pensar lo que nadie ha pensado sobre lo que todo el mundo ve.”*

Arthur Schopenhauer (1788-1860)

## 1. La calidad

### 1.1. Definiciones de calidad

La Real Academia Española define la calidad como: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie”.

J. Juran nació en 1904 en Rumania, y fue una de las máximas autoridades en el control de calidad, tanto a nivel teórico como práctico. En los años 50 puso en práctica, con gran éxito, sus teorías en Japón. Definió calidad como: “Idoneidad o aptitud para el uso”.

P. Crosby nació en EE.UU. en 1926; consideraba que, en calidad es necesario definir previamente los requisitos para considerar que el producto o servicio la

alcanza. Para Crosby la calidad es: "Cumplimiento de unas especificaciones o la conformidad de requisitos". Una de sus principales aportaciones a la gestión de la calidad es la teoría de 'Cero Defectos', que viene a decir que los errores nunca son inevitables, mejorando la gestión. Otra de sus teorías de calidad que más han influido ha sido: "la calidad no cuesta", hoy día hablamos de los costes de la 'no calidad'.

K. Ishikawa nació en Japón en 1915; introduce al consumidor de forma explícita en su definición y dice que ha de ser éste el que defina los requisitos de calidad: "Satisfacción de los requisitos del consumidor del servicio".

E. Deming nació en 1900, Iowa (EE.UU.). En su definición, introduce los conceptos de disminución de variabilidad y de eficiencia: "grado perceptible de uniformidad y fiabilidad, a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente". Después de la segunda guerra mundial, ignorado por las corporaciones americanas, Deming fue a Japón y enseñó en los siguientes treinta años a los administradores, ingenieros y científicos japoneses, cómo producir calidad, junto a Juran e Ishikawa, fue uno de los padres del denominado milagro de calidad de las empresas japonesas. A partir de finales de los años setenta, fue cuando los empresarios de Estados Unidos empiezan a introducir las teorías de Deming en la gestión.

La norma UNE-EN ISO 8402 define calidad como: "el conjunto de características de una cosa que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades para las que fue creada".

Para la Sociedad Americana de Control de Calidad (ASQC), la calidad: "está integrada por la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a su capacidad para satisfacer las necesidades de un cierto usuario; estas funciones o características se conocen como características de calidad".

Por encima de la calidad está la ética, la finalidad y las características de un servicio deben responder a los valores de la sociedad.

### **Conceptos erróneos:**

- "Un producto con calidad es caro". Falso, ya que la calidad es una inversión que permite ahorrar. Lo que es caro es la ausencia de calidad.

- “La calidad no se puede medir”. Si no medimos no podremos valorar la calidad, en calidad hay dos palabras clave: medir y cambiar, y la secuencia ha de ser: medir para conocer el punto de partida y los problemas, proponer cambios para mejorar y volver a medir para comprobar los logros.
- “Calidad y cantidad son términos contrapuestos”. En absoluto son términos contrapuestos, de hecho la calidad mejora la productividad.

### ***1.2. Gestión de la calidad. Del control de calidad a la gestión total de la calidad***

La gestión de la calidad, considerada como tal, se inicia a principios del siglo pasado con la intención de mejorar la productividad, disminuir los errores y, en definitiva, mejorar la calidad de los productos.

La gestión de la calidad ha ido cambiando en sus planteamientos y esto se ha traducido en cambios en su denominación; así, hemos pasado de simple inspección, al control de calidad (Quality control), posteriormente a la garantía de la calidad (Quality assurance) y finalmente a la gestión de la calidad total (Total Quality Management, TQM).

#### **Control de calidad (Quality control)**

Para conseguir mejorar la calidad de un producto o servicio se empezó midiendo solo los resultados finales a través de la inspección de calidad, buscando los defectos o problemas, es decir, aquellos productos que no respondían a las características de calidad previamente fijadas por un experto, y se buscaba a la persona de la organización responsable de los mismos, proponiendo acciones punitivas. Los trabajadores intentan ocultar los defectos a los inspectores. A este modo de proceder se le denominó control de calidad. Poco a poco fue evolucionando a controlar los procesos, acercándose a lo que pasó a denominarse garantía de calidad.

#### **Garantía de calidad (Quality assurance)**

En garantía de calidad se parte de señalar requisitos de calidad, no solo al producto final, sino también a las acciones para obtenerlo (requisitos de procesos), y se proponen objetivos o estándares a alcanzar. Los requisitos y los estándares eran definidos por los técnicos que se denominan inspectores, como en

el control de calidad. Estos inspectores comparan resultados con los objetivos propuestos y supervisan los procesos para ver si se cumplen los requisitos, posteriormente elaboran un plan de mejora de la situación, para lograr la corrección de las deficiencias encontradas. Finalmente se efectúa una reevaluación para comprobar el éxito del plan de mejora para alcanzar los estándares marcados. Los trabajadores no colaboran en el proceso de diseño de la mejora, solo se les forma para cumplirlo. Los estándares se convierten en el techo de la calidad.

### **Gestión de la calidad total (Total Quality Management, TQM)**

La Gestión de la Calidad total, o TQM, es un proceso sistemático para crear organizaciones con una participación plena en la mejora continua de la calidad. La TQM busca el éxito de la organización, y para ello trata de cumplir o exceder las expectativas del cliente a un precio razonable. Calidad total, según Hunter, es un proceso estructurado, sistemático que usa métodos objetivos para crear o promover el cambio organizacional y cultural que lleve a la participación en planificar e implementar la mejora continua en calidad en todos los procesos, productos y servicios.

Las teorías que se encuentran detrás del proceso de la calidad total fueron desarrolladas fundamentalmente por Deming y Juran. La premisa de la Calidad total la expresó Deming, en la siguiente secuencia:

1. Mejora de la calidad.
2. Disminución de los costos, por menos errores, menos retrasos y mejor uso de los recursos.
3. Mejora de la productividad con lo cual se consigue: mejor calidad y menores precios, más prestigio, más mercado.

Deming estableció 14 puntos de la mejora de la calidad, basados en 3 principios básicos: orientación al cliente, mejora continua y un sistema para determinar la calidad. Se examinan en el tema 3.1. "Ciclo de mejora de la calidad".

Juran, por su parte, a partir de una trilogía, "toda organización debe planificar, controlar (medir) y mejorar la calidad", estableció diez pasos como principios básicos de la gestión de calidad total:

1. Crear conciencia de la necesidad y oportunidad para mejorar.
2. Poner metas para la mejora.
3. Organizarse para alcanzar las metas (establecer consejos de calidad, elegir proyectos, designar equipos y/o facilitadores).
4. Proporcionar formación y entrenamiento.
5. Llevar a cabo proyectos para resolver los problemas.
6. Informar sobre el progreso.
7. Reconocer los logros.
8. Comunicar los resultados.
9. Documentar puntuaciones.
10. Mantener el “momento” por medio de integrar las mejoras anuales como parte de los procesos y sistemas regulares de la compañía.

Para García de Sola, gestión de calidad total, es un estilo de gestión que afecta a todos los colaboradores de la institución, que persigue producir al menor coste posible productos o servicios que satisfagan las necesidades de los clientes y que simultáneamente busca la máxima motivación y satisfacción de los profesionales.

Se suele señalar, en general, que los centros que adoptan enfoques de mejora de la calidad total alcanzan mejores resultados de forma más eficiente que aquellos que no lo hacen.

Parte de un discurso de Konosuke Matsushita, fundador de Matsushita Co Industrial Eléctrica, a una asociación de empresarios de EE.UU.:

*Nosotros ganaremos y usted perderá...*

*Las compañías basadas en los principios de Taylor, y aún peor, si sus cabezas también están ‘taylorizadas’, creen firmemente que la dirección legítima significa colocar a ejecutivos en un lado y obreros*

*enfrente, en un lado hombres que piensan y en el otro hombres que sólo pueden trabajar, y para ellos, la dirección es el arte de transferir las ideas de los ejecutivos de manera adecuada a los trabajadores.*

*Hemos pasado la fase de Taylor. Somos conscientes que el negocio es muy complejo. La supervivencia es muy incierta, en un ambiente lleno de riesgo, de imprevistos y de competición. Por consiguiente, una compañía debe tener el compromiso de las mentes de todos sus empleados para sobrevivir. Para nosotros, la dirección es poner toda la fuerza de trabajo en compromiso intelectual con la compañía... y sin barreras de clase.*

*Hemos medido los nuevos desafíos tecnológicos y económicos y sabemos que solo la inteligencia de unos tecnócratas – por muy luminosos que sean - se ha comprobado totalmente inadecuada para enfrentar estos desafíos. Sólo los intelectos de todos los empleados pueden permitir a una compañía vivir y asumir los requisitos de su nuevo ambiente. Así, ganaremos y ustedes perderán sino pueden librar a sus mentes del Taylorismo obsoleto que nosotros nunca hemos tenido.*

El desarrollo de la gestión de la calidad total ha dado lugar a la aparición de varios modelos de Excelencia en la Gestión, que sirven de instrumentos de autoevaluación para las organizaciones. El aspecto compartido de estos modelos es la adopción de líneas estratégicas y políticas empresariales que permitan el desarrollo de la calidad total en la organización con la implicación directa de la alta dirección. El modelo más extendido en las empresas europeas es el modelo de la EFQM (European Foundation for Quality Management), modelo que se basa en la premisa: “Los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia que se harán realidad a través de las personas de la organización, las alianzas con otras organizaciones y las mejoras en sus recursos y procesos”.

Un punto clave en la gestión de la calidad total es la búsqueda del éxito de la organización, y para ello trata de cumplir o exceder las expectativas del cliente a un precio razonable. En cualquier caso, la gestión de la calidad total, es un proceso sistemático para crear organizaciones con una participación plena en la mejora continua de la calidad.

Mejora continua que no intenta la detección de problemas de calidad concretos, para su posterior corrección, sino que pretende la mejora sistemática de todos los procesos, diseñando procesos de calidad desde el principio. En la mejora continua se define la calidad según el punto de vista de los clientes, externos e internos. Es fundamental la participación de los profesionales res-

ponsables de los procesos, porque son los que mejor los conocen. Más que solucionar problemas, se trata de prevenir errores. La filosofía que subyace es que todo proceso, aunque esté bien hecho, es mejorable.

Para Ziegenfuss es filosofía, modelo y conjunto de herramientas para mejorar continuamente los resultados, los procesos de trabajo y la organización.

## 2. La calidad asistencial

### 2.1. *Historia de la calidad asistencial*

Si consideramos que la calidad consiste en conocer lo que se hace (medir), proponer acciones en la forma de hacerlo (cambios) para mejorar, comprobar que obtenemos mejores resultados (medir) y estos cambios incorporarlos como requisitos de una asistencia de mejor calidad, podemos decir que la historia de la calidad de la asistencia sanitaria coincide con la historia de la medicina.

Si consideramos calidad de la asistencia sanitaria como una disciplina de la ingeniería industrial aplicada a los servicios sanitarios, su historia comenzaría a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Repasar brevemente la historia de la calidad asistencial tiene un interés “per se” para los curiosos, pero además, ayuda a comprender que muchos de los problemas actuales ya se presentaron en épocas anteriores, aunque fuera de una forma distinta. Asimismo, estudiar las soluciones y errores del pasado puede ser de utilidad para diseñar las medidas actuales.

Otra característica que llama fuertemente la atención, a la hora de repasar la historia de la calidad asistencial, es que ésta se basa fundamentalmente en los desarrollos adoptados en los EE.UU. Aunque, sin duda, es el país que más ha aportado a esta disciplina, no deja de ser irónico que un sistema sanitario que deja sin protección al 40% de su población, sea el ejemplo a seguir.

#### **La Antigüedad**

Algunos autores hablan de un “estado embrionario” de la calidad asistencial, cuando describen los logros de las culturas clásicas en medicina: Asiria, Egipto, China, Grecia, y Roma. Las obras de ingeniería de estas civilizaciones eviden-

cian la existencia de cierto control de calidad industrial. Por otra parte, ciertos documentos conservados (papiros egipcios, códigos hipocráticos, documentos chinos, Código de Hammurabi) tratan de materias que podrían incluirse en el campo de la calidad asistencial.

### **Edad moderna**

Sir William Petty (1623-1687) en Oxford, en su libro *Political Arithmetic*, enunció la necesidad de medir el producto hospitalario, comparando la frecuencia de mortalidad entre hospitales.

William Farr (1807-1883) desarrolló un sistema uniforme de clasificación de enfermedades, que facilitó el desarrollo de las estadísticas vitales. William Farr, de Inglaterra, Marc D'Espine, de Suiza y Jacques Bertillon, de Francia, trabajaron juntos para conseguir una clasificación de causas de muerte que se adoptara universalmente. En 1893 se adoptó, por primera vez, una clasificación de causas de muerte de uso internacional.

Groves en Gran Bretaña desarrollo el informe de alta hospitalario, insistiendo en la valoración de los resultados de la cirugía en términos de mortalidad, morbilidad e incapacidad funcional.

Florence Nightingale Nacida en Florencia en 1820, creció en Derbyshire y recibió una completa educación clásica de su padre. En 1849 viajó al extranjero para estudiar el sistema hospitalario europeo, y en 1850 empezó los estudios de enfermería en el Instituto San Vicente de Paúl en Egipto. Tras el estallido de la guerra de Crimea, en 1854 Nightingale, conmovida por los informes sobre las deficientes condiciones sanitarias y la falta de medios en el gran hospital de Estambul, envió una carta al secretario de la guerra británico, ofreciendo de forma voluntaria sus servicios. Bajo su supervisión se crearon departamentos de enfermería eficaces. La tasa de mortalidad entre los enfermos y los heridos se redujo en gran medida. Con un fondo recolectado, como tributo a sus servicios, Nightingale fundó la Escuela y Hogar para Enfermeras Nightingale en el Hospital St. Thomas de Londres. La inauguración de esta escuela marca el inicio de la formación profesional en el campo de la enfermería. Antes de que emprendiera sus reformas, las enfermeras eran personal no cualificado que consideraba su trabajo una tarea servil. Gracias a sus esfuerzos, la enfermería pasó a ser considerada una profesión sanitaria con un elevado grado de formación e importantes responsabilidades. Su obra tuvo detractores, especialmente entre algunos

médicos que la veían como una amenaza a sus prerrogativas profesionales.

Ignac Fülöp Semmelweiss (1818-1865) fue un médico húngaro que se especializó en partos, en una época en que las cifras de mujeres que morían al dar a luz rondaban el 16% por ciento.

En el Hospital de Viena había dos unidades obstétricas: una atendida por médicos y estudiantes con más de un 15 % de mortalidad, otra atendida por parteras y estudiantes de partería con 3% mortalidad. Los médicos pasaban de la sala de autopsias a las de partos lavándose con agua y jabón. Semmelweiss propuso incluir en el lavado el cloruro cálcico. Al siguiente año la mortalidad fue de 1,2% y 1,3% en ambas unidades. A pesar de este gran descenso de la mortalidad, algunos colegas celosos se opusieron a estas medidas, otros, en cambio, las apoyaron. Semmelweiss, en un último esfuerzo por hacerse escuchar, acabó repartiendo octavillas en la calle, intentando que fuesen las mujeres las que solicitasen el lavado de manos que él proponía. Su obsesión y el desprecio de sus colegas acabaron conduciéndole a un manicomio en julio de 1865. Allí moriría un mes más tarde, aparentemente, por una infección generalizada del mismo tipo que las que había denunciado (aunque existe controversia al respecto).

### **Las octavillas de Semmelweiss:**

*“Jóvenes: ¡estáis en peligro de muerte! La fiebre puerperal amenaza vuestras vidas. Desconfiad de los médicos porque os matarán. Mujeres que vais de parto: acordaos de que moriréis y vuestro hijo morirá también a menos que cualquier cosa que entre en contacto con vosotras sea lavada con agua y jabón y aclarada con una solución de cloro. Yo ya no puedo acudir a los médicos y, por tanto, apelo a vosotros. Protegeos vosotros mismos”.*

### **Principios de siglo XX**

Abraham Flexner en 1910 elaboró un informe que denunciaba la pobre calidad de la enseñanza de la medicina en los EE.UU. Este informe provocó el cierre de 60 de las 155 facultades de medicina americanas en 1920. Desde entonces, se endurecieron los requisitos de admisión y se cambió el programa de enseñanza.

Codman en 1914 estudió algunos resultados de la atención sanitaria. Su famoso estudio hizo hincapié en factores que todavía hoy resultan actuales:

- La importancia de autorizar o certificar a los proveedores de atención sanitaria.
- Acreditación de las instituciones.
- Considerar la severidad o el estadio de las enfermedades cuando se comparan resultados.
- Necesidad de considerar también la comorbilidad.
- La importancia de los hábitos de los pacientes.
- Barreras económicas al acceso a los servicios sanitarios.

Codman aplicó un enfoque muy actual, de resultados. De hecho, llamaba a los pacientes tras un año del alta, para estudiar su estado y los efectos secundarios. De nuevo, la labor de un pionero fue mal aceptada por sus colegas, después de ser expulsado, tuvo que fundar su propio centro, llamado The End Result Hospital.

El Colegio de Cirujanos de América fue establecido en 1913. Uno de sus objetivos fundamentales era la mejora de la atención a los pacientes en los hospitales. La deficiente situación que presentaban los hospitales americanos a principios de siglo (falta de servicios centrales, mala organización, deficiencias en la atención a los pacientes) le llevó a desarrollar cinco reglas o estándares que llamaron “Programa de estandarización de los hospitales”. Estos estándares incluían los requisitos considerados como mínimos para poder desarrollar una asistencia de calidad y se concretaban en:

- Cualificación adecuada del personal.
- Calidad de la documentación clínica.
- Uso de la documentación clínica.
- Calidad del tratamiento que recibe el enfermo.
- Revisión de la asistencia por colegas (peer review).

La primera revisión realizada mediante este programa sólo aprobó al 13% de los hospitales estudiados. En 1950, sin embargo, el 94% conseguían aprobar.

## **Mediados del Siglo XX**

Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) se creó en 1951 por un acuerdo entre el Colegio Americano de Cirujanos, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica de Canadá. Por primera vez se consideró la necesidad de que los hospitales debían estar acreditados para poder trabajar en la asistencia sanitaria. De este modo, si un hospital no cumplía los requisitos mínimos de la JCAH no se acreditaba y no podía prestar sus servicios.

La Joint Commission on Accreditation of Hospitals pronto empezó a interesarse por otras áreas asistenciales además de los hospitales, y pasó a denominarse Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Al principio, el énfasis se puso en los estándares estructurales. En los años 60 la JCAHO introdujo entre sus requisitos de acreditación estándares relacionados con la manera de hacer la atención sanitaria, es decir, estándares de procesos.

En los años 60 aumentó la preocupación por la protección de los consumidores, los derechos humanos, y el concepto de atención sanitaria como un derecho. Los tribunales encontraron que tanto los médicos como los hospitales eran responsables en caso de presentar deficiencias importantes en la calidad de su atención. Por otra parte, con la creación de Medicare y Medicaid, el Gobierno de EE.UU. aumentó la regulación del sector sanitario. Los gobiernos comienzan a gastar más en sanidad, y lógicamente, se preocupan de que se obtenga un buen resultado a cambio del dinero invertido. Este control estatal puede ser mejor entendido en Europa, pero en EE.UU. supuso un gran debate, ya que muchos profesionales lo consideraron como una intromisión burocrática inaceptable en su actividad. Otros, en cambio, haciendo autocrítica, reconocían que una mejor labor asistencial hubiera podido evitar la intervención estatal. Los esfuerzos de la época, sin embargo, ofrecieron pocos resultados, en parte porque se centraban exclusivamente en la actividad médica, y olvidaban el papel del resto de profesionales sanitarios y de la organización en su conjunto.

En este periodo, cambia el enfoque del estudio individual de casos e inspección, al análisis estadístico de patrones. De todas formas, ambas aproximaciones han convivido de alguna forma hasta nuestros días.

Avedis Donabedian (1919-2000) a mediados de los años 60 desarrolla toda su estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial (basada en la estructura, proceso y resultado).

### **Años 70**

Los años 70 se vieron marcados por la preocupación del incremento del gasto sanitario, en un contexto de crisis económica. En 1972 se creó la Professional Standard Review Organization (PSRO) y se formó un sistema de revisión por iguales (peer review). El objetivo del programa era asegurar que los servicios ofrecidos por Medicare y Medicaid eran:

- Necesarios desde el punto de vista médico.
- De calidad según estándares profesionales.
- Lo más económicos posible.

El programa PSRO fracasó parcialmente, entre otras razones, por la oposición de los médicos, que creyeron amenazada su autonomía.

También en la década de los 70 se fue desarrollando una metodología de evaluación de la calidad asistencial basada en criterios explícitos y objetivos. Se diseñaron indicadores centinelas capaces de detectar sucesos indicativos de mala calidad. Kessner desarrolló indicadores específicos que pudieran dar una idea aproximada del funcionamiento de todo el sistema sanitario.

Uno de los sistemas pioneros de mejora de la calidad asistencial se desarrolló en la Universidad John Hopkins (Dr. Williamson). No sólo se evaluaba la calidad de la asistencia, sino que se aplicaban medidas de mejora y se volvía a reevaluar el resultado, cerrando así el círculo de mejora de la calidad.

Por su parte, en esta época, la Joint Commission desarrolló el Performance Evaluation Procedure (PEP), que es una aproximación al resultado de la atención sanitaria, basada en el estudio de las historias clínicas.

## Años 80

En 1980, la OMS, dentro de su estrategia “Salud para todos en el año 2000”, en concreto el objetivo 31, dice:

*“De aquí a 1990 todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias. Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los servicios prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos”.*

Los años 80 se vieron dominados por los esfuerzos tendentes a reducir el crecimiento del gasto sanitario, pero a la vez, aumentó la preocupación por la calidad de la asistencia. En estos años, se desarrollaron los Diagnosis-Related Groups o GRDs. Los hospitales de la red Medicare comenzaron a cobrar por un nuevo sistema basado en GRDs y no en la estancia. Esta medida acortó las estancias, a veces excesivamente.

En 1982, el PSRO fue sustituido por el Peer Review Program (PRO). Se centraba en estudiar la necesidad médica, la calidad de la asistencia, y la adecuación de la utilización. El PRO podía recomendar sanciones, no sólo contra hospitales, sino también contra enfermeras y médicos. Según los resultados, un hospital podía perder parte de su financiación y los clientes del centro eran informados de ello. Finalmente, en los años 90 se pasó a poner más énfasis en la educación que en las sanciones.

Wennberg fue un pionero del estudio de la variabilidad de la práctica médica, a nivel de pequeñas áreas y hospitales individuales. Knaus trabajó en los aspectos de estructura y proceso que afectan a la mortalidad hospitalaria.

A finales de los 80 comenzó a adaptarse al mundo sanitario el modelo de calidad total (Total Quality Management, TQM), desarrollado por Deming, Juran y Crosby. Su aproximación se basaba en que los problemas de la calidad residen fundamentalmente en el sistema, no en las personas. Por ello, la mejora de la calidad requería un cambio de la cultura organizacional. Estos planteamientos fueron aplicados con éxito en Japón antes que en los EE.UU.

## Años 90

Durante los 90, en el mundo de la calidad asistencial gana peso la medición de los resultados de la asistencia. En 1994, la Joint Commission implantó el Indicator Measurement System (IM System), una base de datos nacional con indicadores sobre proceso y resultado. Ha ido creciendo la exigencia de los ciudadanos respecto a la calidad asistencial, y la responsabilidad de profesionales y gestores. Al aumentar el número de decisiones adoptadas por los pacientes, organizaciones y empresas, se necesitan medidas de la calidad más válidas. Así, se han desarrollado conjuntos de indicadores de calidad, como el Maryland Association Quality Project, el Hedis, el IM System, etc.

### *2.2. Definición de calidad asistencial*

Para Avedis Donabedian, la calidad de la asistencia sanitaria es “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”.

Para la JCAHO es el grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento.

Según la OMS es aquella cualidad que hace que el paciente reciba el correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos, que van a conducirlo al estado de óptima salud conseguible para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico; con el coste mínimo de recursos; con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional; y con la máxima satisfacción del paciente.

Según la OTA (Office of Technology Assessment), 1988, calidad asistencial es el nivel del proceso de atención que aumenta la probabilidad de resultados deseados por el enfermo y reduce la probabilidad de efectos adversos dado el estado de conocimiento técnico. Es decir, reducir la relación riesgo/beneficio de cualquier actividad médica. Hacer las cosas correctamente y hacer lo correcto. Para ello se han propuesto modelos y herramientas, uno de los modelos más utilizados es: círculo de PDSA o de Shewhart (PLAN – DO - STUDY - ACT).

Los profesionales aportan una perspectiva individual de la calidad en su práctica clínica, haciendo lo correcto de la forma más correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al exigir competencia técnica, accesibilidad y comprensión. Por su parte, la administración y las organizaciones sanitarias tienen una perspectiva comunitaria, buscando un equilibrio entre el rendimiento técnico, la satisfacción de los pacientes y el gasto económico asumible.

Ángel Otero propone una definición que recoge todos los aspectos o dimensiones que han de tenerse en cuenta para valorar la calidad de la asistencia sanitaria: "la provisión de servicios sanitarios adecuados al conocimiento, accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario".

### ***2.3. Dimensiones de la calidad asistencial***

La asistencia sanitaria se caracteriza por su variabilidad, para cuantificar y determinar las causas de esa variabilidad y así modificarlas en el sentido deseado es por lo que se evalúa la calidad asistencial.

Evaluación de la calidad. Es la medida del nivel alcanzado de calidad. Identifica problemas y los compara con los objetivos previamente definidos. La evaluación es una parte fundamental de cualquier plan de calidad. La elección de la materia a evaluar se basa en tres factores: la importancia, la representatividad y la accesibilidad. Es preferible enfocar la atención en algo que ocurre frecuentemente y que está sujeto a errores que pueden ser corregidos.

Para evaluar la calidad asistencial se debería llegar a un acuerdo en su definición, pero como se ha visto existen múltiples definiciones y, aunque haya mucha coincidencia entre ellas, cada una agrega conceptos importantes que otras omiten. Por tanto la calidad no es un concepto simple y ello hace necesario valorar los distintos componentes de la calidad que pueden ser medidos: son las llamadas "dimensiones de la calidad asistencial".

#### **a) Calidad científico-técnica**

Representa la competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance, contribuyendo a la

mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios. Esta dimensión considera tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente. Es la dimensión más utilizada para medir la calidad de la atención sanitaria.

La calidad científico-técnica se refiere a la práctica clínica; el término calidad utilizado solo, sin otros adjetivos, suele referirse a este componente. La práctica clínica es el proceso de la actuación médica en relación con la atención del paciente. Es decir “lo que hay que hacer” y “cómo hacerlo”.

**Los constituyentes de la calidad científico-técnica son:**

- Cuerpo de conocimientos disponibles.
- Percepciones.
- Datos clínicos de los pacientes.
- Juicios, razonamientos y decisiones de los médicos.
- Procedimientos que utilizan.
- Intervenciones que aplican.
- Forma en que los profesionales mantienen y perfeccionan sus conocimientos y habilidades clínicas.

Esta calidad científico técnica se plasma, entre otras, en Guías de práctica clínica: “lo que hay que hacer”. Son recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales y a los enfermos a seleccionar la mejor alternativa asistencial en el abordaje de condiciones clínicas concretas en contextos sanitarios específicos. Implica que hay que detallar las decisiones de explicación (diagnóstico y patogénesis) y las decisiones de atención (prevención y tratamiento); todo ello organizado con las mejores evidencias científicas disponibles.

Los atributos de las Guías deben ser: multidisciplinariedad, claridad, validez, rigurosidad, reproducibilidad, fiabilidad, flexibilidad clínica, aplicabilidad, actualidad y revisable de forma programada.

Cuando no sea posible la realización de las Guías (falta de medios, ausencia de evidencia científica o dificultad de aplicabilidad) se pueden elaborar los Protocolos que se definen como actas de un consenso en la toma de decisiones clínicas. Se realiza por parte de los interesados, ante un problema asistencial y recoge con gran nivel de detalle, de forma muy normativa y sin presentar alternativas los pasos a seguir.

Otro instrumento son las vías clínicas que ofrecen las directrices que deben seguirse ante situaciones clínicas determinadas cuyo curso clínico es predecible.

Las Agencias de Evaluación de Tecnologías han promovido en su momento la elaboración de Guías o de Protocolos, conjuntamente con las Sociedades Científicas.

En la actualidad el "Proyecto GuíaSalud", como iniciativa transversal y desarrollado por convenio entre la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Instituto Aragonés de la Salud, es el gestor del desarrollo y puesta a disposición del SNS de la información, registro, selección, adaptación, implantación y actualización de Guías de Práctica Clínica.

Complementado a las citadas Guías se han desarrollado los Algoritmos: "cómo hay que hacerlo", especialmente cuando hay alternativas a elegir.

Una oportunidad de mejorar la calidad científico-técnica es el estudio de la variación de la práctica clínica: es decir que con los mismos datos, diferentes médicos proponen distintos tratamientos. Es incompatible con la calidad en los servicios sanitarios. En teoría, las Guías y Algoritmos reducen los procedimientos innecesarios, las hospitalizaciones innecesarias o ambas.

Para concluir la dimensión de calidad científico-técnica mostramos algunas formas de conseguirla o mejorarla:

1. Edición de guías de práctica clínica, protocolos, algoritmos. "Hacer lo correcto en la forma correcta", como expone Grimshaw.
2. Realizar registros de actividad y resultados en relación con objetivos, comparar con Servicios o unidades similares.

3. Implementar programas de formación continuada.
4. Realizar ensayos clínicos.
5. Implementar medidas administrativas.
6. Desarrollar e implantar vías clínicas o planes de atención.

### **b) Efectividad**

Grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio que en teoría debería producir, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales (eficacia es el resultado de una prestación en condiciones ideales). En calidad se suele medir más la efectividad que la eficacia. Hay que tener en cuenta que el objeto de un sistema de salud es mejorar el grado de salud de la población y no solo generar servicios.

### **c) Eficiencia**

Es el grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) medidos por la efectividad y los costes que genera el servicio prestado.

Los resultados se miden en eficacia (efecto producido en la variable en condiciones ideales), efectividad (en condiciones habituales), utilidad (cantidad y calidad de años que se aporta al individuo) y beneficio (resultado de la intervención medido en unidades monetarias). De esta forma se configuran las formas de análisis de la eficiencia: análisis coste-eficacia, coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio.

La evaluación económica de los servicios sanitarios ha experimentado un gran desarrollo y cada vez es más tenida en cuenta por los gestores de los servicios sanitarios.

### **d) Accesibilidad**

Facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales.

Dentro de esta dimensión se podría incluir la equidad (distribución justa de los recursos sanitarios entre la población).

#### **e) Satisfacción**

Representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. La satisfacción es un resultado deseable del proceso asistencial. Puede medirse mediante encuestas, que preguntan sobre la satisfacción en general, y sobre aspectos concretos. La metodología aplicada influye mucho en los resultados obtenidos: tipo de encuesta, forma de aplicación, tasa de respuesta, etc. Otra forma de evaluar la satisfacción es el análisis de las sugerencias y las reclamaciones presentadas.

El modelo de gestión de calidad total también tiene en cuenta el grado de satisfacción de los profesionales, los clientes internos (los clientes externos son los pacientes o usuarios).

#### **f) Aceptabilidad**

Es la satisfacción más la adhesión del usuario (grado de colaboración del paciente, cumpliendo el tratamiento prescrito, etc.). La satisfacción se refiere a tres grandes aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente físico), estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Este último aspecto es fundamental. De hecho, puede darse insatisfacción del usuario con un alto nivel de calidad científica.

#### **g) Adecuación**

Es la medida en la cual el servicio se corresponde con las necesidades del paciente o de la población.

#### **h) Continuidad**

Se refiere al tratamiento del paciente como un todo, de una forma ininterrumpida en un sistema de asistencia integrado. La continuidad se podría incluir como uno de los componentes de la calidad científico-técnica.

### i) Seguridad clínica

Este es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica. Dada la trascendencia que tiene en la actualidad es por lo que merece una mención particular. Una práctica clínica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

**Tabla 1. Percepción de las dimensiones de la calidad por los distintos estamentos**

Dimensiones	Profesional	Usuario	Administración
Calidad científico-técnica	+++	++	++
Accesibilidad	+	+++	++
Satisfacción del usuario	++	+++	++
Efectividad	+++	+++	+
Eficiencia	-	-	+++

### 2.4. Una división clásica: estructura, proceso y resultado

Al evaluar los distintos aspectos de la asistencia sanitaria, en el seno de la evaluación de la calidad, se ha impuesto el modelo propuesto por Avedis Donabedian. Estudió Salud Pública en Harvard y se convirtió en profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan en 1961. Como ya hemos visto es una de las referencias en la definición de calidad. Para él la calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad o confort. Escribió con profusión sobre la evaluación de la calidad y los sistemas sanitarios. En 1966 introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado.

**Estructura.** Es el conjunto de recursos humanos, materiales y financieros, y su organización global. Incluye todas las características estables de los proveedores de la atención sanitaria y de los recursos a su alcance (personal, financiación, material). La evaluación de la estructura suele ser relativamente sencilla. No necesariamente una buena estructura garantiza un buen resultado, pero es una condición necesaria.

**Proceso.** Es el conjunto de actividades que los profesionales realizan para el paciente (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), así como la respuesta de éste a dichas actividades. El proceso está más ligado a los resultados que la estructura; la mejor manera de asegurar un buen resultado es actuar sobre los procesos sanitarios, mejorando el trabajo de los profesionales. La fuente de información más utilizada para la evaluación del proceso es la documentación clínica.

**Resultado.** El resultado es el cambio del grado de salud del paciente, y su grado de satisfacción ante la atención recibida. También pueden considerarse elementos de resultado los conocimientos adquiridos y la mejora en la calidad de vida. Existen resultados del proceso sanitario que no deben confundirse con los resultados de salud (número de pruebas solicitadas, por ejemplo).

### ***2.5. Motivos para alcanzar la calidad asistencial***

Como ya se ha dicho, en la asistencia sanitaria es necesario el control de calidad, ya que se trata de una actividad caracterizada por la variabilidad. Esta variabilidad aumenta a medida que el sistema sanitario se vuelve más complejo. Los incrementos en recursos en la producción de servicios sanitarios dan lugar a mayor número y variación de categorías de personal sanitario y de equipamientos y tecnologías, que determinan ese aumento de la variabilidad.

El control de la calidad permite conocer cuál es la magnitud y cuáles las causas de esa variabilidad, permitiendo modificarlas según sea conveniente.

Los motivos que nos incitan a alcanzar la calidad en la asistencia sanitaria, son los siguientes:

- Éticos, por el derecho que todos los ciudadanos tienen al nivel de salud más alto alcanzable y a la atención sanitaria y por la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar con calidad en la atención que prestan.
- Sociales, por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos la equidad, la accesibilidad y otros atributos de la atención sanitaria.
- De seguridad, ya que la constante evolución de la tecnología nos obliga a evaluar los procesos de implantación y de uso generalizado, para cali-

brar adecuadamente su idoneidad disminuyendo el riesgo de cualquier innovación.

- Económicos, por la necesidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, ya que estos son limitados.

Brook expresa que el incremento del gasto en el sistema sanitario, pone en marcha mecanismos de regulación del mismo. Las causas del incremento del gasto sanitario son:

- El envejecimiento de la población.
- Mayor cobertura de asistencia sanitaria.
- El impacto de las nuevas tecnologías.
- La creciente demanda de servicios por la población.
- El sistema de pago por servicios a los proveedores.
- Elevados niveles de atención inapropiada y como resultado el gasto ineficiente de recursos.

Las decisiones de los médicos (menos del 0,5% de la población) contribuyen al consumo de más del 10% del PIB en USA. En España, el 0,38% de la población o el 1,13% del sector de la salud, que constituyen los facultativos médicos, son los que contribuyen al consumo del 6,7% del PIB. Por otra parte, el gasto sanitario no se correlaciona directamente con la calidad de la atención prestada.

- Legales, ya que como hemos visto anteriormente tanto la Ley General de Sanidad como otras leyes imponen la necesidad de que la asistencia sanitaria presente una calidad determinada.

Otra razón para buscar la calidad es la evolución de la sociedad, que determina nuevas expectativas y exigencias; de forma que el ciudadano, la sociedad y las políticas sanitarias esperan de los profesionales de la medicina no solo su tradicional capacidad para promover la salud, prevenir y curar la enfermedad y rehabilitar al enfermo, sino que también se les exige que sean gestores de los recursos disponibles, que actúen dentro de un marco ético en continua expan-

sión, que incorporen sistemas de valores individuales y colectivos, que sean capaces de tomar decisiones y que comuniquen bien y establezcan empatías con los más variados interlocutores.

## ***2.6. Gestión de la calidad asistencial***

El primer paso en la consecución de la calidad, en cualquier organización, y por lo tanto en un sistema asistencial, ha de ser la implantación de una cultura de la calidad, cuyos principios deben ser los siguientes:

- Todo el personal del sistema sanitario estará implicado en la calidad, cada uno en su nivel de responsabilidad. El trabajo hay que orientarlo hacia el objetivo: el enfermo. Los objetivos de cada persona han de estar próximos a los del sistema.
- Cada individuo presta un servicio a la organización. Si está bien definido y se ejecuta correctamente habrá calidad. La calidad atañe a las personas individualmente, es una forma de comportamiento.
- Calidad en el proceso / calidad en el producto final.
- La calidad hay que definirla y medirla.
- La calidad no sólo se mide sino que se construye.
- La opinión del enfermo (cliente-usuario) es básica.
- Existen clientes internos.
- Es necesario que la dirección de la organización este implicada. Desterrar la cultura del miedo al fracaso.
- Se requiere un cambio en la cultura de la organización (educación en la calidad, orientada hacia la consecución del producto que requiere el enfermo-usuario).
- La calidad es simplemente hacerlo bien la primera vez, para ello hay que planificar los procesos de atención.

- Evaluar los resultados para confirmar si se han conseguido los objetivos.
- La no calidad es cara.
- La gestión de calidad es un estado de mejora constante.
- La gestión de calidad es un proceso de lenta implantación, porque es un cambio en la actitud de las personas.
- La calidad es conseguir el mejor uso de los recursos, equipos, materiales, información, medios económicos y humanos para reducir errores y costes para así alcanzar una mayor productividad.

Siguiendo a Donabedian, podemos establecer una serie de círculos concéntricos en la organización, los círculos de la calidad. En el centro se sitúa la actuación de los facultativos y otros profesionales sanitarios. En dicha actuación existen dos factores, el técnico y el interpersonal. La actuación técnica de un profesional depende de sus conocimientos y su destreza. La corrección de la actuación técnica se juzga en comparación con lo mejor posible, según la evidencia científica disponible. El otro elemento, la relación interpersonal con los pacientes, es de gran importancia. A través de esta relación, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico, así como sus preferencias acerca del tratamiento y sus expectativas. Asimismo, los profesionales sanitarios comunican distinta información de gran interés para el paciente: tratamiento, pronóstico, etc., a la vez que intentan motivarle para obtener su colaboración.

La relación interpersonal puede condicionar el éxito de la actuación técnica empleada. Después de este núcleo que define la Calidad Asistencial, se disponen los aspectos de comodidad: convivencia, confort, tranquilidad, intimidad, etc.

Si nos alejamos un poco más del núcleo, llegamos a la contribución de pacientes y familiares. Ellos deben ser corresponsables en la asistencia recibida. Por último, en la zona exterior se sitúa la asistencia ofrecida por la sociedad en general. Existen factores sociales que condicionan aspectos de la calidad asistencial, como la accesibilidad. En definitiva, la definición de la calidad se estrecha o ensancha de acuerdo a con que amplitud definamos el concepto de salud y nuestra responsabilidad.

La Calidad Total es un enfoque que pretende alcanzar e incluso sobrepasar las expectativas de los clientes de una organización, mediante el continuo esfuerzo de mejora de todos sus miembros. Todos los productos y procesos pueden ser mejorados. En estos momentos, son los directivos de los servicios sanitarios los que tienen que asumir la doctrina de la calidad, y no sólo los investigadores y algunos profesionales, como había sido hasta tiempos cercanos.

En la gestión de la calidad total, la mejora continua de la calidad es, según la Joint Commission, un proceso dinámico hacia la realización cada vez mejor de los procesos clínicos, administrativos, y mantenimiento en la provisión de la atención de la salud. Nada que ver con la calidad por inspección, que asume que el profesional es responsable de los defectos de calidad, pues son el resultado de ignorancia, incompetencia, inatención, actitud inadecuada del profesional.

Para entender la definición de la Joint Commission diremos que proceso es una serie o conjunto de actividades que transforman las entradas en resultados. Entradas son las necesidades de los enfermos y médicos, las habilidades profesionales, equipos, suministros y recursos financieros. Los resultados son los informes, los diagnósticos y las decisiones terapéuticas y los resultados que se asocian a los mismos, que han de satisfacer una necesidad o resolver un problema del enfermo.

Para Ziegenfuss la mejora continua centra la atención en los procesos de trabajo, analizando las tendencias y las variaciones especialmente en los procesos de admisión y de alta, utilización de fármacos, utilización de pruebas de laboratorio y listas de espera.

Por su parte el modelo EFQM se ha mostrado como una herramienta práctica que ayuda a las organizaciones sanitarias a evaluar, interna y externamente la excelencia en su gestión. Su uso se está extendiendo en el contexto sanitario español, lo que permitirá comparaciones entre diversos centros y organizaciones sanitarias.

Cualquier modelo de Gestión de la Calidad en los sistemas sanitarios, debe materializarse en un Plan de mejora. Las estrategias que deben fundamentar la elaboración del plan de mejora son las siguientes:

- Fomentar cultura e imagen coherente con los fines del sistema sanitario:

- Trabajo en equipo.
- Espíritu de servicio y de atención al paciente.
- Responsabilidad en la utilización de recursos.
- Modular la oferta, para fomentar la innovación asistencial, docente y de investigación. Para ello se ha de:
  - Organizar la atención sanitaria para prestar el servicio integral a la población de referencia, pero asumiendo los servicios o líneas especiales o singulares.
  - Fomentar líneas de investigación en consonancia con servicios punteros.
  - Desarrollar la función docente.
- Modernización de la gestión.
- Módulos de gestión centrados en la calidad, profesionales implicados en la gestión.
- Valorar tiempos, costes y calidad en la mejora continua de la asistencia/docencia e investigación.
- Tener en cuenta los siguientes costes:
  - Costes de prevención (prevenir que se produzcan errores).
  - Costes de evaluación (comprobar que los resultados son correctos).
  - Costes de corrección de fallos (derivados de la insatisfacción de las expectativas del enfermo y de los profesionales).
- Apertura institucional, en relación con empresas e instituciones académicas, para el desarrollo de funciones docentes y de investigación.

## **2.7. Marco normativo de la Calidad Asistencial**

El objetivo 31 de Salud para Todos en el Año 2000 para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud indica que hasta 1990 todos los estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de la atención a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias.

En España la Ley General de Sanidad de 1986, en su Artículo 69, afirma: “la evaluación de la calidad de la asistencia prestada debe ser un proceso continuado que afecte a todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. La Administración Sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial oídas las Sociedades Científicas Sanitarias. Los médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo. Todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial”. En el año 2003 la promulgación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud recoge diversas medidas de evaluación y mejora de la calidad asistencial. Su ámbito de aplicación se refiere a las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad del Sistema Sanitario, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales.

En Castilla-La Mancha, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria, se presenta como una herramienta para construir un sistema sanitario público de máxima calidad, capaz de resolver los problemas de los ciudadanos con agilidad y eficacia. En la base de calidad de los centros sanitarios se encuentra el cumplimiento de unos requisitos mínimos para su funcionamiento; ello se regula por medio del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En Castilla-La Mancha la normativa correspondiente es: Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Un paso más avanzado en el cumplimiento de requisitos es la acreditación de centros sanitarios, materia en la que la mayoría de las comunidades autónomas

se encuentran de una u otra manera trabajando. Cabe destacar como normativa expresa la de Andalucía: Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía o la de Extremadura: Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

## Bibliografía

Deming WE. *"Out of the crisis. Cambridge"*: Cambridge University Press, 1986.

*"Decreto 13/2002, de 15-01-2002, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios"*. D.O.C.M. Núm. 6, de 18 de enero de 2002.

*"Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura"*.

Donabedian A. *"Evaluating the quality of medical care"*. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44: 166-203.

Juran JM. *"Juran on planning for quality"*. Nueva York: Free Press, 1988.

Juran JM. *"Managerial breakthrough"*. Nueva York: McGraw-Hill, 1964.

*"Ley 8/2000, de 30-11-2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha"*. D.O.C.M. 126/2000.

*"Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud"*. BOE 128/2003.

Louro González, A; Marín León, I. *"Guías de Práctica Clínica. Conceptos básicos sobre su elaboración y utilización"*. Casitérides S.L. y autores, La Coruña, 2006.

McGlynn EA. *"There is no perfect health system"*. Health Affairs 2004; 23(3): 100-102.

Ortega-Benito JM. *"La auditoria médico-clínica (I). La calidad en los servicios sanitarios"*. Med Clin (Barc) 1994, 103: 663-666.

Palmer, RH. *"Evaluación de la Asistencia ambulatoria"*. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.

*"Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios"*. B.O.E. núm. 254, de Jueves 23 de octubre de 2003.

*"Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía"*.

Vuori, HV. *"El control de calidad en los servicios sanitarios"*. Masson, Barcelona, 1991.





Área temática 2

# ¿Dónde estamos?



## TEMA 2.1.

### Formulación de criterios

Consuelo Rodríguez Díaz.  
Enrique Villena Ugarte.

#### 1. Evaluar la calidad

Para medir calidad en salud se parte de una idea de lo que es calidad en general. El diccionario de la Real Academia Española define la calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. Superioridad o excelencia”. La calidad asistencial es un constructo multidimensional del que existen numerosas definiciones. De entre las muchas definiciones de la calidad asistencial se puede elegir una de ellas para después elegir las coordenadas sobre las que situar el criterio o referencia para su medida. “Calidad es el grado en el que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener unos resultados deseados y consistentes con los conocimientos actuales” (Lohr KN). Evaluar la calidad asistencial es medir para mejorar e implica hacer juicios de valor sobre un aspecto concreto de la atención cuando se contrasta frente a un referente, norma o criterio.

Toda evaluación de la calidad lleva implícitos al menos tres aspectos: 1) hacer comparaciones entre la situación actual y aquella que es adecuada, óptima ó excelente 2) necesidad de establecer un referente, norma o criterio 3) valorar los progresos en el nivel de calidad y considerar nuevas mejoras.

La evaluación de la calidad se realiza respondiendo a estas preguntas:

1. ¿Qué se debe medir para mejorar la calidad?
2. ¿Cómo medir la calidad?
3. ¿Qué nivel de calidad se quiere alcanzar?
4. ¿Se mantienen los niveles de calidad?

### **1 ¿Qué se debe medir?**

El criterio de calidad es el atributo de la práctica que garantiza que un producto o servicio es de calidad. Se construye sobre una o varias dimensiones de la calidad: eficacia, efectividad, accesibilidad, etc. Existe cierto acuerdo en cuáles son las dimensiones de la calidad de la atención sanitaria (Peiró S, Mainz J). Donabedian introdujo tres enfoques principales en la evaluación de la calidad: la evaluación de estructura, del proceso y de los resultados. Para la National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) la medida de la calidad se agrupa en los siguientes dominios: acceso, experiencias del paciente, estructura, proceso y resultado. Los modelos de gestión de la calidad han aportado una visión particular de lo que es calidad en la atención del paciente más allá de lo que es la mera evaluación del servicio en la organización. Evaluar la calidad supone también incorporar el punto de vista de los pacientes y usuarios, la satisfacción de los pacientes y profesionales, la equidad etc.

### **2 ¿Cómo medir la calidad?**

Los criterios de calidad sirven como patrón. Son referentes de la calidad, que junto con los indicadores son la forma más habitual de medir la calidad en la práctica asistencial. Los indicadores, indican, pero son construcciones artificiosas que hay que interpretar y relativizar. Se deben elegir los necesarios y suficientes, de relevancia para el problema u oportunidad de mejora.

### **3 ¿Qué nivel es de calidad?. ¿Qué nivel queremos alcanzar?**

El estándar es el punto de referencia o intervalo que marca el nivel de calidad.

## 4 ¿Se mantienen los niveles de calidad?

La monitorización de indicadores consiste en el seguimiento de las oscilaciones del indicador a lo largo del tiempo para visualizar las variaciones respecto de los límites de calidad establecidos.

## 2. Criterio, indicador y estándar

Los términos de norma, criterio, indicador y estándar se suelen emplear de forma indistinta. Todos ellos se emplean para medir calidad. Su elección responde a menudo al contexto de la evaluación de la que se derivan.

### 2.1. Criterio. *Qué entendemos por calidad: objetivo que perseguimos*

Se define como aquella condición que debe cumplir la actividad o práctica o servicio para ser considerada de calidad. Los criterios son la base de los programas de calidad. Representa el objetivo que se quiere conseguir, las características que mejor representan lo que queremos alcanzar. Actúan como referentes para medir la calidad y es por tanto un patrón de aquello que queremos medir. El criterio es la norma; se cumple o no se cumple, total ó parcialmente.

En los estudios de auditoría, se emplea el término estándar o lo que es lo mismo los requisitos de calidad que debe cumplir la práctica asistencial (criterios de buena práctica). Se mide calculando el porcentaje o el número de veces en las que tiene lugar el cumplimiento del criterio en la historia clínica. El criterio es el aspecto, bien de estructura, proceso o resultado que determina la calidad del servicio que se presta.

### 2.2. Indicador. *Cómo evaluamos la calidad: la forma de conocer si logramos el objetivo*

Se pueden encontrar múltiples definiciones de indicador. En cualquier caso, se acepta que el indicador es el instrumento que mide la calidad con carácter cuantitativo. Específicamente es la herramienta que permite medir el grado de cumplimiento del criterio cuando se compara con el estándar.

Para la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), un indicador clínico es una medida cuantitativa para monitorizar y

evaluar la calidad de aspectos importantes de la asistencia al paciente y de los servicios de apoyo. Los indicadores son la medición de los criterios en la práctica asistencial.

Son herramientas, que se emplean como guías para monitorizar, evaluar y mejorar la atención al paciente, los servicios clínicos y las funciones de la organización que repercuten sobre los resultados en los pacientes.

Los indicadores son de varios tipos. Según la frecuencia esperada del suceso que miden, pueden estar basados en índices o pueden medir un suceso poco común, especialmente grave, que se espera no ocurra; estos son los indicadores centinela. Los indicadores basados en índices emplean datos que se espera se produzcan con cierta frecuencia y se expresan como proporción o como tasa, razón o media de una población. Necesitan de un numerador y denominador para hacer comparaciones. Los indicadores centinela son típicos ejemplos de monitorización de la calidad y su estándar es cero, ya que lo deseable es que no se produzca ningún caso; son ejemplos la mortalidad materna y el número de pacientes que mueren durante la cirugía: la existencia de un solo caso, justifica el estudio del mismo.

El indicador adopta la forma de variable, y como tal se mide en una escala que puede ser: nominal (adopta los valores si o no), ordinal, de intervalo, cuantitativa, y continua (Rodríguez MP); suele ser una medida cuantitativa que permite objetivar lo que en principio se presenta como subjetivo.

Se le reconocen dos partes: por una parte, el dato propiamente dicho (24 muertes de niños menores de un año en una población en la que han nacido vivos 2300 niños), y por otra aspectos operativos que tienen que ver con su construcción y elaboración como son el título (tasa de mortalidad infantil) y la definición (número de muertes en niños de menos de un año por cada mil nacidos vivos en la población en un año); esta segunda parte es lo que se conoce como metadato (Pencheon D).

### ***2.3. Estándar. Qué nivel de calidad deseamos: rango aceptable de calidad***

El estándar es lo que hay que hacer ó nivel de práctica a alcanzar. Un estándar es inseparable del criterio al que acompaña y representa el grado de cumplimiento exigible a ese criterio. Para la Joint Comission (JCAHO), estándar es el requisito o aspecto relevante del servicio o función que se vaya a evaluar. En

general, es la expresión cuantitativa del estado de un criterio que va a constituir la calidad en un determinado grado, o nivel de calidad.

Los estándares son aquellos valores del indicador que marcan el rango entre lo aceptable y no aceptable (Rodríguez P). A veces, es útil decidir dos niveles: uno aceptable, y otro óptimo (Angel Vila X). En particular, para monitorizar un proceso se fijan dos límites, uno superior y otro inferior, para garantizar que se mantiene la calidad en los límites. Se emplea también para monitorizar sucesos raros llamados sucesos centinela.

Puede resultar controvertido indicar los límites aceptables de variación en un proceso. Debido a que intervienen factores que interactúan influyendo en el resultado, existen a menudo dificultades para encontrar estándares de buena práctica. De ello se deriva que exista dificultad en muchos casos para encontrar fuentes de estándares de buena práctica. El termino benchmark se emplea como criterio que representa el estandar de comparación entre hospitales.

Siempre que sea posible se aconseja establecer el estándar antes de iniciar la evaluación y es común que adopte la forma de porcentaje. Suele ser poco realista fijar un estándar del cien por cien de cumplimiento del criterio. En los sucesos centinela, por su gravedad el estándar es cero.

Ejemplo: Queremos que la estancia después de un parto normal no se prolongue demasiado; y en la vía clínica de parto se ha expresado la estancia adecuada:

Criterio: La duración de la estancia debe ajustarse a la planificada en la vía clínica.

Indicador 1: 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos que siguen la vía y con estancia de } \leq 2 \text{ días} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de partos que siguen la vía}}$$

Indicador 2: 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas que siguen la vía y con estancia de } \leq 4 \text{ días} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas que siguen la vía}}$$

Estándar:  $\geq 95\%$

### 3. Fuentes de criterios

Las fuentes habituales de criterios son:

Normativas legales.

Códigos éticos y deontológicos.

Protocolos, normas o sistemáticas de funcionamiento establecidos.

Conferencias de consenso.

Literatura científica.

Opinión y experiencia de profesionales expertos.

Práctica prevalente.

Práctica de profesionales o instituciones líderes.

En el proceso de construcción de criterios se siguen diferentes esquemas metodológicos que abordan varias de estas fuentes, a las que cabe añadir las Guías de Práctica Clínica.

#### ***3.1. Las guías de práctica clínica como fuente de criterios***

La calidad de los criterios e indicadores depende de si son válidos, explícitos y se ha documentado su validez externa. La validez de criterios e indicadores es mayor cuando se obtienen de estudios como ensayos clínicos y es menor si se apoyan en la opinión de expertos o en estudios observacionales. La evidencia científica obtenida en investigación clínica se plasma en guías de práctica clínica. En ellas se remarcan las alternativas diagnóstico-terapéuticas, el punto de vista del paciente y el grado de evidencia que sustenta cada una de sus recomendaciones. Se puede afirmar que representan un consenso entre expertos, que cumplen ciertos requisitos metodológicos y pueden emplearse como criterio clínico para evaluar el nivel de la calidad. Las guías de práctica clínica se definen como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias específicas”.

### **3.2. La literatura científica**

Las bases de datos de literatura científica también dan soporte a la construcción de criterios e indicadores. El grupo de trabajo Evidence Based Medicine, propuso una guía de interpretación de la literatura que evalúa los apartados del diseño y ejecución de los estudios de evaluación de tecnologías o de auditorías clínicas. En esta guía, a modo checklist se hace una valoración crítica de la validez y de la fiabilidad de los criterios de evaluación empleados en las auditorías clínicas. Otras bases de datos como la colaboración Cochrane, o el Clinicalevidence, son importantes fuentes de evidencia de indicadores clínicos.

La base de datos elaborada por la National Quality Measures Clearinghouse™ (NQMC) recopila información sobre mediciones de la calidad. Estas medidas de la calidad se relacionan y clasifican de acuerdo a los campos siguientes:

1. Acceso.
2. Resultado.
3. Experiencias del paciente.
4. Proceso.
5. Estructura.
6. Uso de los servicios.
7. Salud Poblacional.

### **3.3. Las conferencias de consenso**

Son exposiciones resumidas que representan los acuerdos mayoritarios y actuales de médicos, científicos y otros profesionales reunidos para alcanzar un acuerdo de consenso sobre una determinada materia. Son útiles cuando hay que tomar decisiones de forma rápida y no se dispone de evidencia científica de calidad. Se combina la síntesis de evidencia científica y la interacción entre los expertos. El objetivo de una conferencia de consenso es elaborar recomendaciones para la práctica clínica basadas en el análisis crítico de la bibliografía, tras

una sesión pública donde los expertos presentan la mejor evidencia disponible e interaccionan con las partes interesadas (Asua J).

Consiste en la redacción de recomendaciones por un jurado, después de haber leído y escuchado los informes de los expertos y sintetizado los conocimientos, basados en la mejor evidencia científica disponible en la materia, mediante una presentación pública. Se presenta un documento con los aspectos más controvertidos donde se detallan las evidencias científicas estableciendo el grado de las recomendaciones y el nivel de evidencia. En aquellos aspectos controvertidos donde no hay evidencia se recurre al consenso de expertos. En las conferencias de consenso participan de modo simultáneo grupos con intereses comunes: Promotor, Comité organizador, Jurado, Grupo de revisión bibliográfica, Expertos y Público.

Un ejemplo es la conferencia de consenso de los grupos españoles de trasplante cardíaco (TC). Su objetivo fue revisar, discutir y consensuar los aspectos más relevantes en la actualidad del TC en nuestro país y elaborar recomendaciones que sirvan de ayuda para la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas en nuestra práctica clínica (Crespo MG).

El impacto de las conferencias de consenso, en ocasiones limitado, está condicionado a su seguimiento por parte de los clínicos. La calidad de las conferencias de consenso está ligada a la presencia de sesgos, asociados a la presencia de personas con más conocimientos o mayor liderazgo durante la reunión, a la calidad de las preguntas, la influencia editorial o rigor de la búsqueda bibliográfica y a la clasificación de la evidencia.

**Tabla 1**


---

LISTADO DE COMPROBACIÓN DE LA CALIDAD DE UNA CONFERENCIA DE CONSENSO (CC). *(Fuente: adaptado de Asua B).*

1. **Alcance y objetivo:** ¿Han sido los objetivos específicamente descritos, así como los aspectos clínicos cubiertos por la CC? ¿Se describen asimismo los pacientes a quienes se pretende aplicar los resultados?
  2. **Participación de los implicados:** ¿Han sido incluidos en la CC personas de todos los grupos profesionales relevantes para el tema tratado? ¿Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de los pacientes. Han sido claramente definidos los usuarios diana de las recomendaciones?
  3. **Rigor en la elaboración:** ¿Han sido utilizados métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia y los criterios para su selección están claramente descritos? Asimismo, ¿han sido claramente descritos los métodos utilizados para formular las recomendaciones y han tenido éstas en consideración tanto los beneficios en salud como los efectos secundarios y los riesgos? ¿Hay relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan o el grado de acuerdo en la CC? ¿Se ha previsto un procedimiento y plazos para actualización de las recomendaciones?
  4. **Claridad y presentación:** ¿Son las recomendaciones específicas y no ambiguas y han sido presentadas claramente las diferentes opciones de manejo de la condición clínica, de manera que sean fácilmente identificables y apoyadas con herramientas que faciliten su aplicación?
  5. **Aplicabilidad:** ¿Han sido descritas las barreras organizativas potenciales para la aplicación de las recomendaciones, teniendo en cuenta los costes potenciales y diseñando criterios clave para facilitar la monitorización o auditoría?
  6. **Independencia editorial:** ¿Ha sido la CC editorialmente independiente de la entidad financiadora? ¿Han sido registrados los posibles conflictos de interés de los miembros participantes en el proceso de la CC?
-

## 4. Atributos de un buen criterio como instrumento de medida

La Joint Comission propuso para la acreditación de hospitales que los criterios fueran: 1) pocos (no más de diez), 2) realistas (tienen en cuenta los recursos y las circunstancias de cada centro, se pueden medir, son cuantificables), 3) objetivos y explícitos, 4) consensuados (no controvertidos y aceptados por los profesionales), 5) flexibles (con especificación de las excepciones y aclaraciones al cumplimiento de los estándares) y 6) de diseño participativo. Estos pueden considerarse los requisitos exigibles a un criterio de calidad.

Los atributos principales de las medidas de calidad es que sean válidos, fiables y útiles. Se recomienda además que los criterios sean normativos, expresando por escrito “lo que debe hacerse, cómo y por quien”.

La validez es la capacidad del instrumento de medida para medir aquello que pretende medir. Se distinguen varios tipos de validez: la validez facial o aparente, la validez de criterio y la validez de constructo.

Para seleccionar los criterios, indicadores y estándares como instrumentos de medida se emplean métodos y terminología (ACHS) consensuados de calidad en la evaluación (Mainz J). El Nacional Quality Forum (NQF) ha aprobado una revisión de los atributos de una buena herramienta de medida de la calidad. Son cuatro: importancia, aceptabilidad, utilidad y factibilidad.

### 4.1. *Importancia de la medida*

Grado de amplitud en la que la medida de la calidad se enfoca a lograr una ganancia significativa en atención sanitaria (como seguridad, eficiencia, efectividad, equidad, temporalidad, y enfoque dirigido al paciente), a lograr mejores resultados en donde hay variaciones importantes o pobres resultados en la práctica que lo identifican como problema de calidad susceptible de mejora.

Importancia para los stakeholders. Tiene interés e importancia suficiente para pacientes, profesionales y administradores

Capacidad de análisis. ¿Se puede estratificar ó analizar en subgrupos para comprobar que existen diferencias entre la población de pacientes?

Potencial de mejora. ¿Hay evidencia de fallos de calidad o de variaciones de calidad entre organizaciones que justifican esta medida?

Susceptible de modificación por el sistema sanitario. ¿Existen intervenciones que conducen a mejoras factibles?

#### **4.2. Aceptabilidad científica**

Grado en que la medida produce resultados consistentes (fiables, realiability) y válidos cuando se aplica.

##### **Reconocimiento científico de la evidencia:**

Evidencia explícita. ¿La medida tiene soporte en la evidencia de forma explícita?

Fuerza de la evidencia. ¿El aspecto que mide tiene un alto nivel de evidencia?

##### **Reconocimiento científico de las propiedades de la medida:**

Fiabilidad. ¿Son reproducibles los mismos resultados en el tiempo? ¿Está documentada su fiabilidad?

Validez. ¿Mide aquello que pretende medir? ¿Está documentada su validez?

#### **4.3. Usabilidad**

La usabilidad, se refiere a la amplitud en la que la audiencia (consumidores, políticos, y otros destinatarios como provisosores y compradores de servicios), puede entender los resultados de las medidas y tienen afinidad a ser útiles en la toma de decisiones.

*La información producida es significativa, comprensible y útil.* ¿Es el resultado de la medida entendible para el destinatario?

*Se cuenta con definiciones o especificaciones uniformes o comparables.* ¿Las especificaciones están armonizadas para estandarizar mediciones similares? (p.e. respecto a la designación de la edad en los niños, las pruebas a realizar en diabéticos o respecto a la vacunación de la gripe en diferentes ambientes).

#### 4.4. Factibilidad. (*feasibility*)

Amplitud en la que los datos que se requieren están disponibles de forma fácil, pueden obtenerse sin excesivo esfuerzo y medirse de forma sencilla.

*Especificación explícita* del numerador y denominador. ¿Son explícitos numerador y denominador? ¿Están establecidos los requisitos para la recogida de datos?

*Disponibilidad de los datos.* ¿Los datos y las fuentes necesarias, están disponibles, accesibles? ¿Se justifica la mejora potencial incluyendo su coste y esfuerzo temporal?

*¿Se puede llevar a la práctica la estrategia empleada en la recogida de datos?* (fuente, temporalidad, frecuencia y muestreo y confidencialidad).

En la tabla 2 se recogen los criterios para evaluar indicadores sobre la seguridad del paciente, elaborados a partir de la propuesta del grupo de investigadores del Center for Innovation in Quality Patient Care de la Universidad John Hopkins de EEUU para evaluar los indicadores de seguridad.

La validez supone evaluar el nivel de evidencia que soporta el criterio o indicador, la validez facial o aparente de la medida y la valoración del sesgo. Como fuentes principales de sesgo se debe considerar el sesgo de selección, el sesgo derivado de la medición y el sesgo introducido en el análisis.

El sesgo de selección se produce cuando los pacientes incluidos en el estudio varían en el riesgo para presentar el evento. Se debe minimizar clasificando a los pacientes por case-mix y revisando si el grupo de comparación es una población diferente al grupo de intervención.

Se puede minimizar el sesgo introducido al realizar la recogida de información, siendo riguroso en la construcción del indicador, dando una clara definición del numerador (definición del evento a estudio) y denominador (expuestos al riesgo). Este sesgo es diferente del error aleatorio, debido al tamaño de la muestra. La falta de un sistema de vigilancia sistemático y con recogida de datos de forma estandarizada junto con la ausencia de datos (missing) limita las inferencias sobre mejoras en seguridad.

El sesgo durante el análisis se deriva del empleo inapropiado de métodos para evaluar los datos. Se puede limitar con test estadísticos adecuados y empleo de intervalos de confianza acompañando a la estimación puntual de la magnitud de la diferencia además de valorar la tendencia y evolución en el tiempo.

**Tabla 2 Criterios para evaluar un indicador de seguridad del paciente**

(Fuente: Centro Cochrane Iberoamericano. Adaptado de Promovozt Pj.)

Criterios para evaluar un indicador sobre la seguridad del paciente	
<p><b>¿Es importante el indicador?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Está relacionado el indicador con una prioridad estratégica para la organización? ¿Unos mejores valores del indicador se correlacionan con una mejora de los resultados?</li> <li>2. ¿El indicador es un requisito de un grupo o agencia externa?</li> </ol> <p><b>¿Es válido el indicador?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿El indicador está apoyado por evidencias empíricas o por un consenso de expertos?</li> <li>2. ¿Tiene el indicador validez aparente - es decir, creen los clínicos que unos mejores valores del indicador se asociará con mejores resultados en los pacientes o, para indicadores de funcionamiento, el resultado es evitable?</li> <li>3. ¿Está minimizado el riesgo de sesgo de selección? ¿La inclusión explícita y los criterios de exclusión proceden de la población de pacientes que está siendo medida? ¿Se incluye una población de pacientes similares durante cada periodo para medir la comparabilidad en el tiempo?</li> <li>4. ¿Está minimizado el riesgo de sesgo de medida? ¿Se proporciona un definición explícita del suceso o fenómeno (numerador)? ¿Se proporciona una definición explícita para aquellos que están a riesgo del suceso (denominador)? ¿Existe un sistema de vigilancia en funcionamiento para identificar tanto el suceso (numerador) como aquellos en riesgo de padecerlo (denominador)?</li> <li>5. ¿Se ha minimizado el riesgo de sesgo analítico? ¿Se utilizan métodos estadísticos apropiados para estimar los cambios funcionales a lo largo del tiempo?</li> </ol>	<p>¿Se tienen en cuenta las diferencias en las poblaciones de pacientes a lo largo del tiempo? ¿Se tienen en cuenta las tendencias históricas en el funcionamiento? ¿Se tiene en cuenta el conjunto de sucesos agregados (clusters)? ¿Se presentan las estimaciones o cambios de funcionamiento en un formato que tenga sentido para los que usarán los datos? ¿Se presentan las estimaciones o cambios de funcionamiento con una estimación de su precisión (ej. intervalo de confianza)? ¿Han sido notificados de manera transparente todos los sesgos potenciales en el indicador?</p> <p><b>¿Puede este indicador ser usado para mejorar la seguridad en la organización?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Dónde encaja el indicador dentro de las prioridades de la organización?</li> <li>2. ¿La recopilación de datos válidos y fiables son factibles dentro de la organización? ¿Existe una infraestructura adecuada para recopilar los datos de forma concreta, precisa y consistente? ¿Cuánto cuesta (incluyendo al personal, el tiempo y los gastos tecnológicos) recopilar los datos requeridos para indicador? ¿Existen otros indicadores a los que se debería renunciar para asignar recursos para el nuevo?</li> <li>3. ¿Las ventajas de conocer la información proporcionada por un indicador de funcionamiento superan los gastos derivados de su recopilación?</li> <li>4. ¿Ayudará la información proporcionada por un indicador a focalizar los esfuerzos en la mejora de la calidad?</li> </ol>

## 5. Formulación de criterios y estándares

En el proceso de formulación de criterios y estándares conviene tener en cuenta. 1) la elección del tema de la evaluación. 2) las etapas del proceso hasta la construcción de los criterios, indicadores y estándares. 3) La expresión del nivel de evidencia (Marshal M).

### 5.1. La elección del tema de la evaluación

En el marco de los programas de mejora, es habitual situar la evaluación en datos de estructura, proceso o resultado, pero puede responder a otros enfoques.

### 5.2. Etapas en la formulación de criterios

#### Primer paso. Construcción de criterios

Los criterios se formulan mediante una frase en positivo, centrándose en un aspecto concreto, por ejemplo, "Se proporciona información escrita antes de la endoscopia". En los estudios de evaluación, se transforman en preguntas positivas o negativas para saber cuantas veces se cumplen o no.

#### Segundo paso. Excepciones y aclaraciones al criterio

Cuando se formula un criterio se deben expresar las excepciones y aclaraciones. En el ejemplo anterior es una excepción al criterio: "si la información es por teléfono", aclaración: "se tiene que informar del tipo de prueba, el día, lugar de la cita y si se requiere preparación previa a la endoscopia." Se persigue mejorar con ellas la validez y fiabilidad de los criterios como instrumento de medida. Fiabilidad es la capacidad de obtener resultados similares cuando se repite la prueba, sea entre distintos observadores o centros, o en distintas circunstancias por el mismo observador. Se puede emplear el índice kappa ponderado o el estudio de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de cronbach. La validez es el grado en el que mide aquello que se supone debe medir. En el caso de las pruebas diagnósticas es la capacidad del criterio para discriminar entre los enfermos y los sanos para una condición clínica o enfermedad determinada. Se corresponde con la exactitud diagnóstica. La validación se realiza comparando los resultados del criterio diagnóstico con los obtenidos con el mejor instrumento de medida del fenómeno estudiado (estándar de oro de la prueba) o con el verdadero resultado si este es conocido.

Las **aclaraciones al criterio tienen** el objetivo de evitar interpretaciones entre diferentes evaluadores, por lo que se definen de forma inequívoca y exhaustiva todos los términos del criterio. Son definiciones detalladas de los términos del criterio y son también excepciones que al evaluarlas pueden interpretarse de varias formas alternativas (Saturno PJ). Las aclaraciones detallan como se realiza e interpreta la medida sin lugar a dudas, garantizando la repetibilidad, la obtención de los mismos resultados, en definitiva la fiabilidad del criterio eliminando realizar valoraciones subjetivas sobre el cumplimiento del criterio. Están en relación a diferencias en la práctica entre profesionales, las diferentes definiciones o unidades de medida que no pueden darse por sobreentendidas, diferentes criterios diagnósticos, etc. En cada caso se deben valorar las aclaraciones necesarias y suficientes al objeto que se quiere medir.

Las **excepciones** que acompañan al criterio pueden afectar la validez y la fiabilidad. Son situaciones que justifican el incumplimiento del criterio. Si pueden comportarse como factores de confusión se han de considerar de forma independiente al criterio y analizar de forma separada al mismo.

### **Tercer paso: Analizar la validez del criterio**

En el apartado de requisitos se han enumerado las características principales y los requisitos de los criterios. Un criterio ideal cumplirá la mayoría de los requisitos, sin olvidar que en la formulación se debería elegir aquellos de mayor calidad, es decir, que sean válidos, explícitos, fiables, basados en la evidencia y estandarizados. No hay que olvidar la participación de profesionales y también de usuarios.

Donabedian recomienda los siguientes pasos en la formulación de criterios:

#### **- Selección de un panel de expertos**

La formulación de criterios es un proceso que se inicia con la selección de uno o varios paneles de expertos. Se debe tener en cuenta la experiencia en el tema, pero también que estén representados los profesionales relevantes.

#### **- Selección del método de consenso**

Hay que seleccionar un método para llegar a un acuerdo en cada panel. Se pueden emplear métodos como la técnica Delphi, del grupo nominal, o simplemente reunión del comité bajo la dirección de uno de sus miembros.

### **- Selección de los criterios**

Según su importancia, representatividad y aplicabilidad. Se debe seleccionar el aspecto de interés, según su frecuencia, impacto en el resultado del tratamiento, la probabilidad de cometer un error, las consecuencias de dicho error, etc. Por otra parte, se debe tratar de seleccionar criterios que permitan evaluar distintos aspectos de la asistencia prestada. Además, los criterios elegidos deben poder ser evaluados y medidos.

A partir de una lista más bien larga de posibles criterios, el grupo de expertos selecciona, según sus prioridades, valorando cada criterio en una escala por ejemplo de 0 a 100. Como técnica de priorización puede emplearse el análisis de Pareto. Hay que seleccionar el tiempo ventana adecuado para evitar que los criterios y estándares adoptados estén influenciados.

### **- Selección de estándares**

Se pueden tomar de la literatura pero es frecuente que no se encuentren o se presenten con solidez insuficiente. En algunos casos es recomendable que sean evolutivos, es decir se fijan niveles más exigentes a partir de evaluaciones sucesivas.

### **- Especificar las fuentes de información**

Por ejemplo, historia clínica, o un estudio específico. Habrá que indicar también las instrucciones para obtener la información, las variables a recoger, etc. Normalmente, la fuente más habitual es la historia clínica. Por desgracia, no siempre recoge toda la información que debería, o con la claridad suficiente. Por eso hay que insistir en la importancia de cumplimentar correctamente la historia clínica. Otra información, no presente en la historia clínica, tendrá que ser obtenida en estudios específicos, y en encuestas a los pacientes, personal sanitario y población general.

### **- Estudio piloto**

Permite evaluar la aplicabilidad, validez, aceptabilidad y eficiencia de un nuevo criterio. Es muy útil, antes de instaurar una nueva evaluación de forma generalizada.

### 5.3. Expresión del nivel de evidencia

La evidencia es una colección de observaciones empíricas sobre la relación aparente entre dos hechos. La mejor evidencia se refiere a la integración de la evidencia de la mejor investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente. El nivel de evidencia debe acompañar a cada criterio o indicador. 'Por ejemplo: Indicador de proceso: porcentaje de pacientes tratados y rehabilitados en una unidad de ictus antes de las 24 horas. Estándar: más del 90% de pacientes con ictus agudo deberían ser tratados en una unidad de ictus. La evidencia que soporta este indicador es fuerte (grado A) a partir de metaanálisis de ensayos clínicos; la mortalidad en estas unidades de ictus respecto a unidades de medicina interna es menor (OR)=0.83; 95% (CI) 0.71–0.97]. Sobre las bases de esta evidencia se recomienda que todos los pacientes con ictus agudo sean tratados en una unidad de ictus.

**Tabla 3: Niveles de evidencia científica y grado de recomendación. SIGN.**

(Fuente: adaptado de: *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad y Consumo.*)

Nivel de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

	Grados de recomendación
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
	Buena práctica clínica
√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

El sistema SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica) para clasificar la evidencia utiliza dos características: el diseño del estudio y el riesgo de sesgo. Para la clasificación del diseño del estudio utiliza los números del 1 al 4. El número 1 corresponde a ensayos clínicos o a revisiones sistemáticas de estos ensayos, y el 4 a la opinión de expertos. Para evaluar el riesgo de sesgo se utilizan signos que informan sobre el grado de cumplimiento de los criterios clave relacionados con ese potencial riesgo (++, + y -).

En este sistema, los únicos diseños que pueden llegar a ser de calidad alta son los ensayos clínicos o las revisiones sistemáticas, pues los estudios de cohortes o trasversales sólo llegan a ser de nivel 2, dando lugar a recomendaciones de grado B o inferior. Sin embargo, estos últimos diseños son los más adecuados para conocer la validez diagnóstica.

Las clasificaciones sobre evidencia son numerosas y no son suficientemente objetivas para una comunicación eficaz y comparable de la evidencia. El grupo GRADE pretende ofrecer una jerarquía de la evidencia a partir de criterios explícitos sencillos. Los usuarios de las guías necesitan conocer hasta qué punto pueden confiar en las evidencias y recomendaciones.

**Tabla 4. Sistema GRADE. Criterios para asignar el grado de evidencia***(Fuente: <http://gradeworkinggroup.org/>.)*

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Bajar grados de calidad	Subir grados de calidad
<b>Alta</b> Es muy improbable que más investigación cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.	<b>Ensayos aleatorizados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Calidad del estudio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Serias limitaciones: -1</li> <li>– Muy serias limitaciones: -2</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fuerza de la asociación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fuerte (RR &gt; 2 (&lt;0.5) basado en evidencia consistente de dos o más estudios observacionales, sin sesgo de confusión plausible: +1</li> <li>– Muy fuerte (RR &gt; 5 (&lt;0.2) basado en evidencia directa sin problemas o amenazas a la validez: +2</li> </ul> </li> </ul>
<b>Moderada</b> Es probable que más investigación tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y pueda cambiarla	<b>Ensayos cuasi experimentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Importantes inconsistencias: -1</b></li> <li>• <b>Evidencia directa o indirecta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Alguna incertidumbre: -1</li> <li>– Mucha incertidumbre: -2</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Evidencias de gradiente dosis-respuesta: +1</b></li> </ul>
<b>Baja</b> Es muy improbable que más investigación tenga un impacto importante en nuestra confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie	<b>Estudios observacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos imprecisos o escasos: -1</b></li> <li>• <b>Alta probabilidad de sesgo de publicación: -1</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Todos los factores de confusión plausibles actuarían reduciendo el efecto: +1</b></li> </ul>
<b>Muy baja</b> Cualquier estimación del efecto es muy incierta	<b>Cualquier otra evidencia</b>		

**Calidad de la evidencia:** nivel de confianza en que la estimación de un efecto es correcta. El sistema GRADE ofrece cuatro niveles de evidencia o calidad global de la evidencia: **alta** (es muy poco probable que nuevos estudios modifiquen

la confianza que se tiene del resultado estimado), **moderada** (es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado), **baja** (es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en el resultado estimado y que éstos tengan efecto en los resultados) y **muy baja** (cualquier resultado estimado es muy incierto). Los ensayos clínicos tienen una alta calidad o nivel de evidencia y baja los estudios observacionales. La calidad puede disminuir si hay limitaciones en el diseño, estimaciones poco precisas (amplitud del intervalo de confianza), variabilidad en los resultados o sesgo de publicación.

**La fuerza de la recomendación:** Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación se hará más beneficio que daño. Hay cuatro factores que determinan la fuerza de una recomendación: el balance entre los efectos deseables e indeseables de estrategias alternativas, la calidad de la evidencia, variabilidad en los valores y preferencias de los pacientes y el coste del consumo de recursos en una intervención.

La fuerza de la recomendación puede ser **fuerte** (podemos confiar en la recomendación) o **débil** (menos confianza). Si los beneficios superan a los inconvenientes, los riesgos y los costes, los expertos recomiendan ofrecer el tratamiento a los pacientes (la recomendación es fuerte).

El sistema GRADE etiqueta las recomendaciones con símbolos para representar la fuerza de las recomendaciones. Una revisión reciente de NICE elimina estas etiquetas y clasifica las recomendaciones en tres tipos: La fuerza de las recomendaciones está ligada al nivel de certeza de tal forma que se distinguen tres tipos de recomendaciones: recomendaciones para intervenciones que deben (o no deben) emplearse, como las ligadas a normas legales (son las de mayor certeza); en segundo lugar, las recomendaciones podrían ofrecer mas beneficio que riesgos a la mayoría de pacientes y en tercer lugar las recomendaciones que afectan a intervenciones que podrían ser empleadas en los pacientes, aunque podrían emplearse otras opciones. La calidad de la evidencia se relaciona con el grado en el que todos los aspectos del diseño y el desarrollo del estudio pueden mostrar que están libres de sesgos sistemáticos, no sistemáticos y errores inferenciales.

La información que sirve de base para elaborar recomendaciones debe ser transparente. Esto es lo que se propone el sistema GRADE combinando la sencillez y claridad con la transparencia. El enfoque tiene en cuenta el diseño del

estudio, la calidad, la consistencia y si la evidencia es directa o indirecta a la hora de considerar cada uno de los resultados importantes.

## 6. Tipos de criterios

Siguiendo a Donabedian los criterios pueden clasificarse en función de varias características:

### Enfoque de la evaluación.

Los criterios según el enfoque de la evaluación pueden estar relacionados con:

- Estructura: Miden los aspectos de estructura físicas, de organización y recursos y dotación y cualificación de personal.
- Proceso: Miden lo que se hace, los aspectos relevantes de los procesos.
- Resultado: Miden lo que se consigue en términos de salud, satisfacción, conocimientos, actitudes, etc.

### Fuente de los criterios

Se dice que los criterios son de *base normativa* cuando se derivan de las normas las cuales indican lo que debería hacerse en términos teóricos e ideales. Son empíricos cuando se derivan de lo que se ha conseguido en la práctica, por resultados alcanzados previamente, siendo su ventaja que puede demostrarse que se pueden cumplir, aunque puedan ser mejorables.

### Grado de especificación de los criterios

*Los criterios implícitos* se formulan por un clínico experto al que se solicita que evalúe la calidad según su propio juicio. Su limitación procede de la potencial variabilidad en la opinión de los posibles expertos en la emisión del juicio. *Los criterios explícitos* se formulan de forma detallada por escrito y previa a la medición por lo que se les reconoce mayor validez y fiabilidad que los implícitos.

La clasificación en criterios implícitos y explícitos hace referencia a dos extremos de una misma escala, en la que pueden encontrarse criterios en la zona intermedia.

### **Criterios de formato lineal o ramificado**

*Los criterios de formato lineal* son listas de requisitos que debe cumplir la práctica. Suelen ser referidos a un proceso, como un diagnóstico concreto. En la lista aparecen los criterios de calidad agrupados por actuaciones relevantes como la anamnesis, los criterios de ingreso y de alta etc. La limitación de los criterios lineales es que se adaptan poco a las variaciones por lo que se dice que son poco flexibles y se han desarrollado otros tipos como los parcialmente ramificados y totalmente ramificados. Estos últimos son mapas en los que el manejo del problema clínico se realiza de forma escalonada, en función de los resultados previos. Se sirven de los diagramas de flujo y los árboles de decisión.

### **Otras clasificaciones de los criterios. También se clasifican:**

*Por su globalidad:*

**Criterios específicos** si se centran en un aspecto parcial de la asistencia, como una enfermedad. Se consideran en general adecuados para el análisis de un proceso asistencial.

**Criterios generales** si analizan aspectos amplios del proceso asistencial. Se recomiendan para el análisis de resultados.

*En función de su dependencia de otros criterios:*

**Criterios secuenciales o encadenados:** son criterios que para su evaluación requieren de los datos o del cumplimiento de otro criterio. El criterio dependiente se evalúa con posterioridad. Su presencia obliga a considerar en el número de casos necesario en el muestreo para evaluar todos los criterios.

**Criterios transversales:** se valoran independientemente del resto.

*En función de su importancia:*

**Criterios ponderados:** Se valoran con más relevancia unos criterios a los que se les da mayor peso frente al resto.

**Criterios isoivalentes:** todos importan igual frente a los otros criterios.

## 7. La evaluación de la calidad en el ciclo de mejora

Healy define la evaluación de la calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios para evitarla, comprobando posteriormente su eficacia. La fase fundamental del ciclo evaluativo es la construcción de los criterios, indicadores y estándares ya que son las claves que van a determinar la orientación, cuantificación y nivel de calidad de la mejora.

### *7.1. Programas de mejora continua y estudios de investigación*

Se emplean criterios tanto en los Programas de Mejora de la Calidad (PMC), como en estudios de investigación. Pero hay diferencias entre un PMC y un estudio de investigación; su alcance y objetivo es diferente: no es lo mismo explorar y descubrir nuevos conocimientos que introducir buenas prácticas o mejoras a partir de los estándares con soporte en la evidencia. Los PMC son intervenciones para mejorar y comprobar las mejoras conseguidas en la atención sanitaria. En la investigación se persigue desarrollar o producir nuevo conocimiento del sistema de atención sanitaria. Los requisitos metodológicos son más exigentes en estos estudios de investigación (tamaño poblacional, análisis estadístico).

La calidad de los programas de mejora, aumenta por la incorporación de la investigación, pero tiene limitaciones derivadas de la propia dinámica y complejidad de las organizaciones sanitarias, con cambios frecuentes en el tiempo. Para demostrar la mejora alcanzada en la fase final de reevaluación, es importante que los criterios, indicadores y datos elegidos sean comparables con los de la evaluación inicial para determinar si ha tenido éxito la intervención inicial. Cada programa de mejora es único, pudiendo presentar limitaciones importantes para generalizarse a otros programas.

## **7.2. El ciclo evaluativo y la medida de la calidad**

El primer paso en un ciclo de mejora es la identificación de las oportunidades de mejora. Después se diseña una intervención en la que se definen los criterios y requisitos de calidad. El último paso, al final del ciclo es comparar si se ha tenido éxito con la intervención aplicada respecto a la evaluación inicial de partida. Las mejoras conseguidas permiten decidir hacia dónde dirigir futuras intervenciones en el proceso, iniciando un nuevo proyecto de mejora. Por tanto, dentro del ciclo PDCA hay momentos clave en los que tienen protagonismo criterios e indicadores.

**Cribaje de problemas de calidad.** Para concluir que hay un problema de calidad se emplean herramientas que se apoyan en indicadores y referentes conocidos.

### **Formulacion de criterios**

Una vez identificado el problema de calidad y analizadas sus causas, el siguiente paso es especificar el requisito de calidad (criterio), es decir, las características que debe cumplir el servicio para ser de calidad. Este criterio se empleará en el diseño del estudio para medir el nivel de calidad, antes de aplicar medidas correctoras. Se deben elegir unos pocos criterios, especialmente relevantes, representativos de la calidad del servicio. Un aspecto frecuentemente olvidado en la elaboración de criterios es la consideración de las preferencias y expectativas de los pacientes.

### **Fase de reevaluacion**

Es la fase final de la evaluación de la calidad, antes de finalizar el ciclo. Se comprueba el nivel de calidad alcanzado con las medidas correctoras; el criterio vuelve a tomar protagonismo, esta vez en la fase de reevaluación. Para demostrar la mejora se suelen emplear métodos sencillos, en términos de mejora absoluta (diferencia de cumplimientos entre las medición inicial y final en la reevaluación) o mejora relativa (relación entre la mejora conseguida y la mejora posible). Para determinar en caso de mejora absoluta, si ésta es real o puede deberse a errores muestrales, se recurre a test estadísticos para comprobar que la probabilidad real entre las dos evaluaciones sea cero, o bien, mediante el cálculo del intervalo de confianza.

El diagrama de barras comparativas, el gráfico de estrella o radar y el diagrama de Pareto antes después permite visualizar los cumplimientos comparativos yuxtapuestos entre la primera y segunda evaluación en el caso del diagrama de barras, visualizar las mejoras de cada criterio en el caso del diagrama de la estrella y en el caso del gráfico de Pareto ilustra la mejora conseguida y la que queda por conseguir.

### **Monitorización**

Finalizado el ciclo y alcanzada la mejora o el control del proceso elegido corresponde valorar el diseño de una monitorización de la calidad para garantizar que se mantiene el nivel de calidad en unos límites aceptables. Para ello se eligen un grupo de criterios representativos de la calidad del servicio que se denominan indicadores.

Es útil para detectar variaciones extremas llamadas sucesos centinela que están claramente fuera los límites del control especificados. Para detectar estas variaciones extremas del indicador de forma gráfica a lo largo del tiempo se emplea el diagrama de control estadístico, que refleja los límites umbrales del indicador o indicadores que monitorizan el suceso.

### **Representación gráfica**

El indicador es una herramienta específica diseñada especialmente para medir y mejorar el proceso. Se dice que indicador indica; de él se obtiene la información para reorientar las actuaciones futuras para mejorar. Todo proceso tiene dos características esenciales: su variabilidad y su repetibilidad. Cada vez que se repite el mismo proceso se produce una variabilidad en los resultados. El margen de variabilidad está estrechamente relacionado con la calidad del servicio que se presta de tal forma que estudiar la variabilidad no deseada ni justificada permite enfocar las mejoras. Las variaciones fueron analizadas por Shewart en 1920 mediante la herramienta denominada control de procesos estadísticos y diferenció dos tipos de variaciones que pueden darse en un sistema:

*Sistemas en los que existe causa común de variación:* las variaciones son intrínsecas al funcionamiento de un sistema.

*Sistemas en los que existe una especial causa de variación:* las variaciones indican que en el sistema ocurre algo especial que requiere una acción o corrección.

Al decidir dónde orientar las mejoras un error frecuente es no diferenciar que las causas de variación común y especial son distintas. El estudio de las variaciones en los gráficos de control ayuda visualmente a diferenciarlas. De forma esquemática en el estudio de las variaciones las situaciones que se pueden presentar son tres:

**Escenario 1.** Aquella situación en la que el nivel de funcionamiento del sistema es aceptable y no hay datos fuera de los límites.

**Escenario 2.** Situación en la que el nivel de funcionamiento medio es aceptable pero hay algunos valores que están fuera de los límites (outliers).

**Escenario 3.** Una situación del sistema en la que los valores de variación en conjunto responden a un nivel de funcionamiento que no es aceptable.

Cada escenario conduce a dirigir la acción de mejora hacia un enfoque bien distinto: escenario 1: no requiere actuar, funciona de forma ideal; escenario 2: dirigir las actuaciones a los valores que están fuera de los límites; escenario 3: la actuación se concentra en el sistema entero y no en individuos dentro del sistema.

### **Control de procesos estadísticos**

La medida a lo largo del tiempo de indicadores que se monitorizan ofrece la opción de emplear registros en una serie de datos donde se determinan los límites de control en una muestra. Su interés radica en la imagen visual evolutiva del indicador y su rigor estadístico para verificar que el proceso se controla por estar entre los límites. Incluye conceptos estadísticos básicos, como recogida de muestras y de resultados del indicador como su media, el rango y desviación típica. La dificultad estriba en establecer los límites.

Analizar las variaciones es útil para determinar a partir de qué valores se deben iniciar actuaciones. Puede ser útil para hacer comparaciones dentro de una misma institución a lo largo del tiempo o bien para contrastar variaciones entre instituciones.

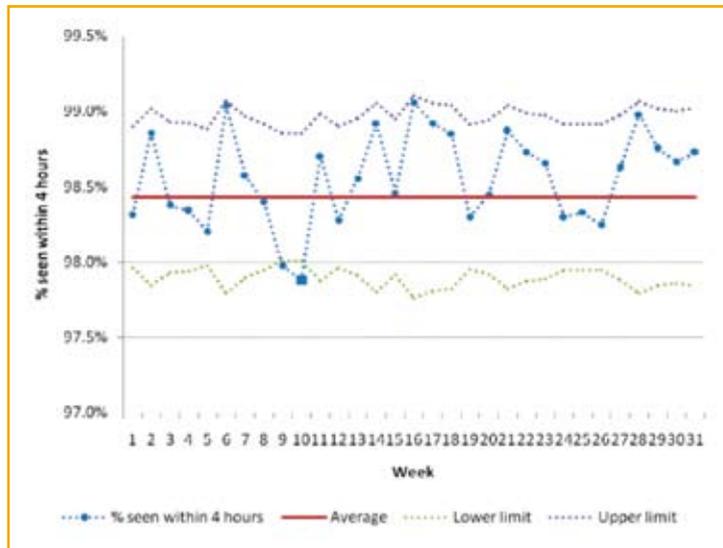
### **Evolución del indicador en una institución (control chart)**

Los gráficos de control son de utilidad para analizar las variaciones en una misma institución. La Figura 1 muestra la evolución en la proporción de casos

atendidos dentro de las cuatro horas en un departamento de urgencias y emergencias. La proporción media de casos atendidos en las 4 horas es del 98,4%. Hay una única causa especial de variación en la semana 10 que está fuera de los límites del control.

Cuando este sistema tiene en cuenta la expectativa de la población que atiende, el sistema entero está funcionando por debajo de lo que esperan, el 99.5%.

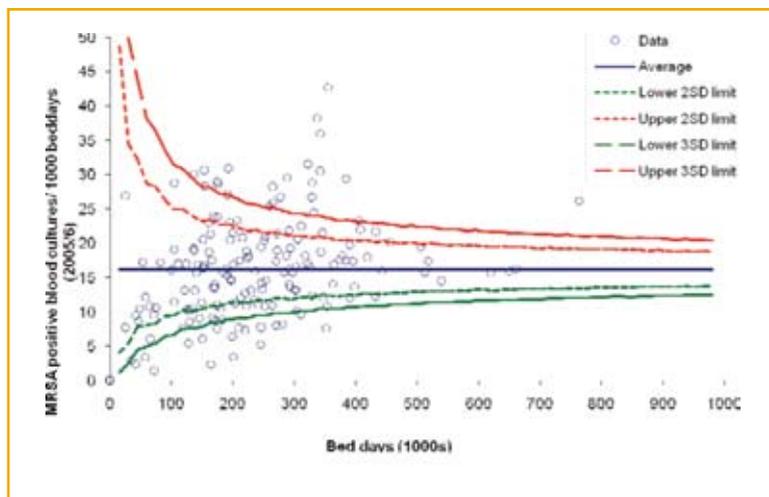
**Figura 1. Evolución de casos atendidos dentro de las cuatro horas en un departamento de urgencias y emergencias.** (Fuente: David Pencheon, Association of Public Health Observatories and the NHS Institute for Innovation and Improvement. *The good indicator guide. Institute for innovation and improvement. NHS*).



### Comparación entre diferentes Centros: (funnel plot)

Cada Centro se coloca en el gráfico en función de los valores del indicador. El gráfico se caracteriza por su forma de embudo. Según la zona en la que se encuentren cada institución así se orienta la necesidad de investigación futura: en aquellos que se aproximan a la línea azul (media global), no se realiza investigación. La Figura 2 indica un área de alerta y otra de alarma. También indica dónde parecen estar funcionando muy bien.

**Figura 2. Variación entre las tasas de infección por estafilococo "aureus" meticilin resistente por mil días cama.** (Fuente: *The good indicator guide. Institute for innovation and improvement. NHS*).



## Bibliografía

ACHS Clinical Indicator Program Information 2007. *"The Australian Council on Healthcare Standards"*. Health Services Research Group University of Newcastle.

Angel Vila Córcoles X. EQA-17: *"Propuesta de un indicador sintético del producto de la atención primaria en mayores de 14 años"*. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 17-26.

Asua Batarrita José. *"Entre el consenso y la evidencia científica"*. Gac Sanit. 2005.19(1): 65-70.

Donabedian A. *"The quality of medical care: how can it be assessed?"* JAMA1988;260:1743-8.

Healy S. *"Health Care Quality Assurance"*. Terminology. Int. J. Health Care Quality Assurance. 1988; 1:20-31.

Institute of Medicine. Lohr KN, editor(s). *"Medicare: a strategy for quality assurance"*. Vol. 1. Washington (DC): National Academy Press; 1990. p. 21.

Mainz J. *"Defining and classifying clinical indicators for quality improvement"*. Int J Qual Health Care 2003; 15 (6): 523-530.

Mainz J. *"Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer"*. International Journal for Quality in Health Care 15:i5-i11 (2003).

Manuales de Dirección médica y Gestión clínica. M<sup>a</sup> Paz Rodríguez Pérez. En: *"Calidad asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativo"*. Ed Díaz de Santos.

María G Crespo Leiroa, Luis Almenar Boneta, Luis Alonso-Pulpóna, Marta Camprochiosa y col. *"Conferencia de consenso de los grupos españoles de trasplante cardiaco"*. Rev Esp Cardiol 2007; 7: 4 - 54.

Martin Marshall, Niek Klazinga, Sheila Leatherman, Charlie Hardy, Eckhard Bergmann, Luis Pisco, Soeren Mattke And Jan Mainz. *"OECD Health Care Quality Indicator Project"*.

Peiró S, Casas M. *"Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas"*. En. Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C eds. *Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España- Informe SESPAS 2002*. Valencia: escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002; 511-529.

Pencheon D. *"The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators"*. Institute for Innovation and improvement. NHS.

Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. *A Framework for Health Care "Organizations to Develop and Evaluate a Safety Scorecard"*. JAMA. 2007;298(17):2063-2065.

Saturno PJ, Antón JJ y Santiago MC. *"La construcción de criterios para evaluar la calidad. Manual del Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud"*. Módulo3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad Temática 12. Universidad de Murcia, 1999. ISBN:84-930932-1-1.



## TEMA 2.2

# Diseño de indicadores: monitorización de la calidad

Jesús Manuel Tejero González.  
Álvaro Leal García.

### 1. Introducción a la monitorización

Desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia mejorar la calidad de la atención sanitaria significa reducir la variabilidad innecesaria en la atención a los pacientes. Si bien la toma de decisiones clínicas, tanto en lo que respecta al diagnóstico como a la terapéutica más adecuada, supone un alto grado de incertidumbre, no siempre está justificada la variabilidad ante situaciones similares en cuanto a las características del paciente, del trastorno y las características del entorno ambiental y sociocultural en el que se produce. Para instaurar prácticas cada vez más eficaces, seguras, y eficientes, se necesita acumular pruebas empíricas que contrasten entre sí las diferentes tecnologías sanitarias, los procedimientos diagnósticos y las técnicas terapéuticas, para poder utilizar las que se muestran como más eficaces en cada momento, según el avance de los conocimientos científicos.

Si se pretende comparar entre sí diferentes procedimientos, es imprescindible medir los efectos que producen, en las mismas condiciones, para llegar a conclusiones válidas y fiables. Si la comparación entre los resultados de diferentes medicamentos, mediante ensayos clínicos aleatorizados, o la evaluación de diferentes tecnologías sanitarias parecen utilizar ya una metodología bien

asentada, que permite adoptar decisiones basadas en pruebas empíricas situadas en los primeros peldaños de las escalas de evidencia científica, por el contrario, en la gestión de las organizaciones sanitarias es imposible aleatorizar las características de los pacientes y del entorno en el que se presta la atención, a la hora de comparar los resultados entre distintas organizaciones o proveedores de servicios sanitarios.

Y tampoco está claro qué factores son los pertinentes, por lo cuál es necesario diseñar, construir y obtener indicadores que nos permitan medir cuantitativamente los diferentes aspectos del proyecto que estemos desarrollando, tanto en el ámbito de la gestión clínica como en la gestión de las organizaciones sanitarias.

En las organizaciones complejas, como son las instituciones sanitarias, no es posible controlar todas las variables que pueden influir en los resultados, por lo que la medición no puede ser exhaustiva. Esto no significa que debamos renunciar a la cuantificación las diferencias entre los resultados de diferentes organizaciones. No es suficiente el criterio de los expertos para recomendar determinadas prácticas frente a otras, ya que las recomendaciones de los expertos, el peldaño más bajo en la escala de la evidencias empíricas, no está libre del sesgo producido por la subjetividad del evaluador.

La comparación entre distintas alternativas organizativas en la gestión sanitarias requiere tres elementos diferenciados: modelos o paradigmas teóricos que permitan formular hipótesis sobre las decisiones organizativas para ser contrastadas, sistemas de información, es decir, la tecnología informática capaz de reproducir modelos cada vez más sofisticados que recojan todos los parámetros pertinentes a la estructura, el funcionamiento y los resultados obtenidos por las organizaciones sanitarias, y los datos cuantitativos permitentes y obtenidos de forma fiable para “alimentar” el modelo.

En las organizaciones sanitarias se han diferenciado tres niveles de gestión, que desde lo general a lo particular, pueden definirse así:

**Macrogestión:** Decisiones sobre la planificación de las prioridades en los objetivos de los sistemas públicos de salud (Ministerio, Comunidades Autónomas).

**Mesogestión:** Dirección y coordinación de los recursos económicos, materiales y humanos: los miembros de las organizaciones sanitarias, para alcanzar los objetivos planificados.

Microgestión: Coordinación entre los profesionales que intervienen en los procesos asistenciales para alcanzar los mejores resultados en salud de los pacientes, con los recursos disponibles.

Tradicionalmente las organizaciones sanitarias se han dirigido con la metodología denominada “Dirección por Objetivos”, mediante la cuál los directivos de las organizaciones sanitarias pactan con los profesionales qué resultados han de alcanzarse, en el ámbito de responsabilidad que le corresponda a cada uno, a cambio de unos incentivos establecidos. Es la metodología del “contrato-programa” o “contrato de gestión”. Ahora bien, en los contratos de gestión, para medir esos resultados, se han utilizado, tanto durante la gestión del INSALUD como después en las instituciones sanitarias que han continuándose gestionándose mediante este modelo, indicadores de “resultados intermedios”, que no miden los resultados en salud de los pacientes (restablecimiento del estado previo de salud, o calidad de vida mantenida), sino las actividades realizadas por las instituciones u organizaciones sanitarias, tanto en atención primaria como en atención especializada.

Por ejemplo, en los contratos de gestión de los hospitales, se vincula el presupuesto anual a los objetivos de actividad, mediante las llamadas “Unidades Ponderadas Asistenciales”. Mediante un procedimiento de “case mix” se equiparan entre sí, mediante un “peso” o factor de ponderación, los recursos destinados a la gestión de diferentes procesos (hospitalización, intervenciones quirúrgicas, consultas externas o urgencias), clasificando los procesos realizados según el grado de complejidad de las necesidades asistenciales de los pacientes atendidos, clasificados mediante los llamados “Grupos Relacionados de Diagnóstico” (G.R.D.). Se utilizan indicadores como el porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias, la estancia media general (número de días medio que ocupa la cama hospitalaria cada paciente), las estancias medias por G.R.D., o el “índice de complejidad”, que relaciona las estancias con el “peso” asignado a cada G.R.D.

Durante los años 90, en el ámbito empresarial se impuso una técnica para medir el funcionamiento de las organizaciones (“Balanced Scorecard”), que se ha traducido al español como “cuadro de mandos”. La innovación que ha aportado esta técnica de gestión al ámbito de la calidad es la posibilidad de proporcionar a los gestores una visión global sobre los aspectos financieros, los procesos, la satisfacción de los clientes y el crecimiento de la organización. Esta técnica permite detectar qué factores están relacionados con la obtención de mejores resultados en la organización. En el ámbito de la atención sanitaria,

la “monitorización” de la calidad mediante cuadros de mandos se ha ido imponiendo, explotando las enormes potencialidades que han supuesto los registros informatizados, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos de los hospitales, combinada con la construcción de indicadores que informen a los gestores sobre todos los aspectos relacionados con la calidad.

Paralelamente, en las últimas dos décadas, gracias en gran parte a la universalización del uso del ordenador, y la disponibilidad para cualquier usuario de paquetes estadísticos muy avanzados, se está imponiendo el uso de técnicas estadísticas multivariantes muy potentes, que algunos años atrás sólo se encontraban en los manuales teóricos, tales como las ecuaciones estructurales, o las redes neuronales, capaces de registrar, procesar y comparar datos muy complejos.

Si asumimos el modelo teórico propuesto por la “teoría de la complejidad”, el problema que se nos plantea es cómo contrastar empíricamente qué procesos, sistemas de gestión, o modelos organizativos son los que aportan “más valor” añadido, en términos de resultados en salud, para promover su implementación en la planificación de los sistemas sanitarios. Como afirma Bonfill:

*“En general, no existe suficiente información estructurada y específica que esté relacionada con los resultados clínicos o sanitarios finales, sino solamente con indicadores intermedios del proceso. Por ello, la evaluación rigurosa de objetivos clínicos, más allá de la cuantificación de la actividad asistencial, ha sido muy infrecuente. A menudo, los resultados producidos se limitan a sus vertientes económicas (por razones de necesidad, viabilidad y urgencia) y no contienen las sanitarios (p. ej. supervivencia, control del dolor, calidad de vida), cuando estos últimos resultan esenciales para justificar las decisiones tomadas.”*

¿Cómo podemos mantener la eficiencia de las organizaciones sanitarias si el comportamiento de las organizaciones es impredecible?

¿Qué modelos de interacción entre los profesionales de la atención sanitaria tienen más probabilidades de ser positivos para la organización?

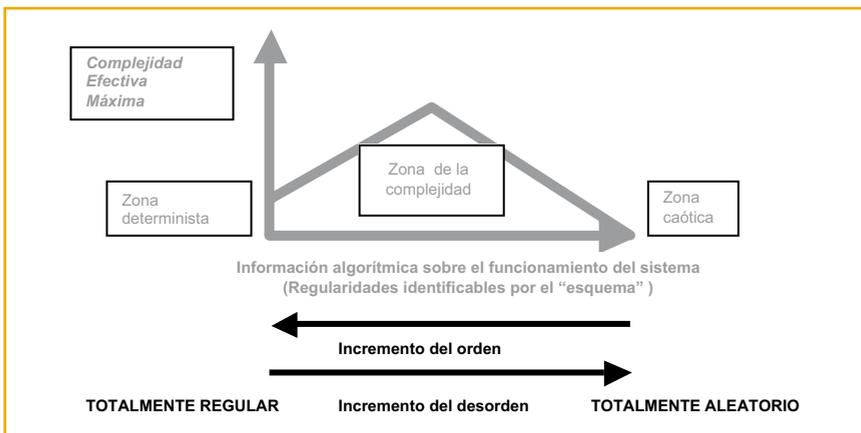
¿Cómo pueden los gerentes de las instituciones sanitarias dar sentido al cambio constante implicado en la ciencia de la complejidad?

¿Cuáles son los obstáculos que dificultan el enriquecimiento de las relaciones entre los agentes de las organizaciones sanitarias, y cómo pueden reducirse?

Los sistemas complejos adaptativos se caracterizan por su alto grado de incertidumbre. A partir de unas condiciones iniciales, en las que la entropía es mínima (es decir, las interacciones entre las partes de la organización se rigen en su mayor parte por el azar), la dinámica interna de la organización provoca regularidades de funcionamiento, aumentando la entropía hasta llegar a un estado final en el que el equilibrio es máximo, y las interacciones mínimas, regidas nuevamente por el azar (estado de caos). Los cambios en las organizaciones (sanitarias, en nuestro caso) no son predecibles. Se toman decisiones en el nivel organizativo donde se lleva a cabo planificación (la Gerencia), estableciendo modelos ("esquemas", en la terminología de la teoría de la complejidad), cuyas consecuencias sólo pueden preverse con una alta probabilidad de error. Sólo mediante la comprobación empírica de los efectos provocados (detectando nuevas regularidades) puede modificarse el modelo, provocando nuevos cambios en el funcionamiento.

Al aumentar el grado de incertidumbre, disminuye el acuerdo entre los expertos sobre las decisiones más recomendables, y se avanza desde la zona de "seguridad", regida por leyes deterministas, hacia la zona "caótica"; es decir, se pasa de la zona en la que puede modelizarse una parte de la variabilidad (zona probabilística del sistema), a la zona regida por la aleatoriedad (Ver figura 1).

**Figura 1: Diagrama que muestra la complejidad máxima**



*Adaptado de Gell-Man (1995)*

Los esquemas o modelos que dan cuenta del funcionamiento de la organización pueden prever solamente una parte de la variabilidad. Son, por tanto, esquemas probabilísticos. Al acercarse a la zona del caos, en los sistemas complejos adaptativos la entropía se hace máxima, y no es posible prever las consecuencias de los eventos, que suceden de forma aleatoria.

Sin embargo, actualmente existen suficientes herramientas tecnológicas y metodológicas para realizar estudios evaluativos empíricos, que permiten elaborar esquemas (modelos matemáticos o estadísticos) que prevean la variabilidad (en el caso de las organizaciones, para mejorar los resultados) con una cierta probabilidad. De este aspecto de la teoría de la complejidad se ha ocupado la Dinámica de Sistemas.

Lo que ocurre es que los diseños de investigación deben ajustarse a las características del objeto de estudio. Los modelos deterministas son adecuados para el estudio de sistemas cerrados, en los que los eventos pueden ser representados por un conjunto finito de variables, lo que permite contrastar hipótesis sobre las relaciones causales lineales entre variables independientes y dependientes. Los sistemas abiertos no permiten aplicar modelos deterministas, porque no es posible incluir en los modelos todos los fenómenos relacionados con el ambiente externo al sistema, o con la combinación de las variables internas, por lo que han de aplicarse modelos probabilísticos. Estos modelos no permiten establecer relaciones causales entre los fenómenos objeto de estudio, pero sí explicar cierto porcentaje de la variabilidad de determinados eventos (variables criterio), en términos de asociación con otros eventos que se consideran predictores (variables predictoras).

Ovreitvet propone que los estudios de evaluación de la calidad de la atención sanitaria debe cumplir los siguientes requisitos:

1. La evidencia de una evaluación debe basarse en las preguntas y necesidades del usuario de la evaluación, así como en términos de la validez científica. Los especialistas en calidad deben basarse en otras experiencias, programas y métodos de calidad para utilizar esta evidencia en la mejora de su propio programa.
2. Para estos propósitos, se requieren tres categorías de evidencia: una descripción del programa de calidad; evidencia de sus efectos sobre los proveedores, y evidencia de sus efectos sobre pacientes.

3. Una descripción del programa de calidad está basada en la evidencia, si satisface ciertos criterios de metodología y de validez del diseño, sin que importe si el estudio también incluye la evidencia de efectos.
4. La calidad de la evidencia descriptiva y causal depende del diseño y de los métodos de la obtención y del análisis de los datos usados en la evaluación, que necesitan ser determinados por separado.

Pero es necesario dar un paso más. En los sistemas complejos adaptativos se cumple que las relaciones entre las variables que representan los eventos que pueden identificarse y medirse (tales como los indicadores de estructura, proceso y resultado) guardan entre sí relaciones no lineales, que pueden modelizarse mediante análisis sofisticados que actualmente son accesibles gracias a la informatización de las herramientas estadísticas. Las técnicas adecuadas para el estudio de estos sistemas son los métodos de análisis multivariante, es decir, técnicas que nacen del desarrollo de la cibernética, y que actualmente están disponibles en programas estadísticos como el SPSS.

### **Definición de indicador**

Debemos distinguir tres conceptos relacionados entre sí, que a veces pueden confundirse en la literatura sobre calidad: criterio, indicador y estándar. Si entendemos por criterio de calidad el conjunto de características que debe presentar un acto asistencial, definidas con anterioridad, para poder ser comparadas con las características de la asistencia efectivamente prestada, y estándar como el grado de cumplimiento del criterio que se ha considerado como aceptable o deseable, podemos definir el indicador como la medición del grado de cumplimiento del criterio previamente establecido.

La Joint Commission International define un indicador clínico como “una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia al paciente y de los servicios de apoyo”.

Un tipo especialmente importante de indicadores son los llamados “indicadores centinela”, que detectan la ocurrencia de eventos que suponen un problema de “mala calidad” y que requieren la revisión de todas las posibles causas que hayan contribuido a tal evento para solucionar el problema. Por ejemplo, la tasa de mortalidad “potencialmente evitable”.

## **Definición de monitorización**

En la evaluación de la calidad asistencial se han utilizado indicadores compuestos, resultado de la suma o ponderación de distintos indicadores, aunque su utilidad es controvertida. Algunos expertos consideran que la acumulación de varios indicadores supone una pérdida de información relevante. Sin embargo, es necesario obtener una síntesis de la información que se puede extraer de las organizaciones que permita tomar decisiones estratégicas previendo las consecuencias que tendrán esas decisiones a corto, medio e incluso largo plazo.

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad con el objetivo de identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir, para asegurarnos de la organización mantiene con el paso del tiempo unos niveles de calidad aceptables.

Para poder monitorizar adecuadamente el funcionamiento de una organización sanitaria es necesario tanto la identificación, selección o construcción de los indicadores que vamos a medir, como establecer un plan de monitorización que incluya, como mínimo, el método de de la medición, los medios necesarios para realizarla, la periodicidad de las mediciones y la comprobación de que se cumplen todos los requisitos de la medición, de forma que se garantice la fiabilidad de los resultados.

## **2. Clasificación de los Indicadores: estructura, proceso y resultado**

Ya hemos visto que la calidad en el ámbito sanitario está asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados, y que existe una gran variabilidad clínica con un alto grado de incertidumbre. Es necesario contrastar empíricamente la eficacia de las técnicas terapéuticas, y utilizar aquellas que se hayan mostrado como las más eficaces, dadas las características del trastorno, del paciente, y del entorno y los medios con los que cuenta el clínico.

Un problema que se nos presenta para encontrar el diseño más adecuado para esta situación es establecer qué indicadores son los pertinentes para me-

dir y valorar la calidad. La construcción de indicadores para medir el impacto de las acciones acometidas por las instituciones sanitarias requiere establecer unos criterios cuantitativos para medir los aspectos específicos de este tipo de organizaciones. En el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial de 2003 Meneu, siguiendo a Leatherman, Hibbvard y McGlynn, proponía las siguientes prioridades en la investigación sobre calidad asistencial:

1. Mejora de los instrumentos y métodos de medición.
2. Mejorar el uso y efectividad de los datos sobre actuación (performance).
3. Atributos y actuaciones organizativos, culturales y profesionales.
4. Evaluación del impacto: ... describir la evidencia que apoya las mediciones de la calidad como mecanismo para mejorar la asistencia...

Es necesario comprobar si los esfuerzos que la organización dedica a la mejora de la calidad producen efectos medibles cuantitativamente, y cuáles de las medidas adoptadas se muestran más eficaces.

Avedis Donabedian, que sistematizó los conocimientos aplicados a la mejora continua de la calidad, y la definió como “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”, introdujo la conocida clasificación de los Indicadores de Calidad Asistencial en Estructura, Proceso y Resultado.

Además de esta clasificación clásica de los indicadores, desde el punto de vista de la economía de la salud, puede hablarse también de indicadores de productividad, de eficacia y de eficiencia, en términos de resultados en salud.

Los indicadores de calidad deben tener una fácil interpretación clínica o de gestión, y ser útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial. Es usual que el punto de vista del clínico y el del gestor difieran, y esto lleve a utilizar metodologías diferentes. Conviene, por tanto, utilizar términos en los que exista acuerdo sobre su significado preciso. Esto ocurre, por ejemplo, cuando hablamos en términos de “Eficacia”, “Efectividad” y “Eficiencia”, tres conceptos que suelen medirse mediante indicadores, pero sobre cuyo significado pueden existir discrepancias.

Por productividad, en el ámbito sanitario, se entiende la relación entre los medios utilizados (tanto materiales como humanos) y la actividad desarrollada, es decir, los llamados “productos intermedios”. Eficacia es la capacidad de obtener mejores resultados, en términos de salud o calidad de vida de los pacientes, y eficiencia, la capacidad de obtener mejores resultados al menor coste posible.

En la evaluación de las tecnologías sanitarias, se entiende que un procedimiento es “eficaz” cuando ha demostrado que funciona adecuadamente en los ensayos clínicos, o en aquellas pruebas empíricas que sean precisas para contrastar que se obtienen los resultados esperados. “Efectivo” significa que el procedimiento se ha mostrado útil para los pacientes en las condiciones reales de la asistencia. Es posible que un procedimiento eficaz medido “en el laboratorio” no sea eficiente, porque las características de la población a la que se destina el nuevo medicamento, o el procedimiento diagnóstico o terapéutico en general, no coincidan con las características de la población de la que se obtuvieron las muestras de sujeto para los experimentos o ensayos clínicos. Por último, un procedimiento es “eficiente” si, además de ser efectivo, lo es con el menor costo posible.

Los indicadores de funcionamiento (performance indicators) tienen la utilidad de proporcionar información a los gestores, profesionales y usuarios información para facilitar la toma de decisiones y buscar la satisfacción de sus expectativas.

También pueden clasificarse los indicadores por la dimensión de la calidad en la que se clasifique el criterio que pretendemos medir. Las dimensiones de la calidad han sido abordadas en otro capítulo.

Hay que tener en cuenta que un “criterio”, y por lo tanto un indicador, puede estar referido a más de una dimensión de la calidad. Por ejemplo, el criterio “reclamaciones resueltas en el plazo establecido” podría estar referida a la satisfacción del paciente y también a la seguridad, ya que la resolución de las reclamaciones puede ser una potente herramienta para detectar riesgos no previstos en el proceso asistencial.

Finalmente, los indicadores también pueden clasificarse por el nivel de medida de las variables que se cuantifican: nominal, ordinal, y cuantitativo. En el primer caso, nominal (dicotómico) medimos si se cumple o no determinada condición, o criterio. En el segundo, ordinal, el grado en que se cumple ese

criterio, y cuantitativo, el número de eventos que cumplen determinada condición o criterio, de una población de eventos previamente definida.

Para la medición de los indicadores ordinales, la J.C.A.H.O. ha propuesto un esquema de clasificación que resumimos así:

Escala de nivel de cumplimiento indicadores ordinales	Nivel	Porcentaje
Cumplimiento sustancial. El Área/hospital/centro cumple casi todos los criterios de buena práctica relacionados con el objetivo.	1	80 al 100 %
Cumplimiento significativo. El Área/hospital/centro cumple la mayoría de los criterios de buena práctica.	2	60 al 79 %
Cumplimiento parcial. El Área/hospital/centro cumple con algunos de los criterios de buena práctica.	3	41 al 59 %
Cumplimiento mínimo. El Área/hospital/centro cumple pocos de los criterios de buena práctica.	4	21 al 40 %
No cumplimiento. El Área/hospital/centro no cumple con los criterios de buena práctica.	5	0 al 20 %
No aplicable. El objetivo no es aplicable en el Área/hospital/centro.	6	N.A.

Veamos ahora tres ejemplos de indicadores, de cada uno de los niveles de medida, extraídos del Plan de Calidad del SESCAM.

*Indicador dicotómico (nominal)*

Objetivo 3.a. 2.1. Desarrollar el Plan de Calidad previsto en el Plan de Salud Mental de Castilla – La Mancha.

Indicador:	3.a.2.1. ¿Existe un responsable de calidad de Salud Mental?
Tipo de indicador	Dicotómico
Dimensión de la calidad	Calidad científico-técnica.
Objetivo	3.a.2. Desarrollar el Plan de Calidad de Salud Mental
Unidad de análisis	Gerencias de Atención Especializada

Tipo de evaluación	Incluido en el Contrato de Gestión
Estándar	Si
Justificación	El desarrollo del Plan de Calidad de Salud Mental requiere un profesional de referencia que actúe como interlocutor entre la Gerencia y los profesionales en lo relacionado con la calidad asistencial.
Población / muestra	Profesionales de Salud Mental.
Fuente de datos	Jefe del Servicio de Salud Mental
Resultado obtenido	

Metodología de la evaluación: El Coordinador de Calidad requerirá del Jefe del Servicio de Salud Mental copia del documento que acredite que han sido asignadas las responsabilidades de Calidad a alguno de los profesionales de Salud Mental. No es imprescindible que se trate de un nombramiento oficial.

*Indicador ordinal*

Indicador	2 c.2.1. Grado de cumplimiento del sistema de vigilancia y control de la contaminación microbiológica del medio ambiente hospitalario.
Tipo de indicador	Ordinal
Dimensión de la calidad	Calidad científico técnica, seguridad.
Objetivo	2 c.1. Desarrollar un sistema de alerta para la detección de pacientes portadores de gérmenes resistentes.
Unidad de análisis	Hospitales
Tipo de evaluación	Incluido en el contrato de gestión.
Estándar	Nivel ...
Justificación	El control de la contaminación microbiológica aumenta la seguridad de la práctica clínica.
Fuente de datos	Registros e informes de Medicina Preventiva o del Servicio Responsable de la seguridad ambiental.
Resultado obtenido	Fórmula: = _____ Grado: _____

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	SÍ	NO
La Gerencia ha diseñado e implementado un programa coordinado para reducir los riesgos de infección nosocomial en los pacientes y profesionales sanitarios		
Todas las áreas de pacientes, personal y visitas del Hospital se incluyen en el programa de control de la infección.		
La Gerencia establece el enfoque del programa de prevención y reducción de infecciones nosocomiales.		
La Gerencia identifica los procesos y procedimientos asociados con el riesgo de infección e implementa estrategias para reducir este riesgo.		
Se dispone y se hace buen uso de guates, mascarillas, jabón y desinfectantes		
Se obtienen cultivos de los lugares designados por la Gerencia que van asociados con un alto riesgo de infección.		
Uno o más profesionales supervisan las actividades de control de la infección. Son personas cualificadas en prácticas de control de la infección a través de estudios, formación, experiencia o titulación.		
Un profesional o un equipo designado a tal efecto monitoriza y coordina las actividades de control de la infección en la organización		
La coordinación de las actividades de control de la infección implica a las áreas de medicina y enfermería y a otras áreas según la organización.		
El programa de control de la infección se basa en los conocimientos científicos actuales, las directrices de la práctica clínica y la ley y la normativa vigentes.		
Los sistemas de gestión de la información apoyan el programa de control de la infección.		
El proceso de control de la infección está integrado en el programa global de gestión y mejora de la calidad.		
La Gerencia identifica riesgos de infección, tasas de infección y tendencias en las infecciones nosocomiales.		

La monitorización incluye la utilización de indicadores relacionados con temas de infección importantes para la organización desde el punto de vista epidemiológico.		
La Gerencia utiliza información del riesgo, tasas y tendencias para diseñar o modificar procesos para reducir al mínimo nivel posible la infección nosocomial.		
La Gerencia compara sus tasas de control de la infección con las de otras organizaciones a través de bases de datos comparativas.		
Los resultados de la supervisión de la infección en el Hospital se comunican al personal, a los médicos y a la dirección de manera regular.		
La Gerencia envía información de infecciones a las agencias externas de salud pública pertinentes.		
La Gerencia facilita formación en la práctica de control de la infección al personal, a los médicos, a los pacientes y, si es necesario, a la familia y a otros profesionales.		
Todo el personal recibe orientación respecto de los procedimientos y las normas de control de la infección en el Hospital.		
Se forma al personal en el control de la infección cuando se implementan nuevas normas y cuando se observan tendencias significativas en los datos de vigilancia.		
<b>N° TOTAL DE SÍES Y NOES</b>		
<i>Fuente: Adaptado de "Estándares internacionales de acreditación de Hospitales". Joint Commission International Accreditation. F.A.D. Barcelona, 2000, pág. 150</i>		

*Indicador cuantitativo (proporción)*

Indicador	4 d.1.2. Porcentaje de pruebas de TAC realizadas con indicación de acuerdo a protocolo.
Tipo de indicador	Porcentual
Dimensión de la calidad	Calidad científico técnica, eficiencia
Objetivo	4d.1. Mejorar la utilización de RNM y TAC de acuerdo a protocolo.
Unidad de análisis	Hospitales
Tipo de evaluación	Incluido en el contrato de gestión

Estándar	... % (resultados Plan de Calidad 2005)
Justificación	El empleo de protocolos disminuye la variabilidad de la práctica clínica y el uso adecuado de los recursos
Fórmula	Numerador: N° de pruebas clasificada como indicación A o B de TAC x 100 Denominador: N° de pruebas de TAC estudiadas
Explicación de términos	Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como: - Uso en relación con indicación clasificada como TAC técnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B) - Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de elección (D).
Población / muestra	Muestra aleatoria simple tomada de las pruebas realizadas al menos durante un mes natural; error alfa 5%; precisión del 10% y prevalencia esperada del 75 %
Fuente de datos	Impreso de petición que justifica la prueba solicitada, Protocolo de TAC
Resultado obtenido	

*Metodología de evaluación:*

La clave para la evaluación de estos dos indicadores es la información clínica que remite el facultativo peticionario en la que se justifica la realización del TAC. Se realizará un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95%, y con un 10% de historias "de reserva", de las Historias Clínicas de los pacientes atendidos durante el mes anterior a la fecha del muestreo que incluyan el procedimiento del TAC. Esta fecha se determinará de acuerdo con el Director Médico del Hospital, y sin conocimiento previo de los profesionales. Las historias clínicas serán examinadas por el Presidente de la Comisión de Historias Clínicas y por el Coordinador de Calidad conjuntamente, y se clasificarán conforme al criterio citado en la descripción del indicador. En caso de discrepancia en el juicio, será descartada y se sustituirá por otra.

### 3. Características de los Indicadores

Los indicadores han de reunir un conjunto de características para que puedan ser utilizados:

*Sensibilidad:* Capacidad para detectar los cambios que se hayan producido en aquello que pretendemos medir.

*Especificidad:* Que mida solamente el fenómeno que deseamos medir, sin dejarse influir por otros fenómenos no controlados por el evaluador.

*Mensurabilidad:* Que los datos requeridos para su construcción y cálculo estén disponibles para los evaluadores.

*Poder de discriminación:* Capacidad para mostrar las diferencias que existen entre dos situaciones realmente diferentes.

*Homogeneidad y difusión:* Cuanto más difundidos estén, y más objetiva sea su obtención, mayor facilidad habrá para comparar los resultados entre distintas organizaciones.

*Costo-efectividad:* Los resultados de la medición deben justificar la inversión de recursos y tiempo dedicados a su obtención.

*Fiabilidad:* Capacidad para obtener los mismos resultados cuando se realizan mediciones diferentes de la misma realidad. Las variaciones entre una medición y otra pueden deberse al instrumento de medición (falta de precisión o "error de medida" del cuestionario, aparato, etc.); variaciones entre distintos observadores, variaciones del objeto medido, en un aspecto que no es el que pretendemos medir con el indicador, y variaciones en el entorno en el que se produce la medición.

*Validez:* Capacidad de medir realmente lo que se pretende. Se diferencia entre tres tipos de validez: Validez de aspecto, predictiva, y de constructo.

La validez de aspecto (o validez facial) se refiere a que la formulación y la obtención del indicador debe ser fácilmente comprensible para los expertos. La relación entre lo que medimos y lo que pretendemos medir debe ser evidente para cualquier observador: el instrumento parece medir lo que se quiere

y para constatarlo se requiere solamente el criterio de expertos. La validez de predicción se refiere a la capacidad del indicador de pronosticar un cambio en el fenómeno que se está midiendo. Por último, la validez de constructo se refiere al modelo teórico sobre el que sustenta la relación entre el indicador y el fenómeno que pretendemos observar. La teoría en la que nos basamos debe estar suficiente y probadamente contrastada.

Es necesario comprobar si los esfuerzos que la organización dedica a la mejora de la calidad producen efectos medibles cuantitativamente, y cuáles de las medidas adoptadas se muestran más eficaces.

Para la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, un indicador clínico es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia al paciente y de los servicios de apoyo.

## 4. Construcción de indicadores

Un indicador debe expresar la información sobre la cualidad que pretendemos medir como un suceso, o una ratio de sucesos dentro de un universo definido. Por ejemplo:

Numerador: Número de pacientes a los que les ocurre un suceso específico /

Denominador: Número de pacientes que tienen una condición determinada o han seguido un procedimiento específico.

Para la construcción de un sistema de indicadores hay que tener en cuenta las siguientes etapas:

### - Selección de indicadores potenciales

Cada indicador debe ser enunciado describiendo de forma clara y concisa el evento que se va a monitorizar. Por ejemplo: "Prevalencia de infección urinaria en pacientes sondados"; Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.

Una vez enunciado el indicador, es necesario valorar la evidencia científica que justifica su validez para medir el criterio de calidad que se pretende valorar. Si es posible, es conveniente incluso establecer el grado de evidencia en el que se sustenta el indicador, incluyendo las referencias bibliográficas. La literatura científica en la que se sustenta el indicador debería revisarse periódicamente, ya que el grado de evidencia puede modificarse muy rápidamente con el avance de la investigación.

Debe definirse también el tipo de indicador: ¿estructura, proceso, resultado?. ¿Centinela, tasa o proporción de sucesos?. Veamos algunos ejemplos:

#### **Indicadores de estructura:**

Porcentaje de zonas de salud en las que se ha instaurado la historia clínica informatizada.

Tasa de ocupación de las camas de un hospital, en un periodo determinado.

#### **Indicadores de proceso:**

Grado de cumplimiento de la Vía Clínica de Parto Normal.

Porcentaje de pacientes que reciben el informe de enfermería en el momento del alta.

#### **Indicadores de resultados:**

Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta.

Tasa de reducción de la incidencia de infección en herida postquirúrgica.

Es conveniente que el indicador se defina como una fórmula, habitualmente una proporción o "tasa", en la que estén claramente establecidos el numerador y el denominador. Veamos algunos ejemplos propuestos por la J.C.A.H.O.

**Numerador:**

Número de pacientes sometidos a procedimiento de injerto de bypass en arteria coronaria aislada (CABG) para bypass de una sola arteria coronaria, excluyendo los procedimientos en la arteria coronaria principal izquierda

---

**Denominador:**

Número de pacientes a los que se les ha realizado un procedimiento CABG

**Numerador:**

Número de pacientes con trauma que vuelven al quirófano dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la realización de la cirugía inicial

---

**Denominador:**

Número de pacientes con trauma que han recibido cirugía inicial en quirófano

Una vez definido y establecida la pertinencia del indicador, es necesario valorar la facilidad de medición y la frecuencia de casos problemáticos que identifica.

¿La revisión de los sucesos que hay que realizar para detectar los eventos puede realizarse de forma automática a partir de bases de datos informatizados, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos, o requiere una revisión de fuentes documentales en papel, como las historias clínicas o los informes de alta?

Si la información está disponible en una base de datos, ¿qué calidad tiene la información, se registran correcta y exhaustivamente los datos sobre los eventos que deseamos contabilizar?. Si la fuente de información es documental, ¿es factible un muestreo aleatorio de las historias clínicas o documentos que haya que revisar?, ¿disponemos de los medios materiales y humanos para realizar esa revisión?

¿La obtención de la información requiere la observación directa de los eventos a valorar? ¿Es posible esa observación, mediante un muestreo temporal, por

observadores objetivos, que no introduzcan un “sesgo subjetivo” en el registro de los datos?.

También es necesario establecer los estándares (grado de cumplimiento deseable o ideal del criterio, que pretendemos alcanzar) e incluirlos en la descripción del indicador.

#### **-Definir la población que es necesario monitorizar**

Es decir, si los eventos que vamos a contar será el numerador de la fórmula del indicador, es necesario también definir de forma clara y exhaustiva el denominador.

Por ejemplo; Número de pacientes dados de alta en hospital en el periodo....

Niños nacidos en el hospital en parto normal (sin cesárea) durante el mes de...

Cuando la medición no puede realizarse sobre toda la población de sucesos o eventos, habrá que valorar la viabilidad de hacer un muestreo, y determinar claramente las condiciones de ese muestreo. Veamos algunos ejemplos, extraídos del Plan de Calidad 2002-2007 del SESCAM:

Indicador: Porcentaje de pruebas de Resonancia Nuclear Magnética realizadas con indicación de acuerdo a protocolo.

Metodología de evaluación: Se realizará un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95 %, y con un 10 % de historias “de reserva”, de las Historias Clínicas de los pacientes atendidos durante el mes anterior a la fecha del muestreo que incluyan el procedimiento de RNM. Esta fecha se determinará de acuerdo con el Director Médico del Hospital, y sin conocimiento previo de los profesionales.. Las historias clínicas serán examinadas por el Presidente de la Comisión de Historias Clínicas y por el Coordinador de Calidad conjuntamente, y se clasificarán conforme al criterio citado en la descripción del indicador. En caso de discrepancia en el juicio, será descartada y se sustituirá por otra.

Indicador: Porcentaje de pacientes que han recibido todas las primeras recetas al alta y en consultas externas respecto del total de pacientes que debían recibir primeras recetas.

Metodología de evaluación: En cada control de enfermería del hospital (o en una muestra aleatoria de controles en la que estén representadas todas las áreas) y en las consultas externas, mediante una hoja de registro se recogerá la información necesaria para obtener el indicador en la que constará para cada alta / consulta durante ese día:

1. ¿Se le ha prescrito algún tratamiento nuevo?
2. Si es así: ¿Se le han suministrado a paciente la totalidad de primeras recetas correspondientes?

Los datos se recogerán de martes a jueves cada semana, durante el periodo de tiempo necesario para completar el tamaño muestral necesario, a partir de un momento definido aleatoriamente a lo largo del año, excluyendo el periodo vacacional (1 de julio a 31 de agosto). Se sugiere utilizar una prevalencia del 50%, alfa : 0,05 y error máximo aceptable un 10%. El numerador debe estar constituido sólo por aquellos pacientes que recibieron la totalidad de las primeras recetas que se le habían prescrito. Muestreo estratificado en función de si son pacientes al alta o de consultas externas. Prev : 50%; error alfa 0,05

#### **- Pilotaje**

Antes de la instauración del indicador, es conveniente realizar un “pilotaje” para detectar deficiencias o dificultades que no hayamos previsto. Esto permite valorar la aplicabilidad y utilidad real del indicador.

Por último, para decidir, del conjunto de indicadores “potenciales”, cuáles vamos a instaurar, conviene tener en cuenta que el número de indicadores debe ser relativamente pequeño. Un número excesivo de indicadores puede incluir mucha información redundante e introducir “factores de confusión”, disminuyendo la “especificidad” del indicador.

Proponemos, como esquema para la construcción de indicadores, el que se incluye en el Plan de Calidad del SESCAM, inspirado en la propuesta de la J.C.I., y que ya hemos utilizado para presentar algunos ejemplos de indicadores.

Indicador	Definición clara y concisa e los eventos que se van a medir
Nivel de medida	Dicotómico/Ordinal/Cuantitativo
Dimensión/es de la calidad	Calidad Científica/técnica/Seguridad/Accesibilidad/Efectividad/Eficacia/Eficiencia/Satisfacción/ Aceptabilidad/ Adecuación
Criterio	Cualidad de la asistencia/gestión que se pretende medir
Unidad de análisis	Definición de la población que se va a monitorizar
Estándar	Grado de cumplimiento del indicador que se pretende alcanzar
Justificación	Evidencia científica publicada en la que se basa el indicador. Si es posible, clasificación del nivel de evidencia (Si no hay evidencia publicada: recomendación de los profesionales)
Fórmula	Numerador / Denominador. Explicación de los términos (el numerador debe estar incluido en el denominador)
Fuente de datos	Bases de datos normalizadas/Historias clínicas/Informes de alta/Observación directa, etc.
Metodología	Observacional, Selectiva, Muestreo aleatorio... etc.

### Niveles de monitorización

Existen tres niveles para monitorizar los programas de calidad:

- El nivel del sistema de salud, cuyos indicadores atraviesan todas las dimensiones e instituciones y son responsabilidad del nivel gestor correspondiente (nivel macro).

- El nivel de cada institución o establecimiento dentro del sistema, con indicadores para la atención que recibe la población concreta que atiende esta institución, y es responsabilidad de los gestores de esta instituciones (nivel meso: subsistemas).

El nivel de la atención a pacientes individuales (nivel micro: gestión clínica).

Para tener una visión adecuada del funcionamiento de las organizaciones, o en términos de la teoría de los sistemas, para conocer mejor las “sinergias” de la organización, detectar los flujos de información y los vectores de fuerzas, y poder planificar acciones que contribuyan a disminuir la “incertidumbre” y ob-

tener mejores resultados, es necesario disponer de información válida y fiable en los tres niveles de de la organización.

## 5. Plan de monitorización

La instauración de un plan de monitorización debe contemplar los siguientes aspectos:

- Fuentes y sistema de recogida de datos.
- La frecuencia de las mediciones.
- Interpretación de los resultados.

### **Fuentes y sistema de recogida de datos**

En la clasificación de los indicadores hemos hablado de los niveles de medida (dicotómico, ordinal y cuantitativo) y de las fuentes de datos: poblacional o muestral. Una vez que hemos definido las fuentes de datos que van a utilizarse (bases de datos informatizadas, documentos escritos, observación directa del desempeño, etc.), habremos de decidir si es posible o conveniente obtener datos de todos los eventos que ocurren en la institución, o si es preferible realizar un “muestreo” de la población de eventos que hayamos decidido. El muestreo, cuando es posible (por ejemplo, seleccionando un conjunto de casos de una base de datos mediante la asignación automática de un número aleatorio a cada caso, o numerando un conjunto de historias clínicas y seleccionando una muestra aleatoria), habremos de utilizar una técnica de muestreo, que no vamos a explicar aquí, remitiendo al lector interesado a cualquier manual de estadística. El muestreo pueden ser simple, sistemático, estratificado, etc.). Cuando el indicador se ha obtenido mediante un muestreo es necesario cuantificar el intervalo de confianza o la probabilidad asociada a la obtención del dato, que es un estadístico representativo del verdadero valor de la población de casos, que se denomina parámetro. La estimación del verdadero valor en la población (bajo el supuesto de que se hayan cumplido todas las especificaciones para mantener la fiabilidad de los datos) es necesaria para comparar los resultados obtenidos con el estándar. Existen métodos de estimación desarrollados en la industria, que tienen la ventaja de utilizar tamaños de muestra generalmente más pequeños: gráficos de control estadístico y muestreo para la aceptación de lotes (Lot Quality Acceptance Sampling; LQAS).

## Frecuencia de las mediciones

La decisión sobre la frecuencia de la medición dependerá fundamentalmente de la finalidad que le concedamos a los indicadores: ¿Se trata de una evaluación externa (por ejemplo, para valorar el grado de cumplimiento del contrato-programa anual), o de una auto-evaluación?. ¿Queremos medir el impacto a corto plazo de una acción concreta, o tenemos un plan de monitorización a largo plazo para detectar posibles tendencias en la evaluación de los indicadores?.

Es necesario encontrar el equilibrio justo entre la “sensibilidad” de los datos para recoger variaciones producidas en los diferentes procesos asistenciales y la utilidad de la información obtenida.

Cada situación y tipo de indicador puede requerir mediciones con mayor o menor frecuencia. No puede establecerse una norma general. Puede establecerse un plan de monitorización periódica, por ejemplo, cada mes, cada trimestre, o una vez al año; o bien una monitorización continua, si deseamos detectar “sucesos centinela” inmediatamente después de que se produzcan, o variaciones en las tasas de ocurrencia de determinados eventos que están directamente relacionados con factores conocidos y pueden indicar tendencias temporales de aumento, o disminución.

Los pasos recomendados por la JCAHO para monitorizar y evaluar la asistencia son los siguientes:

1. Asignar la responsabilidad de la monitorización.
2. Definir el ámbito de la atención: que actividades realizamos, dónde, que profesionales las realizan.
3. Identificar los aspectos importantes de la atención, teniendo en cuenta:

Riesgo: impacto potencial en los pacientes en caso de error.

Volumen o frecuencia.

Complejidad.

#### 4. Identificar los indicadores. Pueden ser:

- Indicadores centinela. El suceso es grave y requiere una revisión individual.

- Indicadores basados en una proporción o tasa. Cuando existen factores identificados que pueden influir sobre el resultado de la tasa, tales como la edad, el sexo, la severidad del trastorno, etc., es necesario obtener tasas "ajustadas a la edad, la casuística (case mix), la severidad o el riesgo", es decir, calculadas para cada grupo de población cuyo riesgo para determinado trastorno o problema de salud pueda cuantificarse separadamente, estableciendo así estándares diferentes para cada grupo.

Veamos un ejemplo de cómo ajustar una tasa para reflejar con más precisión la ocurrencia de un evento de terminado en cada grupo de población.

**1er paso:** Tasa bruta de mortalidad.

**2º paso:** Ajuste por casuística: agrupación en procesos similares, según los siguientes niveles:

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Grupos relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Categorías Diagnósticas Mayores, Médicas o Quirúrgicas (CDM)

**3er paso:** Ajuste por severidad. Agrupando los GRD por grados de complejidad y comorbilidad.

GRD 008 (Enfermedad Pulmonar Oclusiva Crónica, EPOC):

Grado de severidad: 0 mínima.

1 Complicaciones: Bronquiectasias, Fibrilación Auricular, Insuficiencia cardíaca.

2. Máxima: Insuficiencia respiratoria. Neumonía Defunción dentro de los dos días siguientes al ingreso.

**4° paso:** Ajuste por riesgo:

- Edad.
- Motivo de ingreso.
- Diagnóstico principal
- Procedimientos quirúrgicos
- Reserva fisiológica
- Comorbilidades
- Estado de salud
- Condición social
- Hábitos de vida
- Autocuidados
- Manejo hospitalario
- Adecuación del staff
- Rendimiento técnico

5. Establecer los límites deseables del indicador: estándares.

6. Recoger y organizar los datos.

7. Evaluar la atención, cuando obtengamos resultados problemáticos.

8. Actuar para corregir los problemas identificados.

9. Informar a los interesados y a la organización.

### **Interpretación de los resultados**

No debemos dejar de resaltar que la obtención de información sobre el funcionamiento de una organización sanitaria sólo tiene sentido si al detectar una disfunción o “problema de mala calidad” adoptamos las medidas necesarias para corregir el problema. “Medir por medir” no tiene sentido.

## 6. Fuentes de información. La historia clínica

La historia clínica es una fuente de datos fundamental para los sistemas de información sanitarios. Actualmente estamos asistiendo a un proceso de progresiva informatización y digitalización de la documentación clínica, pero tanto si el soporte es papel o electrónico, la documentación clínica ha de cumplir unos criterios de calidad.

El informe de alta tiene gran importancia, ya que es una fuente básica para realizar la codificación del CMBD. Un informe de alta exhaustivo, donde se reflejen los datos administrativos y la información clínica que emana de la actividad (procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, diagnósticos principal y secundarios, complicaciones etc.) es un requisito imprescindible para la posterior codificación del proceso y análisis del case-mix del hospital. Los informes de alta pueden servir también para la realización de estudios clínicos o epidemiológicos. Además, es un documento muy útil para el médico de Atención Primaria, y por tanto, un elemento fundamental en la continuidad de cuidados. Se ha señalado que los informes de alta presentan carencias, especialmente en lo relativo a los datos de tipo administrativo y de carácter demográfico.

El informe se debe realizar lo antes posible, ya que es más fácil que se registre toda la actividad, si se cumplimenta el mismo día que el paciente es dado de alta, que si se hace días después.

Es importante recordar que el acceso a la historia clínica con fines de investigación o de docencia se rige por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal. Por su parte, La Ley de Autonomía del Paciente, en su Artículo 16, establece que "El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los paciente y usuarios o la propia Administración sanitaria".

## Bibliografía

Angaran DM. "Selecting, developing, and evaluating indicators". Am J Hosp Pharm 1991;48:1931-7.

Aracil, J. y Gordillo, "F. Dinámica de Sistemas. Alianza Editorial", 1997.

Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. "Setting health services research priorities in the public health system. An approach through expert consensus". Gac Sanit. 2006 Jul-Aug;20(4):287-94.

Bonfill, X. "Justificación de la iniciativa: algunos problemas relevantes de la atención sanitaria actual, en: Asistencia sanitaria basada en la evidencia". Novartis, Barcelona, 2000. Pág. 10.

"Características de los indicadores clínicos". ©1989 JCAHO, Oakbrook Terrace, IL, 1989, Quality Review Bulletin.

Complexity science. "The challenge of complexity in health care. Paul E Plsek, Trisha Greenhalgh". BMJ vol 323. September 2001. bmj.com. Basado en Stacey RD. Strategic management and organizational dynamics. London: Pitman Publishing, 1996.

Darbé, J. "La utilización de métodos probabilísticos para la evaluación económica de tecnologías sanitarias" Gaceta Sanitaria, 2006;20(1); 74-9.

David L Sackett, William MC Rosenberg, JA Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson. "Evidence-based Medicine". British Medical Journal. BMJ 1996; 312 : 71-2.

David L Sackett, William MC Rosenberg, JA Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson. "Evidence-based Medicine". British Medical Journal. BMJ 1996; 312 : 71-2.

Davies, H.T.O., Lampel, J. "Trust in performance indicators?" Quality in health care. 1998, 7.

Donabedian A. "Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte)". Control de Calidad Asistencial 1991;6: 60-64.

García Pérez RM, Pérez González R, Landrove Rodríguez O. *"Calidad de vida e indicadores de salud: Cuba, 2001-2002. Rev Cubana Hig Epidemiol"*. [online]. set.-dez. 2004, vol.42, no.3 [citado 27 Noviembre 2006], p.0-0. Disponible na World Wide Web: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Goldstein, J. *"Organizations as Nonlinear Systems: Implications for Managers. School of Management and Business"*. Adelphi University. NY. USA

JCAHO *"Características de los indicadores clínicos"*. Control de Calidad Asistencial, 6, 3 (65-74), 1991.

Kaplan, R y Norton, D. *Balanced Scorecard: "Translating Strategy Into Action"*. Hardcover, 1996.

Lamata, F. *"Manual de Administración y gestión sanitaria"*. Ed. Díaz de Santos, 1998.

Leatherman, ST, Hibbard JH, McGlynn EA. *"A research agenda to advance quality measurement and improvement"*. Med Care 2003; 41 (Supp 1): 180-6.

Martínez Arias, R. *"El análisis multivariante en la investigación científica"*. Ed. La Muralla, 1999.

Measuring the Quality of health Care. Molla S. Donaldson Editor. *"The National Roundtable on Health Care Quality. Division of Health Care Services. Institut of Medicine"*. [www.nap.edu/readingroom](http://www.nap.edu/readingroom). Ver también Rev Calidad Asistencial 2001;16:Suppl. 1).

Meneu, R. *"La sombra de una duda: limitaciones en la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de la calidad"*. XXI Congreso de la SECA. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18(6): 332-41.

Moan OB. *"Statistical Decision Procedures in Industry IV. Acceptance Sampling by Variables"*. Mathematics Magazine, Vol. 36, No. 1 (Jan., 1963), pp. 1-10.

Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. *"Building measurement and data collection into medical practice"*. Ann Intern Med 1998;128:460-466.

Ortún V. (1996) *"Innovación organizativa en sanidad"*. En: Meneu R, Ortún V. Edi-

tores. Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explicita. Asociación de Economía de la Salud-SG Editores. Barcelona.

Ovreitvet, J. *"The Convergence of Evidence-based Health Care and Quality Improvement"*. Evidence-based Medicine Health Care & Informatics Review Online 1 July 1998 - Vol 2, No 9.

Peiró S, Casas M. *"Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas"*. En: Cabases JM et al. Informe SESPAS 2001. Accesible en: [www.sespas.aragob.es/](http://www.sespas.aragob.es/)

Peiró S, Casas M. *"Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas"*. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. *"Invertir en Salud. Prioridades para la salud pública en España"* (Informe SESPAS). Valencia: SESPAS y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002; p. 511-29.

Peiró S, Meneu R. *"Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria"*. Gaceta Sanitaria Volumen 12 - Número 2 p. 55 – 58.

Peiró, S., Libroero, J. *"Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria"*. Rev. Neurología 1999, 29: págs. 651-661.

Plan de Calidad del Sescam 2002-2007. <http://sescam.jccm.es>.

Quirós Morato, T., Cuesta Peredo, D. *"Sistemas de información en las Organizaciones Sanitarias: Una Visión Operativa"*. Curso de Experto en Economía de la Salud. Universidad de Palma de Mallorca. Mayo, 2005.

R. Meneu, E. Bernal, F. Pradas, S. Peiró, M. Ridaó. *"Formas de dirección por objetivos y contratos-programa"*. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Revista de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Nº 6. Monográfico.

Rubio S. *"Glosario de planificación y economía sanitaria"*. Ed. Díaz de Santos, 2000.

Ruiz Tellez, A. Y Alonso Lopez, F. *"Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta"*: El proyecto GESHIP. Medifam, mayo 2001, vol.11, no.5, p.11-20. ISSN 1131-5768.

Sacristán, J.A., et alter. "Evaluación económica en medicina". Med.Clin. (Barc.), 2004, 122(10)379-82.

Saturno Hernández PJ. "Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica". Rev Calidad Asistencial 1998;13:437-443.

Saturno PJ.: "Qué, cómo y cuándo monitorizar. Marco conceptual y Guía MTD". Revista de Calidad asistencial 1998, 13: 437-443.

Saturno, P.J. "La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad" Revista de Calidad Asistencial 2004 19 (6) 407-15.

Tejero González M. "Validez de un indicador sintético de calidad de la atención hospitalaria". Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández de Alicante. Octubre 2007.

Uriel, E. (1995). "Análisis de Datos: Series temporales y Análisis Multivariante". Colección Plan Nuevo. Editorial AC.

Visauta, B. (1998) "Análisis Estadístico con SPSS para WINDOWS" (Vol II. Análisis Multivariante). Mc-Graw Hill.

Ware J, Brook R, Davies A, Lohr K. "Choosing measures of health status for individuals in general populations". AJPH 1981;71(6):620-5.,



## TEMA. 2.3

### Técnicas de muestreo

Amaya Biurrun Larralde.  
Elena García Puente.

## 1. Conceptos básicos de estadística

### 1.1. *Parámetros estadísticos*

La estadística es el conjunto de métodos necesarios para recoger, clasificar, representar y resumir datos (Estadística descriptiva), así como para extraer consecuencias científicas a partir de ellos (Estadística inferencial o analítica).

Se llama población al conjunto completo de individuos o unidades estadísticas (poseedores de una serie de caracteres) a los cuales se van a referir las conclusiones de un determinado estudio. Dado que las poblaciones que interesan al investigador son muy extensas y por tanto es imposible estudiarlas de forma completa, se va a trabajar con subconjuntos de esa población o muestras. Las técnicas estadísticas nos permiten inferir las características y relaciones existentes en la población analizando dichos aspectos en una muestra representativa (si se ha obtenido aleatoriamente). Por lo tanto, existe una única población e infinidad de muestras representativas.

Un parámetro es el valor real de cualquier característica de una población, por ejemplo, el peso medio de la población de Castilla la Mancha, o el porcentaje de diabéticos en la población española.

Cada parámetro (poblacional) puede ser estimado a partir de los datos extraídos de una muestra representativa mediante la utilización de una fórmula (una función) en la que entran esos datos obtenidos. A esa función se le denomina estadístico. Usando ese estadístico obtendremos un valor, o estimación del parámetro poblacional.

Por ejemplo, imaginemos que conociéramos con exactitud el peso medio de la población española, que sería  $\mu=77,4$  kgs. y que extrayendo una muestra representativa de 500 personas hubiéramos sumado todos los pesos y el resultado de la suma lo hubiésemos dividido entre 500, habiendo obtenido un peso medio de  $m = 76,6$  kgs. El valor 77,4 es el parámetro, la operación realizada con los datos observados en la muestra sería el estadístico media y el valor 76,6 es la estimación de aquel parámetro. La media de la población (parámetro) es la verdadera y tiene un único valor ( $\mu = 77,4$  kgs.), mientras que al aplicar el estadístico  $m$  a cada muestra obtendremos un valor diferente. La fluctuación de las estimaciones obtenidas en torno al verdadero valor del parámetro serán tanto menores cuanto mayor sea el tamaño de las muestras.

Es costumbre utilizar letras griegas para designar los parámetros poblacionales y letras latinas en el caso de las estimaciones muestrales.

Se llama variable a cada uno de los caracteres o aspectos que se registran en una muestra de individuos (por ejemplo la raza, la edad, el sexo, el nivel de glucemia, etc...). Cada individuo presenta una y sólo una de las posibles modalidades de ese carácter. Las variables pueden ser:

**Cualitativas o categóricas.** Si sus modalidades no son medibles:

Escala nominal. No hay un orden entre las categorías:

Binarias o dicotómicas: sólo constan de dos categorías (sexo: masculino/ femenino; afectación hepática: si/ no).

Más de dos categorías (grupo sanguíneo: A, B, O, AB).

Escala ordinal. Las categorías son susceptibles de ordenación ascendente o descendente (afectación hepática: nula/leve/moderada/grave).

**Cuantitativas**, si sus modalidades son medibles (datos métricos):

Discreta: no puede tomar cualquier valor entre dos valores dados (nº de hijos, nº de partos).

Continua: puede tomar cualquier valor dentro de un intervalo (estatura, colesterolemia).

### **1.2. Medidas de tendencia central y dispersión**

Una serie de observaciones sólo queda perfectamente definida si se dan sus valores originales (datos continuos) o su distribución de frecuencias con clases sin agrupar (datos cualitativos o discretos), pero puede ser resumida correctamente mediante una serie de medidas llamadas genéricamente medidas de una distribución de frecuencias, que son las medidas de posición y las medidas de dispersión.

Medida de posición. Número que describe cómo se encuentra el resto de la muestra con respecto a él.

Distinguimos:

Medidas de tendencia central o de centralización: son las medidas de posición más usuales y aluden a un número "central" que intenta representar a toda la muestra "¿alrededor de qué valor se encuentran los datos de mi distribución?". Dentro de ellas tenemos:

MEDIA. Existen varios tipos de media, pero cuando se habla de media sin más, nos estamos refiriendo a la media aritmética, que es igual a la suma de las observaciones dividida entre el número de observaciones, es decir:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} x_i \cdot f_i}{n}$$

$\bar{x}$  = media

$f_i$  = frecuencia de aparición del elemento  $i$ ésimo

$x_i$  = elemento  $i$ ésimo

$n$  = número de elementos

**MEDIA GEOMÉTRICA.** La media geométrica  $G$  de un conjunto de números  $x_1, x_2, \dots, x_n$  que se presentan con frecuencias  $f_1, f_2, \dots, f_n$ , respectivamente será:

$$G = \sqrt[n]{x_1^{f_1} \cdot x_2^{f_2} \dots x_n^{f_n}}$$

**MEDIA CUADRÁTICA.** La media cuadrática  $Q$  de un conjunto de números  $x_1, x_2, \dots, x_n$  que se presentan con frecuencias  $f_1, f_2, \dots, f_n$ , respectivamente será:

$$Q = \sqrt{\frac{f_1 \cdot x_1^2 + f_2 \cdot x_2^2 + \dots + f_n \cdot x_n^2}{n}}$$

**MEDIANA.** La mediana de un conjunto de datos ordenados es un número (perteneciente o no a la muestra) que ocupa el valor medio de la distribución estadística. Por tanto, deja el 50% de las observaciones de la muestra por debajo y el 50% por encima.

Si hay un número impar de datos, la mediana viene dada por el valor situado en el medio. Si hay un número par de datos, vendrá dada por la media aritmética de los valores medios.

**MODA.** Llamamos moda de una distribución, al valor dentro del conjunto de datos que se presenta con mayor frecuencia.

Resto de medidas de posición. Análogamente a la mediana (que divide la distribución en dos partes iguales), existen otras medidas de posición genéricamente llamadas cuantiles. Las más utilizadas son los cuartiles y los percentiles.

Los cuartiles dividen la distribución ordenada en cuatro partes iguales, de manera que el primer cuartil ( $Q_1$ ) deja a la izquierda el 25% de los datos y a la derecha el 75% restante. El tercer cuartil ( $Q_3$ ) deja el 75% a la izquierda y el 25% a la derecha. El segundo cuartil se corresponde con la mediana.

El concepto anterior es extensivo a los percentiles, de modo que el percentil  $i$  es aquel valor que deja a su izquierda (por debajo) el  $i\%$  de la muestra ordenada.

### Consideraciones acerca de las medidas de posición:

- La media aritmética es la medida de posición más utilizada ya que se basa en el total de las observaciones y matemáticamente es de fácil manejo. Su desventaja es que resulta muy influida por los valores extremos, y por ello se emplea preferentemente en distribuciones simétricas.
- La media geométrica es muy utilizada en microbiología y serología (a la hora de expresar titulaciones).
- La mediana es preferida cuando la distribución de los datos es asimétrica (y por tanto los valores extremos distorsionan el valor de la media). Como desventaja respecto de la media, pierde información, ya que no tiene en cuenta la magnitud exacta de la mayoría de las observaciones. Además no es tan manejable desde el punto de vista matemático, con vistas a la estadística analítica.
- La moda interesa cuando queremos estimar de forma rápida y no muy precisa una medida de tendencia central. Al igual que la mediana no se ve afectada por los valores extremos y es poco susceptible de manejo matemático.

Medidas de dispersión. Las medidas de posición nos informan acerca de cuáles son los valores de la muestra, pero no nos dicen nada de cómo son de diferentes esos datos. Si las medidas de centralización sirven para hallar un dato "central" alrededor del cual se distribuye la muestra, las medidas de dispersión nos contestan a la pregunta: ¿cómo se distribuyen esos datos alrededor del valor central?; ¿se encuentran muy agrupados, o muy dispersos? Estudiaremos:

**RANGO, AMPLITUD o RECORRIDO.** Diferencia entre los valores más grande y más pequeño de la muestra. Tiene la ventaja de expresarse en las mismas unidades de los datos y ser fácil de calcular. Sus desventajas son que sólo utiliza para su cálculo dos elementos de la muestra (y además los extremos), y que aumenta con el tamaño muestral.

El uso de la amplitud es restringido, utilizándose cuando se desea una medida rápida de la dispersión de la muestra. Es la medida de dispersión que debe acompañar a la moda, en las escasas ocasiones en que ésta sea la medida de posición utilizada.

RANGO INTERCUARTÍLICO. Diferencia entre los cuartiles tercero (Q3) y primero (Q1). Al igual que la anterior se emplea con fines meramente descriptivos, y es la medida de dispersión adecuada cuando se utiliza la mediana como medida de posición.

DESVIACIÓN TÍPICA (o ESTÁNDAR). Raíz cuadrada de la media de los cuadrados de las desviaciones con respecto a la media de la distribución.

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n f_i (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

- Se trata de la medida de dispersión más utilizada en la literatura científica, y es de elección cuando usamos la media como medida de posición (es su medida de dispersión natural, dado que toma como centro a la media para calcularse). Su estudio es indispensable cuando se trata de interpretar datos en relación con la curva normal de probabilidades.
- Es la medida de dispersión que posee más estabilidad frente a las fluctuaciones de la muestra tomada.
- Deberá hallarse cuando posteriormente haya que calcular otras medidas, sobre todo relacionadas con la inferencia estadística.
- Se basa en todos los valores de la variable, atendiendo a su magnitud y a su signo y se mide en las mismas unidades de la variable.

La varianza ( $s^2$ ) es el cuadrado de la desviación estándar y constituye otra medida de dispersión, cuya desventaja respecto a la anterior es que se mide en unidades al cuadrado.

COEFICIENTE DE VARIACIÓN. La desviación estándar de un conjunto de mediciones se expresa con las mismas unidades que estas medidas.

$$CV = \frac{s}{x}$$

A veces puede ser útil describir la variabilidad expresando la desviación estándar como un porcentaje de su media. Por ejemplo, ¿qué implica mayor dispersión, 2 metros respecto de una media de 366m, ó 0,3mm respecto de una media de 1,5mm? Estamos ante el coeficiente de variación, es decir, la desviación estándar medida en unidades de su media.

### 1.3. *Distribuciones de probabilidad más frecuentes*

Siempre que hablemos de probabilidad entenderemos por tal el límite teórico de las frecuencias relativas de un suceso cuando el número de pruebas o ensayos es infinito.

La gran mayoría de los fenómenos de la naturaleza siguen exacta o aproximadamente unas pocas leyes bien conocidas que son las leyes o distribuciones de probabilidad teóricas. Las tres más importantes son la binomial, la de Poisson (ambas para variables discretas), y la Normal (para continuas).

**DISTRIBUCIÓN BINOMIAL.** Es muy frecuente en ciencias como la Física, la Química, Medicina, Sociología, etc... el considerar alternativas que tienen siempre la misma posibilidad de suceder. La distribución binomial es aquella en la que un cierto suceso sólo admite dos resultados posibles (éxito-fracaso, masculino-femenino...). Además, la probabilidad de éxito ( $p$ ) y la de fracaso ( $q=1-p$ ), se mantienen constantes a lo largo de todas las pruebas. Por último ha de cumplirse que todos los sucesos sean independientes entre sí, y por tanto que el resultado de cada uno de ellos no dependa de los resultados anteriores.

Sea un experimento para el que únicamente se pueden presentar los sucesos A (éxito) y B=no A (fracaso), siendo  $p(A)=p$  y  $p(B)=q$ , con  $p+q=1$ . Por ej: lanzar 20 veces una moneda al aire y averiguar la probabilidad de obtener 3 caras.

$$P(x) = \frac{n!}{x!(n-x)!} \cdot p^x \cdot (1-p)^{n-x}$$

Se realizan  $n$  pruebas de ese experimento y queremos saber la probabilidad de obtener  $x$  éxitos en esas  $n$  pruebas.

La distribución binomial se caracteriza por los valores  $n$  y  $p$ , que son los parámetros de la distribución.

**DISTRIBUCIÓN DE POISSON.** Se puede considerar como un caso límite de la binomial en la cual  $n$  es muy grande ( $\geq 100$ ),  $p$  muy pequeño ( $\leq 0,05$ ). Pero además de su utilidad como caso particular de la binomial también tiene interés cuando sucesos iguales ocurren aleatoriamente a lo largo del tiempo o cuando pequeñas partículas se distribuyen de forma aleatoria en el espacio.

La ley de Poisson depende del parámetro  $\lambda = n \cdot p$ , y da la probabilidad  $p(0)$ ,  $p(1)$ ,  $p(2)$ ...etc de hallar en muestras de tamaño  $n$  un número  $x$  de sujetos con igual característica. Se demuestra que la probabilidad de encontrar aproximadamente  $x$  sujetos con la misma característica es:

$$P(x) = e^{-\lambda} \lambda^x / x!$$

siendo  $e=2,7182...$  (la base del logaritmo natural)

Sea por ejemplo, una población con una prevalencia de diabetes del 2%. La probabilidad de encontrar 0, 1, 2, 3,... etc diabéticos en una muestra aleatoria de 100 sujetos viene dada de forma exacta por la ley binomial  $B(100;0,02)$ , pero también se puede calcular con mucha aproximación, mediante la ley de Poisson  $p(2)$ , ya que  $p$  es pequeño y  $n$  grande ( $n \cdot p = 100 \cdot 0,02 = 2$ ).

**DISTRIBUCIÓN NORMAL O DE GAUSS.** La distribución normal es la distribución continua más importante en la teoría y en la práctica estadística. Una gran mayoría de las variables aleatorias de la naturaleza la siguen. Por ejemplo, si consideramos la distribución de tallas de un grupo de individuos veremos que los individuos muy altos o muy bajos están igualmente alejados de la media, mientras la inmensa mayoría se encuentran más cercanos a la media.

Las propiedades más importantes de la curva (que tiene forma de campana, campana de Gauss), son:

- La curva Normal es simétrica con respecto a la ordenada de la media. En ese punto la media presenta la ordenada máxima.
- Las tres medidas importantes de tendencia central (media, mediana y moda) coinciden en el mismo punto de esa curva.
- La curva normal es asintótica con el eje de abscisas, es decir las ramas son casi tangentes (lo son en el infinito) con el eje de abscisas.

- La curva es simétrica y mesocúrtica.
- El área encerrada por la curva vale 1.
- Entre  $-s$  y  $+s$  se halla comprendido el 68,27% del área. Entre  $-2s$  y  $+2s$ , se encuentra el 95,45% y entre  $-3s$  y  $+3s$  el 99,73% del área total (siendo  $s$  la desviación estándar de la distribución).

Por último decir que si en una distribución binomial los productos  $np$  y  $nq$  son  $> 5$  (muestra grande), la distribución se comportará aproximadamente igual que una normal. Dado que la de Poisson es un caso particular de la binomial, también se podrá aproximar a una Normal.

#### **1.4. Comparación de parámetros**

Hay dos amplias categorías en la inferencia estadística: la estimación y los contrastes de hipótesis. La teoría de la estimación sirve para determinar el valor de los parámetros poblacionales en base al de los parámetros muestrales. Por su parte, el contraste de hipótesis es un conjunto de reglas tendentes a decidir cuál de dos hipótesis (hipótesis nula o hipótesis alternativa) debe aceptarse en torno al resultado obtenido en una muestra.

A un estadístico empleado para aproximar o estimar un parámetro de la población e se le llama estimador puntual de  $e$  y se denota por  $\hat{e}$ . Una vez que la muestra ha sido tomada y se han hecho algunas observaciones se puede obtener el valor numérico del estadístico  $\hat{e}$  (sea la media, desviación estándar,...), que se conoce como estimación puntual.

Pero además de la estimación puntual obtenemos un intervalo de confianza, es decir un intervalo numérico hallado a partir de la muestra que con un alto nivel de seguridad contiene el verdadero valor del parámetro poblacional.

En este cuadro se citan los test más empleados en los contrastes de hipótesis, dependiendo del tipo de variables de que se trate:

Variable 1	Variable 2	Análisis
Cualitativa 2 categorías	Cualitativa 2 categorías	$\chi^2$ (test de Fisher)
Cualitativa $\geq 2$ categorías	Cualitativa $\geq 2$ categorías	$\chi^2$
Cualitativa 2 categorías	Cuantitativa	t-test; U-Mann-Whitney (no paramétrico)
Cualitativa $\geq 2$ categorías	Cuantitativa	ANOVA; Kruskal-Wallis (no paramétrico)
Cuantitativa	Cuantitativa	Correlación, Regresión

## 2. Muestreo

### 2.1. Aspectos generales del muestreo

#### Concepto de muestreo

El muestreo es una herramienta de la investigación científica. Su función básica es determinar que parte de una realidad en estudio (población o universo) debe examinarse con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población. El error que se comete debido al hecho de que se obtienen conclusiones sobre cierta realidad a partir de la observación de sólo una parte de ella, se denomina error de muestreo. Obtener una muestra adecuada significa lograr una versión simplificada de la población, que reproduzca de algún modo sus rasgos básicos.

#### Terminología del muestreo

- Población objeto: conjunto de individuos de los que se quiere obtener una información.
- Unidades de muestreo: número de elementos de la población, no solapados, que se van a estudiar. Todo miembro de la población pertenecerá a una y sólo una unidad de muestreo.

- Unidades de análisis: objeto o individuo del que hay que obtener la información.
- Marco muestral: lista de unidades o elementos de muestreo.
- Muestra: conjunto de unidades o elementos de análisis sacados del marco.

### **Muestreo probabilístico**

El método otorga una probabilidad conocida de integrar la muestra a cada elemento de la población, y dicha probabilidad no es nula para ningún elemento.

Los tipos de muestreo probabilístico son:

- Muestreo aleatorio simple.
- Muestreo sistemático.
- Muestreo aleatorio estratificado.
- Muestreo por conglomerados (clusters).

#### *Muestreo aleatorio simple*

Muestreo equiprobabilístico. Si se selecciona una muestra de tamaño  $n$  de una población de  $N$  unidades, cada elemento tiene una probabilidad de inclusión igual y conocida de  $n/N$ .

Ventajas:

- Sencillo y de fácil comprensión.
- Cálculo rápido de medias y varianzas.
- Se basa en la teoría estadística, y por tanto existen paquetes informáticos para analizar los datos.

Desventajas:

- Requiere que se posea de antemano un listado completo de toda la población.
- Cuando se trabaja con muestras pequeñas es posible que no represente a la población adecuadamente.

*Muestreo sistemático*

Procedimiento:

- Conseguir un listado de  $N$  elementos.
- Determinar un tamaño de muestra  $n$ .
- Definir un intervalo de salto  $k$ ;  $K=N/n$ .
- Elegir un número aleatorio,  $r$ , entre 1 y  $k$  ( $r$  =arranque aleatorio).
- Seleccionar los elementos de la lista.

Ventajas:

- Fácil de aplicar.
- No siempre es necesario tener un listado de toda la población.
- Cuando la población está ordenada siguiendo una tendencia conocida, asegura una cobertura de unidades de todos los tipos.

Desventajas:

Si la constante de muestreo está asociada con el fenómeno de interés, se pueden hallar estimaciones sesgadas.

*Muestreo aleatorio estratificado.*

El azar no es una garantía de representatividad. Este muestreo pretende ase-

gurar la representación de cada grupo en la muestra. Cuanto más homogéneos sean los estratos, más precisas resultarán las estimaciones.

Ventajas:

- Tiende a asegurar que la muestra represente adecuadamente a la población en función de unas variables seleccionadas.
- Se obtienen estimaciones más precisas.

Desventajas:

- Se ha de conocer la distribución en la población de las variables utilizadas para la estratificación.
- Los análisis son complicados, en muchos casos la muestra tiene que ponderarse (asignar pesos a cada elemento).

*Muestreo por conglomerados*

- Los conglomerados se caracterizan porque la variación en cada grupo es menor que la variación entre grupos.
- La necesidad de listados de las unidades de una etapa se limita a aquellas unidades de muestreo seleccionadas en la etapa anterior.

Ventajas:

- Es muy eficiente cuando la población es muy grande y dispersa. Reduce costes.
- No es preciso tener un listado de toda la población, sólo de las unidades primarias de muestreo.

Desventajas:

- El error estándar es mayor que en el muestreo aleatorio simple o estratificado.
- El cálculo del error estándar es complejo.

## 2.2. Cálculo del tamaño muestral

Cada estudio tiene un tamaño muestral idóneo, que permite comprobar lo que se pretende con una seguridad aceptable y el mínimo esfuerzo posible. Para el cálculo del tamaño muestral en cada tipo de estudio existe una fórmula estadística apropiada. Se basan en el error estándar, que mide el intervalo de confianza de cada parámetro que se analiza (media aritmética, porcentaje, diferencia de medias, etc.). La precisión estadística aumenta (el error estándar disminuye) cuando el tamaño muestral crece. Para cada caso en concreto, será necesario consultar un libro de estadística, o más fácil, utilizar algún programa como Epiinfo.

### Cálculo del tamaño muestral en una auditoría de historias clínicas

Se trata de una situación especial, en la que se va a determinar la presencia o ausencia de un determinado documento, por ejemplo (variable dicotómica). En este caso, hay que determinar la proporción esperada de la variable de interés, la precisión deseada, y el nivel de confianza. Podemos aplicar las siguientes fórmulas para el cálculo del tamaño muestral (si el muestreo es aleatorio).

Tamaño de la población desconocido

$$\text{Tamaño muestral } n = z^2_{\alpha} pq/i^2$$

Donde:

Z= Valor de z, 1,96 para  $\alpha=0,05$  y 2,58 para  $\alpha=0,01$ .

P= Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable ( $p=0,5$ ), que hace mayor el tamaño muestral.

$$q=1-p$$

i= Error que se prevé cometer. Por ejemplo, para un error del 10%, introduciremos en la fórmula el valor 0,1. Así, con un error del 10%, si el parámetro estimado resulta del 80%, tendríamos una seguridad del 95% (para  $\alpha=0,05$ ) de que el parámetro real se sitúa entre el 70% y el 90%. Vemos, por tanto, que la amplitud total del intervalo es el doble del error que introducimos en la fórmula.

Tamaño de la población conocido

Tamaño muestral  $n = N z^2 pq / (i^2(N-1) + z^2 pq)$

Donde:

N: tamaño de la población, número total de historias.

z. Valor de z, 1,96 para  $\alpha=0,05$  y 2,58 para  $\alpha=0,01$ .

p: Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable ( $p=0,5$ ), que hace mayor el tamaño muestral.

$q=1-p$

i= Error que se prevé cometer.

Recomendamos calcular tamaños muestrales para  $\alpha=0,05$ , y un error 0,1 o más precisas.

### **2.3. Muestreo para la aceptación de lotes**

Introducción al muestreo para la aceptación de lotes.

El muestreo para la aceptación de lotes (Lot Quality Acceptance Sampling o LQAS) se presenta como un método complementario a los métodos de muestreo tradicionales, anteriormente presentados.

El tipo de medida de frecuencia que se utiliza habitualmente para la medición de indicadores es la proporción. El cálculo del tamaño muestral necesario para la estimación de una proporción se realiza mediante la aproximación de la distribución binomial a la distribución normal, aplicando la siguiente fórmula:

Tamaño muestral  $n = z^2_{\alpha} pq / i^2$

Donde n es el tamaño muestral necesario,  $\alpha$  es el error alfa, p es la proporción esperada y la precisión deseada es i.

Como se puede ver en los siguientes ejemplos, en ciertas condiciones los tamaños muestrales resultantes de la aplicación de esta fórmula son “grandes” y exigen un considerable trabajo de recogida de datos que ocupan unos recursos no siempre disponibles.

PROPORCION ESPERADA	ERROR ALFA	PRECISION	TAMAÑO MUESTRAL
50 %	5%	7 %	196
50 %	5%	5 %	385
30 %	5%	5 %	323
30 %	5%	3 %	897

Para poblaciones finitas, caso común en la realidad de los estudios hospitalarios, la fórmula aplicada sufre una corrección que reduce el número de casos a estudiar. Aún así, éstos pueden ser todavía considerables como podemos ver.

POBLACION	PROPORCION ESPERADA	ERROR ALFA	PRECISION	TAMAÑO MUESTRAL
15.000	50 %	5%	5 %	376
1.500	50 %	5%	5 %	307
150	50 %	5%	5 %	108

Cuando no se dispone de los recursos necesarios para afrontar un muestreo dirigido a la estimación de un parámetro de interés, podemos recurrir a una técnica, el muestreo por aceptación de lotes, que nos permite decidir con una muestra de pequeño tamaño, si estamos o no ante un problema de calidad.

### Antecedentes y objetivo

El muestreo por aceptación de lotes es una técnica de control de calidad utilizada en la industria desde hace más de 70 años. Su utilización en la industria tiene como objetivo aceptar o rechazar en su totalidad, lotes homogéneos de productos, según alcancen o no unos niveles de calidad preestablecidos y sobre la base de una pequeña muestra obtenida de cada lote.

En el ámbito sanitario su utilización ha ido en aumento desde mediados de los 80, especialmente en países de baja renta y la Organización Mundial de la

Salud lo ha respaldado como uno de los métodos más prácticos de monitorización de programas de salud: se ha utilizado en evaluación de prácticas de riesgo y VIH, evaluación de coberturas vacunales en distintas poblaciones, en evaluación de la nutrición en la infancia...

Los estudios realizados con esta técnica y aplicados a gestión de la calidad han monitorizado distintas actividades sanitarias, sobre todo a través de la revisión historias clínicas: adecuación de ingresos hospitalarios, calidad del servicio proporcionado a los pacientes, calidad en el seguimiento de hallazgos anómalos de laboratorio, evaluación de cuidados extrahospitalarios para pacientes con diabetes, hipertensión o asma...

En el campo de la monitorización de indicadores y procesos relacionados con la calidad, vemos que los lotes pueden corresponder a grupos de población, área cubierta por centros de salud, servicios dentro de un hospital, casos ocurridos en un período de tiempo... y este tipo de muestreo puede ocupar un lugar importante entre las técnicas de que disponemos. Aunque no permite hacer una estimación del valor del indicador en la muestra (y esta es su principal desventaja), es útil para clasificar un proceso como aceptable o problemático y tomar, en consecuencia, decisiones sobre cómo actuar. Al reducir considerablemente el tamaño muestral, y por tanto, el esfuerzo dedicado a la recogida de datos, ofrece la posibilidad de efectuar una evaluación rápida y secuencial en el tiempo, a la vez que permite identificar las unidades (lotes) que presentan problemas.

Así, se puede afirmar que esta modalidad de muestreo que se podría encuadrar como un tipo de muestreo estratificado, constituye un método complementario al muestro convencional: con este último, estimamos el valor del indicador que nos interesa, con el muestreo por aceptación de lotes, discriminamos los lotes (poblaciones, centros de salud, servicios...) que requieren adoptar medidas de mejora.

### **Desarrollo metodológico**

La aplicación del muestreo para la aceptación de lotes requiere:

- Definir las características o especificaciones que van a ser objeto de estudio (como ocurre con cualquier otro tipo de diseño).
- Definir lo que se entiende por lote (equivalente, en otros tipos de diseño, a lo que se entiende por población de estudio).

- Definir el plan de muestreo a emplear, esto es, establecer una regla de decisión para poder diferenciar entre niveles de aceptación o rechazo de un lote.

En este último aspecto nos vamos a detener para detallarlo más. Definir el plan de muestreo consiste en determinar el número máximo de casos no cumplidores (fracasos) que podemos obtener en una muestra de tamaño muestral determinado, que nos permita distinguir entre un lote con un nivel del indicador aceptable y un lote con un nivel del indicador rechazable.

Para definir el plan de muestreo se requiere conocer o establecer:

- Estándar: otros autores lo describen como el nivel de calidad aceptable (Acceptable Quality Level; AQL en algunos textos), nivel de cumplimiento deseado o umbral superior. Es el valor que define un nivel de buena calidad para el indicador.
- Umbral: otros autores lo denominan como el nivel de calidad rechazable (Rejectable Quality Level; RQL en algunos textos) o umbral inferior. Es el valor que define un nivel de mala calidad para el indicador.

Junto a estos dos criterios se ha de establecer:

- El riesgo de tipo I (alfa) o riesgo del proveedor, definido como la probabilidad de rechazar o valorar como no cumplido el estándar cuando en realidad se cumple.
- El riesgo de tipo II (beta) o riesgo del comprador, definido como la probabilidad de aceptar o valorar como cumplido el estándar cuando en realidad el cumplimiento es igual o inferior al umbral.

Estos cuatro parámetros determinan el plan de muestreo, compuesto por dos números.

$n$  = tamaño muestral que debemos utilizar.

$d$  = número máximo de incumplimientos -unidades defectuosas- tolerable (ó número decisional)

Así por ejemplo, un plan de muestreo 10-3 significa que se toman muestras aleatorias de 10 elementos dentro de cada lote. Si el número de no cumplidores es 0, 1, 2 ó 3, el lote se clasifica como aceptable. Si es mayor de 3, el lote se rechaza ya que el estándar no se cumple al ser muy baja la probabilidad del resultado obtenido si AQL fuese cierto.

Los cálculos del plan de muestreo están basados en la distribución binomial que responde a la siguiente fórmula:

$$P(x) = \frac{n!}{x!(n-x)!} \cdot p^x \cdot (1-p)^{n-x}$$

$P(x)$  = probabilidad de encontrar  $x$  éxitos en una muestra de  $n$  casos

$n$  = tamaño de la muestra

$x$  = número de éxitos en la muestra

$p$  = proporción esperada de éxitos en la población

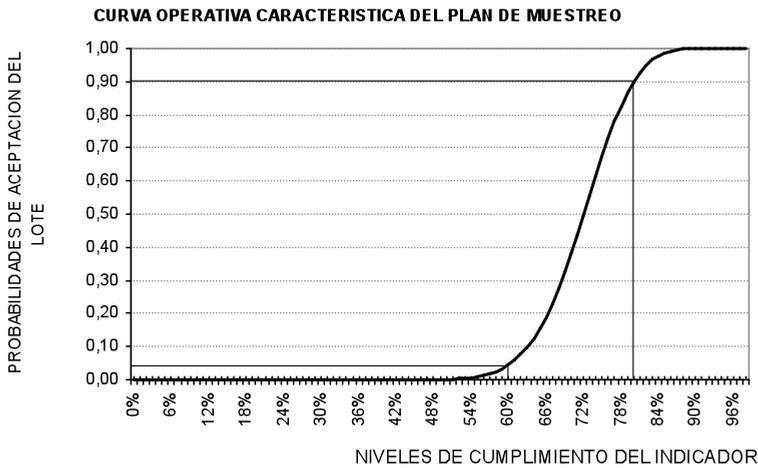
Así por ejemplo, la probabilidad de encontrar 4 errores en una muestra de 15, cuando la probabilidad de éxito en la población es del 50%, sería:

$$P(11) = \frac{15!}{11!4!} \cdot 0.5^{11} \cdot 0.5^4 = 0.041$$

Basándose en esta fórmula se puede obtener el plan de muestreo ( $n$  y  $d$ ), pero para hacerlo más fácil diversos autores han elaborado distintos sistemas (gráficos o tablas) que presentamos a continuación:

- Curva de característica operativa (operating characteristic –OC– curve) para un determinado tamaño muestral ( $n$ ) y un número máximo de incumplimientos ( $d$ ).
- Tablas de Lemeshow et al para el cálculo del tamaño muestral y el número de decisión más eficiente para un nivel determinado del estándar y del umbral.
- Tablas de Valadez sobre las probabilidades acumuladas para estándares determinados y número determinado de incumplimientos (en la bibliografía).

La curva de característica operativa representa la probabilidad de aceptación de diversos niveles de calidad para un determinado tamaño muestral y número máximo de incumplimientos. Consiste en una representación gráfica de las probabilidades de aceptación para los distintos niveles de cumplimiento de indicador. A partir de ella se obtiene el riesgo del proveedor y del comprador. Así por ejemplo, con un tamaño muestral de 45 y un número máximo de incumplimientos de 12 se obtiene la siguiente curva:



De ella obtenemos que para un plan de muestreo 45 y 12 con un valor estándar del 80% y un umbral del 60% el riesgo del proveedor es del 9,9% y el riesgo del comprador es del 4,46%.

Utilizando la curva de característica operativa y ayudados de una hoja de cálculo se han obtenido unos ejemplos de planes de muestreo que pueden ser de utilidad.

Estándar	Umbral	Error del Comprador	Error del proveedor	Plan de muestreo	
				Tamaño muestral	Nº máximo de no cumplidores
90%	70%	9,0%	9,8%	25	4
90%	75%	9,6%	10%	40	6
90%	80%	10 %	10,1 %	80	11

Como se puede comprobar, la reducción del tamaño muestral es considerable.

Aunque las curvas OC aportan más información y permiten escoger distintos valores para los errores alfa y beta, son más complicadas de usar e interpretar que las tablas. Lemeshow et al. han construido tablas para errores alfa 1%, 5% y 10% combinadas con errores beta 10 %, 20 % y 50 %. Vamos a presentar aquí las tablas para alfa 5 % y beta 10 % y para alfa 5% y beta 20%.

Para su uso, necesitaremos conocer el estándar, que en la tabla figura como Po y el umbral, que figura como Pa. Para cada combinación de estándar y umbral, la tabla nos da el tamaño muestral n y el número de decisión c, que equivale al número mínimo de cumplimientos (no confundir con d, número máximo de incumplimientos).

Tamaño de muestra n y número de decisión c para nivel de significación 5 %; poder 90 % (error alfa 5 %, error beta 10%):

Estándar (Po %)										
Umbral (Pa %)	50 n-c	55 n-c	60 n-c	65 n-c	70 n-c	75 n-c	80 n-c	85 n-c	90 n-c	95 n-c
10	10-2	8-2	6-1	5-1						
15	14-3	11-3	8-2	7-2	5-1					
20	20-6	15-5	11-3	9-3	7-2	5-2				
25	31-10	21-7	16-6	12-5	9-4	7-3	5-2			
30	50-19	32-12	22-9	16-7	12-5	9-4	7-3	5-2		
35	92-38	52-22	33-15	22-10	16-8	11-5	8-4	6-3	5-3	
40	211-93	93-43	52-25	32-16	22-11	15-8	11-6	8-5	6-4	
45	853-402	212-104	93-48	51-27	31-17	21-12	14-8	10-6	7-4	
50		852-444	210-114	91-51	49-29	30-18	19-12	13-8	9-6	5-3
55			834-477	203-120	87-53	46-29	27-18	17-12	11-8	7-5
60				798-496	191-123	80-53	42-29	24-17	14-10	8-6
65					746-501	176-122	72-52	36-27	20-15	11-9
70						676-488	156-116	62-48	30-24	15-12
75							489-455	131-104	49-40	21-18
80								484-398	102-86	34-30
85									362-316	67-60
90										221-204

Los espacios en blanco de la tabla corresponden a n menores de 5

Fuente: tomado de Saturno P, adaptado de Lemeshow S et al.

Tamaño de muestra  $n$  y número de decisión  $c$  para nivel de significación 5 %; poder 80 % (error alfa 5 %, error beta 20%):

Estándar ( $P_0$ %)										
Umbral (Pa %)	50 n-c	55 n-c	60 n-c	65 n-c	70 n-c	75 n-c	80 n-c	85 n-c	90 n-c	95 n-c
10	8-1	6-1	5-1							
15	11-2	8-2	7-2	5-1						
20	15-4	11-3	9-2	7-2	5-1					
25	23-7	16-5	12-4	9-3	7-2	5-2				
30	37-13	24-9	16-6	12-5	9-4	6-2	5-2			
35	67-26	38-15	24-10	16-7	11 5	8-3	6-3			
40	153-66	68-30	38-17	23-11	16-8	11-5	8-4	5-2		
45	617-288	154-74	67-33	37-19	22-11	15-8	10-5	7-4	5-3	
50		615-317	151-80	65-35	35-20	21-12	13-8	9-5	6-4	
55			600-340	145-84	62-37	32-19	19-12	12-8	7-4	
60				573 353	136-86	57-37	29-19	16-11	10-7	5-3
65					534-356	125-85	50-35	25-18	13-9	7-5
70						483 346	109-80	43-32	20-15	9-7
75							419-321	91-71	33-26	14-11
80								342 279	69-58	22-19
85									253-219	44-39
90										150-138

Los espacios en blanco de la tabla corresponden a  $n$  menores de 5

Fuente: tomado de Saturno P, adaptado de Lemeshow S et al.

Ejemplo: Un hospital desea conocer si el 90% de sus informes de alta de un determinado período cumplen los requisitos de calidad establecidos por su Comisión de Historias Clínicas. Considera que si un servicio sólo alcanzara un 70 % en este indicador, necesitaría revisar la forma en que emite los informes de alta. ¿Cuántos informes habrá que revisar en cada servicio y qué número de ellos debe reunir todos los requisitos para un riesgo alfa del 5 % y un riesgo beta del 10%?. Buscamos en las tablas y vemos que necesitaremos tomar en cada servicio 30 informes de alta y observar que 24 de ellos cumplen los requisitos para aceptar que en ese servicio se alcanza el estándar con un riesgo de error de que no sea así, del 10%,.

## Conclusión

Las condiciones de aplicación son las siguientes:

- a) Requiere la homogeneidad del lote o población
- b) Requiere una medida previa del indicador de forma precisa, para elegir estándar y umbral.

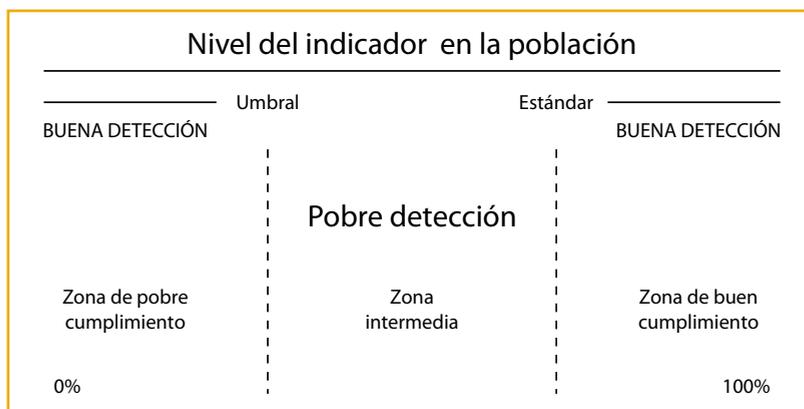
### Como ventajas tenemos:

- Requiere un tamaño muestral menor que métodos tradicionales, y por lo tanto, un menor esfuerzo en la recogida de datos. Puede emplearse en una monitorización más repetida en lo que se denomina "evaluación rápida y secuencial en el tiempo".
- Estos menores requerimientos de tamaño muestral pueden ser útiles para la detección de deficiencias en áreas pequeñas (servicios, secciones, unidades, etc..).

### Como desventajas destacamos:

- No obtenemos una medida precisa del indicador, sino un criterio de decisión para aceptar o rechazar un lote o población determinado.
- Si el valor del indicador en la población se encuentra entre estándar y umbral, los errores que se comenten son superiores a los calculados en el plan de muestreo. Esta idea se representa en el siguiente esquema.

Capacidad del plan de muestreo para detectar y clasificar correctamente el lote:



Así por ejemplo, para el plan de muestreo 40 (tamaño muestral) y 6 (número de casos de incumplimiento), cuando el estándar está fijado en el 90% y el umbral en el 75%; si el valor real del indicador en la población que se mide está en el 84%, la probabilidad de aceptar o valorar como cumplido el estándar cuando en realidad no se cumple el estándar, pero tampoco se está por debajo del umbral, es del 54%. También es preciso decir que si el indicador en la población que se mide está en una zona de buena capacidad discriminativa, como por ejemplo, en el 93%, la probabilidad de rechazar o valorar como no cumplido el estándar cuando en realidad se cumple, es del 2%.

## Bibliografía

Abelló C. *“Diseño de indicadores. Programas de calidad en los servicios. Programa de Calidad en el Hospital Sant Pau de Barcelona”*. Curso de Calidad Asistencial. Clínica Puerta de Hierro. Madrid 1996.

Andreo JA, Barrio M, Ramos RM, Torralba M, Herrero F, Saturno PJ. *“Evaluación, mejora y monitorización de la adecuación y estancia en Medicina Interna con el muestreo de aceptación de lotes”*. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 88-92.

Armitage P, Berry G. *“Estadística para la investigación biomédica. Barcelona”*. Doyne, 1992.

Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. *"Simulación de una unidad hospitalaria de urgencias y su uso potencial para la gestión"*. Gaceta Sanitaria 1994; 8(44):239-247.

Boix JH, Tejeda M, Álvarez F, Peiro S, Eloy S. *"Aplicación de las series temporales y de la teoría de colas al dimensionamiento de los Recursos Humanos de un Servicio de Urgencias Hospitalario"*. Todo Hospital 1997; 133 (enero-febrero):21-27.

Carrasco JL. *"El método estadístico en la investigación médica. 5ª ed"*. Madrid. Editorial Ciencia.

Corbella Jané A, Grima Cintas P. *"Lot sampling plans in the measure of quality of care indicators"*. International Journal for Quality in Health Care 1999; 11: 139-145.

Corbella A, Fernandez-Fernandez O, Perez-Porcuna X, Grima P. *"Aplicación de la técnica de planes de muestreo por lotes en la evaluación de indicadores: asma en pediatría"*. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 79-87.

Domenech J. M., Granero R. *"Métodos Estadísticos en Ciencias de la Salud. Barcelona"*. Universitat Autònoma de Barcelona, 1997.

Doménech JM. *"Cálculo del tamaño de muestra. En: Estimación de parámetros. Intervalos de confianza"*. Curso de Métodos Estadísticos en Ciencias de la Salud. Unidad 6. Signo, Barcelona 1999.

Doménech JM. *"Leyes de probabilidad de una variable discreta"*. En: Leyes de probabilidad: binomial, Poisson, hipergeométrica y normal. Curso de Métodos Estadísticos en Ciencias de la Salud. Unidad 5. Signo, Barcelona 1999.

Hansen BL, Ghare Pm. *"Muestreo de aceptación por atributos lote a lote"*. En: Hansen BL, Ghare PM. Control de Calidad. Teoría y aplicaciones. Diaz de Santos, Madrid 1990.

Hulley SB, Cummings SR. *"Diseño de la investigación clínica"*. Ed Doyma. Barcelona 1993.

Hoshaw-Woodward S. *"Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage"*.

Department of vaccines and biologicals. World Health Organization. Geneva, 2001.

Kelsey IL, Thompson WD, Evans A. *Methods in observational epidemiology*. New York. Oxford University Press 1986.

Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. *Lot quality assurance sampling. En: Adequacy of sample size in health studies*. WHO/John & Sons, Willshire 1992.

Lwanga SK, Lemeshow S. *Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios*. Manual práctico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1991.

Martín Andrés A, Luna Del Castillo J. *50±10 horas de Bioestadística*. Madrid. Eds. Norma, 1995.

Milton J. S., Tsokos J. O. *Estadística para Biología y Ciencias de la Salud*. Madrid. Interamericana McGraw-Hill, 1989.

Mira JJ, Gómez J, Aranaz J, Pérez E. *Auditoría de historias clínicas: ¿cuál es el tamaño adecuado de la muestra?* Todo Hospital 1997; octubre: 58-64.

Pozuelo García A, Fernández Martín J. Cálculo fácil del *“plan de muestreo”* en el muestreo para la aceptación de lotes. Medicina Preventiva 2000;6:39.

Robertson SE, Valadez JJ. *Global review of health care surveys using lot quality assurance sampling* (LQAS), 1984-2004. Social Science and Medicine 2006;63: 1648-1660

Saturno PJ: *El muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) como método de monitorización*. En: Manual del Master en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 20. Universidad de Murcia, 1999.

Valadez JJ, Diprete L, Vargas W, Morley D. *Using lot quality Assurance Sampling to assess measurements for growth monitoring in developing country's primary health care system*. International Journal of Epidemiology 1996; 25 (2) : 381-387.



Área temática 3

# ¿Cómo mejoramos?



## TEMA 3.1

# El ciclo de mejora continua de la calidad

Juan Sanz Cortés.  
Javier Romero Ganuza.

## 1. Introducción

El ciclo de mejora continua de la calidad se conoce también como Ciclo PDCA (del inglés Plan Do Check Act). Puede denominarse también Círculo de Deming o Espiral de mejora continua.

La noción inicial del concepto de Calidad Total y la mejora continua parte de un estadístico, empleado de la empresa de telefonía Bell Telephone, llamado Walter A. Shewhart que en los años 20 del siglo pasado preconizaba la importancia de adaptar la gestión de los procesos con la finalidad de crear situaciones ventajosas tanto para los empresarios como para los consumidores. Por ello introdujo el concepto de ciclo de mejora continua, que incluye las fases de planificar, ejecutar y vigilar, que desarrolla en su libro "Statistical Method From the Viewpoint of Quality Control" publicado en 1939, y que posteriormente fue desarrollado por su discípulo W. Edwards Deming.

Deming era ingeniero, y cursó estudios de matemáticas y física. Mientras estudiaba en Yale pasó una temporada en los Laboratorios Bell, posteriormente trabajó para la administración, primero en el Departamento de Agricultura como matemático y físico y posteriormente en el Censo, donde desarrolló las técnicas de muestreo para la elaboración del censo. Se desplazó a Japón tras la

segunda guerra mundial con la finalidad de ayudar a establecer un censo de la población japonesa, desarrolló y difundió entre los ingenieros japoneses el método de “control estadístico de procesos”, que consistía en una serie de técnicas de gestión que les permitió fabricar productos industriales de alta calidad sin maquinaria costosa. Modificó y popularizó el Ciclo de Shewhart de tal manera que pasó a denominarse Ciclo de Deming. Por ello se le asocia al ascenso de Japón como nación industrial y a la invención del “Total Quality Management” o Gestión de la Calidad Total.

A partir de las ideas de Shewhart sobre control estadístico de la calidad y gráficos de control surgió el concepto de que estas ideas podían aplicarse no sólo al proceso de producción, sino al modo en que la propia empresa se gestiona.

De la calidad como eje de la gestión nacen los 14 principios de Deming como base para la transformación hacia la calidad (tabla 1). A su vez plantea 7 enfermedades mortales (tabla 2).

Los círculos de calidad forman parte de las herramientas del Kaizen (Kai: cambio Zen: lo mejor en sentido físico y espiritual) de las empresas japonesas.

**Tabla 1. Principios de Deming:**

1. Constancia en el propósito de mejorar productos y servicios.
2. Adoptar la nueva filosofía.
3. No depender más de la inspección masiva.
4. Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio.
5. Mejorar continuamente y por siempre los sistemas de producción y servicio.
6. Instituir la capacitación en el trabajo.
7. Instituir el liderazgo.
8. Desterrar el temor.

9. Derribar las barreras que hay entre áreas de staff.
10. Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral.
11. Eliminas las cuotas numéricas.
12. Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce un trabajo bien hecho.
13. Establecer un vigoroso programa de educación y entrenamiento.
14. Tomar medidas para lograr la transformación.

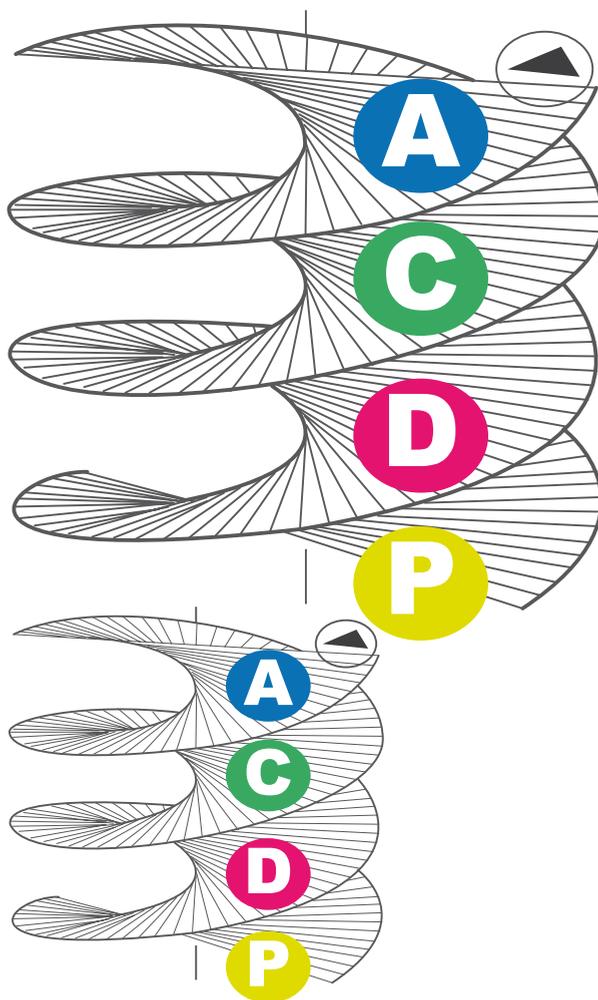
**Tabla 2. Enfermedades Mortales:**

1. Falta de constancia en el propósito.
2. Énfasis en las utilidades a corto plazo.
3. Evaluación del desempeño, clasificación según el mérito.
4. Movilidad de la Gerencia.
5. Manejar una compañía basándose únicamente en las cifras visibles.
6. Costos médicos excesivos.
7. Costos excesivos de garantía.

## 2. Contenido teórico

El ciclo de mejora continua (PDCA; PDSA, ciclo de Deming, ciclo de Shewhart), es un modelo para la gestión del cambio. Su forma de círculo indica que no tiene fin, y que para una mejora continua de la calidad debe llevarse a cabo una y otra vez. Dando lugar más que a un círculo a una serie de espirales (de Leonardo Da Vinci enlazadas) alcanzándose cada vez una mayor "altura" de la calidad (figura 1).

Figura 1. Ciclo de mejora de la calidad tridimensional



Primer paso del ciclo: **Planificar**

La planificación se inicia por medio del análisis del proceso que se está llevando a cabo. De este modo podremos detectar cuáles son las áreas del proceso susceptibles de ser modificadas para mejorar. Para la detección de problemas y priorización de las acciones existen diferentes técnicas:

FASE	Herramientas
Identificación de los problemas	monitorización de indicadores diagrama de flujos tormenta de ideas grupo nominal comunicación interna grupo focal estudio de perfiles
priorización	clasificación ordenada y simple comparación de pares parrilla de análisis
análisis	diagrama de flujo gráfico de Pareto diagrama de causa-efecto hojas de recogida y análisis de datos estratificación histogramas

Serán revisadas con más detalle en el tema siguiente. Independientemente de las técnicas de priorización y detección de problemas que vayamos a emplear, que lógicamente dependerán de cada situación particular, la planificación debe seguir una sistemática:

- Definir los objetivos: qué queremos conseguir, por qué queremos hacerlo, cómo vamos a hacerlo, cuáles son los límites.
- Recoger datos: recopilar los datos de interés sobre el proceso tal y como se viene desarrollando.
- Análisis de los datos: convertir los datos en información útil para la puesta en marcha de los cambios. Analizar las causas que dan lugar a los resultados que queremos optimizar.
- Planificar el cambio: el cambio es el factor clave en la mejora, si no hay cambio no vamos a poder mejorar. Por lo tanto es muy importante que este paso esté muy bien planificado y documentado. Se debe tener claro quién se encarga de cada fase, cómo se deben poner en marcha las mejoras y cómo se va a registrar. Es conveniente la elaboración de manuales o protocolos de procedimiento.

Concluida la planificación se pasa al siguiente paso.

### Segundo paso del ciclo: **Hacer (Do)**

Es recomendable comenzar con un cambio en un entorno reducido de modo que podamos corregir los problemas que vayan surgiendo para poder evitarlos cuando se implante el cambio en la totalidad del proceso o en toda la organización. Debemos tener en cuenta que la situación del cambio de un proceso en una institución sanitaria es parecida a la cirugía cardiaca sin circulación extracorpórea, no se puede parar mientras se interviene. De modo que habitualmente introduciremos cambios en procesos que no pueden detenerse, y por lo tanto debemos estar seguros de que los cambios no van a “bloquear” la situación que queremos mejorar. Una vez probados los cambios se implantan en el proceso completo.

Las herramientas a utilizar son: Diseño del experimento o prueba, entrenamiento en las actividades del trabajo y gestión, técnicas de comunicación de los responsables, junto con métodos como diagramas de flujo o de afinidades, análisis de campos de fuerza, diagrama de matriz, diagrama de Gant, diagramas de decisiones de acción o de problemas anticipados..

### Tercer paso: Chequear (**Check**)

Según la RAE, es “examinar, controlar, cotejar”. En esta fase se miden los resultados producidos por los cambios. Para ello se cuenta con los sistemas de registro previstos en la planificación.

Los resultados deben compararse con las metas planteadas en el primer paso y comprobar el grado de consecución de los objetivos.

En esta fase podemos plantearnos qué tipo de comparación vamos a llevar a cabo con los resultados de la acción de mejora. Si se trata de indicadores dicotómicos bastará con comprobar si se ha cumplido o no el objetivo. En el caso de indicadores numéricos podemos emplear pruebas estadísticas para respondernos la pregunta: “En qué medida puede explicarse el cambio por el azar”. Pero hay que destacar que la estadística es una herramienta más en la toma de decisiones, y no un objetivo.

Las herramientas a usar son: Observación directa del proceso, análisis gráfico, control de los pasos del proceso y desarrollo de indicadores clave.

#### Cuarto paso: Actuar (**Act**)

Según los resultados del paso anterior, habrá que modificar los procesos para alcanzar los objetivos iniciales en caso de que no se hayan alcanzado. Si se alcanzan, siempre en el proceso habremos detectado nuevas posibilidades de mejora, ya sea en los procesos, sistemas de información, flujo de la comunicación, etc. Por lo tanto en este punto debemos plantear las nuevas mejoras.

Hay que recordar que todas las etapas del proceso deben estar convenientemente documentadas. Si existen los documentos adecuados las acciones de mejora no dependerán de las personas y podrán continuarse aunque existan cambios en los equipos.

Y siempre hay que volver a empezar, ya que nunca se alcanza la máxima calidad posible.

Las herramientas a utilizar serán: Nuevos mapas de procesos, estandarización de tareas y procesos, aprendizaje de los errores y entrenamiento.

No es posible realizar con calidad ninguna actividad, proceso o servicio si se viola alguno de los pasos del ciclo. Una vez finalizado el ciclo respecto a cualquier oportunidad de mejora, si se han alcanzado los objetivos propuestos, se inicia otro ciclo con otro problema u oportunidad de mejora, pero en el caso de que no estemos conformes con lo conseguido se debe reiniciar el ciclo haciendo hincapié en mejorar la planificación sobre los obstáculos que no se han salvado. De esta manera cada vez que se desarrolla un ciclo iremos mejorando la calidad de la organización y las sucesivas vueltas de los ciclos se convertirán en una espiral de mejora que tenderá hacia la excelencia.

### 3. Experiencias prácticas

El ciclo PDCA aparece como trasfondo en muchas de las herramientas posteriores de gestión de la calidad:

En el programa de calidad Six Sigma de Motorola, orientado a la producción y con un fuerte enfoque estadístico, las herramientas clave (DMAIC y DMAIV) Corresponden a:

Definir  
Medir  
Analizar  
Mejorar  
Controlar

Y

Definir  
Medir  
Analizar  
Diseñar  
Verificar

Dentro del modelo EFQM el ciclo PDCA se ha traducido como REDER (en inglés RADAR) que se corresponde a Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión. Este esquema se basa en la aplicación del ciclo PDCA a toda la organización.

La EFQM (European Foundation for Quality Management) fue fundada en 1988 por los presidentes de las 14 mayores compañías europeas, con el apoyo de la Comisión Europea. Actualmente son miembros de esta fundación más de 600 organizaciones, desde multinacionales e importantes compañías nacionales, hasta universidades e institutos de investigación.

El Modelo de Excelencia EFQM fue introducido en 1991 como el marco de trabajo para la autoevaluación de las organizaciones y como la base para juzgar a los concursantes por el Premio Europeo de la Calidad, el cual fue entregado por primera vez en 1992. Por lo tanto el modelo permite comparar diferentes organizaciones en base a unos criterios objetivos.

### **Misión del modelo EFQM:**

Estimular y asistir a las organizaciones en toda Europa para participar en las actividades de mejoramiento enfocadas en lograr la excelencia en la satisfac-

ción al cliente, la satisfacción de los empleados, el impacto en la sociedad y en los resultados de negocios.

Apoyar a los gerentes de las organizaciones europeas en la aceleración de transformar la administración de la calidad total en un factor decisivo en el logro de la ventaja competitiva a nivel global.

El modelo EFQM se basa en la AUTOEVALUACIÓN, por tanto es la propia organización la que comprueba en qué medida se adapta a los criterios del modelo.

### **Los conceptos del REDER son los siguientes:**

- Resultados (Results): lo que se consigue, deben estar correctamente monitorizados, y deben estar causados por el enfoque.
- Enfoque (Approach): qué se quiere hacer y por qué. Estará bien fundamentado, con los procesos correctamente definidos e integrado con la política y estrategia.
- Despliegue (Deployment): consiste en la puesta en marcha del enfoque, debe ser sistemática y documentada.
- Evaluación y Revisión (Assessment and Review) se comprueba en qué medida el enfoque y el despliegue dan lugar a los resultados. Es un aprendizaje para mejorar.

Esta lógica REDER debe llevarse a todos los aspectos de la organización (Nabitz, 2000). El modelo EFQM será tratado en detalle en el tema 6.2.

## **4. Conclusiones**

El ciclo de mejora de la calidad es una herramienta básica para la calidad total. Se ha traducido de diferentes formas para adaptarlo a diferentes situaciones.

El ciclo de Deming tiene ciertas ventajas: Consta de rutinas que deben cumplir tanto el individuo como el equipo, es un proceso que soluciona problemas, permite la gestión de proyectos y el desarrollo continuo, favorece el desarrollo de los recursos humanos y de nuevos procesos y facilita el ensayo de procesos.

La metodología PDCA es un elemento fundamental en la gestión de las organizaciones transformadoras, ya que proporciona una sistemática en la resolución de problemas o en la mejora de procesos, pues asegura que se atacan las causas de raíz a través del camino más corto y seguro para la resolución del problema o la consecución de la mejora pretendida.

Es una metodología eficaz para erradicar los costos de la no-calidad o costos evitables y ayuda a mantener la eficacia y la eficiencia de las organizaciones. Posibilita la participación de todos los trabajadores en los procesos de transformación de las organizaciones. Además predispone y desarrolla las actitudes y habilidades necesarias para poder contribuir activamente en todo tipo de equipos cuyo objetivo sea el conseguir la satisfacción de los clientes externos.

Dado que se considera como un excelente sistema para la formación del personal sanitario en métodos de mejora de la calidad asistencial (Saturno 1999), esta metodología ha permitido el desarrollo de numerosos programas de mejora de la calidad asistencial sanitaria institucionales en numerosos países de América latina, como comunica el Dr. Saturno en su editorial de 1999, o en países europeos (Marang, 2006) así como proyectos a pequeña escala (Harvey, 2003) y también en el ámbito de salud animal (Astudillo, 2003). También algunas corporaciones sanitarias locales norteamericanas siguen la metodología del ciclo PDCA en el manejo de programas de colaboración clínica integrando la mejora continua de la calidad y medidas de resultados (Hammermeister, 1994; Hannan, 1994; O'Connor, 1996).

En numerosas ocasiones instituciones u organismos locales han utilizado la metodología del ciclo PDCA para desarrollar sus planes de calidad (Dees, 1990, Darr, 1990, Campbell, 1993, Sahney, 1993, Al Pfadt, 1995, Xakellis Jr., 1997) así como algún departamento de hospital (Postal, 1990).

Aunque en una primera aproximación pueda parecer muy sencillo, tiene la capacidad de poderse poner en marcha tanto como un proyecto de calidad en sí mismo o formando parte de otra herramienta. El ciclo de Deming nos va a permitir poner en marcha un pequeño proyecto de mejora de la calidad o emprender un cambio que implique a la totalidad de una organización.

## Bibliografía

Agra Valera Y, García Boró S, Magrinya Rull P. *“Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria”*. Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Salud.

Al Pfadt, Wheeler DJ. *“Using Statistical Process Control to Make Data-Based Clinical Decisions”*. J Appl Behav Anal 1995, 28, 349-370.

Astudillo V, Vargas IN, Oliveira MA. *“Veterinary services: how establish quality assurance in developing countries”*. Rev Sci Tech.2003; 22: 661-78.

Batalden PB; *“Organizationwide quality improvement in health care”*. Top Health Rec Manage. 1991 Mar;11(3):1-12.

Berwick MD. *“Continuous improvement as an ideal in healthcare”*. New Engl J Med 1989; 320: 53-56.

Campbell AB. *“Strategic planning in health care: methods and applications”*. Qual Manag Health Care. 1993; 1: 12-23. Cardiac Surgery. Ann Surg 1994; 219: 281-290.

Darr K. *“Applying the Deming method in hospitals”*: Part 2. Hosp Top. 1990; 68: 4-6.

Dees JP, Taylor JR. *“Health care management. A tool for the future”*. AAOHN J 1990; 38: 52-8.

Foss ML, Breannan Moore S. *“Evolution of quality management: integration of quality assurance functions into operations”, or “quality is everyone’s responsibility”*; Transfusion. 2003 Sep; 43(9):1330-6.

Fottler MD, Ford RC, Bach SA; *“Measuring patient satisfaction in healthcare organizations: qualitative and quantitative approaches: Best Pract Benchmarking Healthc”*. 1997 Nov-Dec;2(6):227-39.

Hammermeister KE, Jhonson R, Marshall G, Grover FL. *“Continuous assessment and improvement in quality of care. A model from the Department of Veterans Affairs”*

Hannan EL, Kilburn H Jr, Racz M, et al. *"Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State"*. JAMA 1994; 271: 761-6.

Harvey G, Wensing M. *"Methods for evaluation of small quality improvements projects"*. Qual Saf Health Care 2003; 12: 210-4.

Lurie JD, Merrens EJ, Lee J, Splaine ME; *"An approach to hospital quality improvement"*. Med Clin North Am. 2002 Jul;86(4):825-45.

Makens PK, McEachern JE; *"Applications of industrial quality improvement in health care"*. J Occup Med. 1990 Dec;32(12):1177-83.

Marang Van de Mheen PJ, Stadlander MC, Kievit J. *"Adverse outcomes in surgical patients: implementation of a nationwide reporting system"*. Qual Saf Health Care 2006; 15: 320-4.

Moss F, Garside P; *"The importance of quality: sharing responsibility for improving patient care"*. BMJ. 1995 Apr 15;310(6985):996-9.

Nabitz U, Klazinga N, Walburg J. *"The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care"*. Int J Qual Health Care 2000; 12: 191-201.

O'Connor GT, Plume SK, Olmstead EM, et al. *"A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery"*. JAMA 1996; 275: 841-6.

Plsek PE; *"Tutorial: management and planning tools of TQM"*: Qual Manag Health Care. 1993 Spring;1(3):59-72.

Plsek PE; *"Tutorial: quality improvement project models"*. Qual Manag Health Care. 1993 Winter;1(2):69-81.

Postal SN. *"Using the Deming quality improvement method to manage medical record department product lines"*. Top Health Rec Manage. 1990; 10: 34-40.

Sahney VK, Warden GL. *"The role of CQI in the strategic planning process"*. Qual Manag Health Care. 1993; 1: 1-11.

Saturno, Pedro J. Editorial. *"Quality in health care: models, labels and terminology"*. Int J Qual Health Care 1999; 11: 373-4

Saturno, Pedro J. *"Training for quality management: report on a nationwide distance learning initiative for physicians in Spain"*. Int J Qual Health Care 1999; 11: 67-71.

Sluyter GV; *"Total quality management in behavioral health care"*. New Dir Ment Health Serv. 1998 Fall;(79):35-43.

Watson, Mary. *"The Deming management method"*.

Xakellis GC Jr. *"Quality assurance programs for pressure ulcers"*. Clin Geriatr Med. 1997; 13: 599-606.



## TEMA 3.2

# Técnicas de detección de problemas y determinación de prioridades

Ildefonso González Solana.  
Adoración Romero Saiz.  
Francisco Salvat Germán.

## 1. Técnicas de detección de problemas

Existen diversos métodos que facilitan la identificación de aspectos mejorables. Estos se basan tanto en el estudio de la opinión del “cliente” (interno y externo), como en el estudio del proceso de la interacción entre ambos. Se pueden clasificar en dos grupos: cualitativos (subjetivos, basados en percepciones), dentro de los cuales hay un grupo importante basado en técnicas grupales, y cuantitativos (objetivos y numéricos).

Antes de decidimos por uno u otro, hay que considerar una serie de características, como la efectividad para identificar una oportunidad de mejora real, la eficiencia y la complejidad del método, la experiencia y aceptabilidad por parte de los profesionales, y la disponibilidad de los datos requeridos. No existe ningún método ideal.

### **1.1. Técnica del brainstorming o tormenta de ideas**

Descrita en 1953 por Alex Osborn en su libro *Applied Imagination*, es una técnica de generación de ideas que estimula un clima en el que surge la creatividad y se producen ideas en relación con un problema determinado. Al ser una técnica de creatividad hablada permite una gran interacción entre todas las personas participantes. Se fundamenta en que la calidad de las opiniones generadas está en función de la cantidad de las mismas y su objetivo es conseguir el máximo de criterios originales; aunque no se descartan los que desarrollan, modifican o mejoran los ya expuestos. Cuanto mayor sea el número de ideas, mayor es la probabilidad de que aparezca la buena.

#### **Composición del Grupo**

- El coordinador es la figura principal y el encargado de dirigir la sesión. Debe tener experiencia en dirigir este tipo de grupos. Su función es formular claramente el problema y que todos se familiaricen con él. Cuando lo haga, debe estimular ideas, hacer que se rompa el hielo en el grupo. Es el encargado de que se cumplan las normas, no permitiendo las críticas. Debe permanecer callado e intervenir cuando se corte la afluencia de ideas, por lo que le será útil llevar ya un listado previo. Su función también será conseguir que todos participen y conceder la palabra. Además, es la persona que da por finalizada la sesión. Posteriormente, clasificará las ideas de la lista que le proporciona el secretario.
- El secretario registra por escrito las ideas según van surgiendo. Las numera, las reproduce fielmente, las redacta y se asegura de que todos están de acuerdo con lo escrito. Por último realizará una lista de ideas.
- Los participantes: su función es producir ideas.

El desarrollo tiene una serie de reglas fundamentales. Por una parte no se debe hacer crítica verbal, apreciación o gestos a las ideas propuestas. También es importante separar la fase de génesis de ideas de la de su crítica y evaluación.

Inicialmente hay una orientación donde se define el problema a tratar y se dejan claras las reglas del juego. En la fase de preparación se acopian datos e información necesarios para abordar el problema de forma eficaz. Sigue una

fase de precalentamiento en que se puede realizar un ejercicio de redefinición de un problema distinto del que se va a plantear y experimentar durante unos 10-15 minutos donde se puede realizar algún tipo de ejercicio que estimule el pensamiento creativo.

Tras la exposición del tema a analizar se pasa a la elaboración de ideas en dos etapas:

1. Durante 10 minutos cada participante de forma individual debe anotar sus ideas de forma resumida. Esta fase debe desarrollarse en silencio.
2. Anotación de todas las ideas en la pizarra. Una sola propuesta por persona cada vez. Cada participante puede agregar a su propia lista cualquier idea que se le ocurra escuchando a los demás. No es obligatorio que todos los miembros expongan ideas en su turno y en ningún caso se critica las de otros participantes.

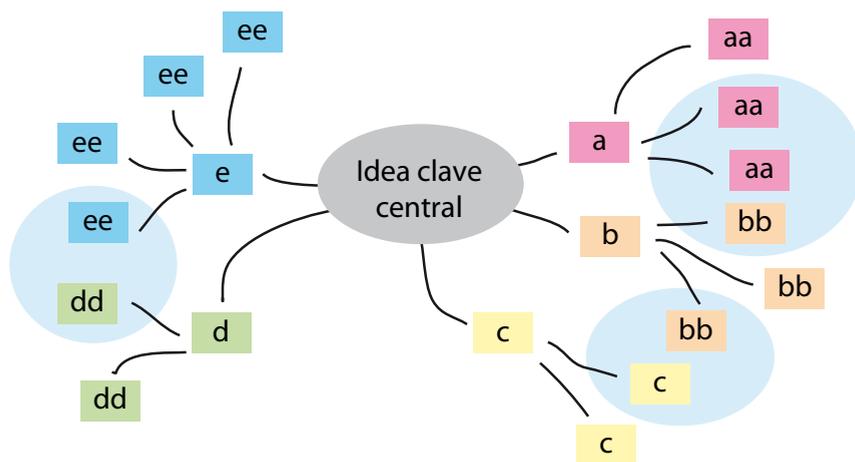
Las leyes que contribuyen a asociar las ideas son: semejanza (con analogías, metáforas...), oposición (nos da ideas que conectan dos polos opuestos mediante la antítesis o la ironía).

Se procede a la clarificación, análisis y correcta formulación de las ideas agrupando aquellas ideas que son análogas o parecidas entre sí. Según el resultado buscado, en unos casos el método se denomina brainstorming de causas y, en otros, de soluciones. No se recomienda su aplicación cuando hay que tratar problemas que suponen juicios de valor.

Finalmente se establecen unos criterios que servirán para evaluar las ideas. A partir del orden de prioridad obtenido se analiza cada una de ellas. Una de las formas de realizar esto es mediante un mapa mental.

Un mapa mental toma en cuenta que el pensamiento no es lineal. Obliga a una jerarquía de las ideas y por tanto ayuda a la diferenciación de diferentes áreas. Es un diagrama usado para representar palabras, ideas, tareas u otros elementos enlazados y organizados alrededor de una idea o palabra clave central. Se usa para la generación, visualización, estructuración, organización y representación de la información con el propósito de facilitar los procesos de aprendizaje, de la resolución de problemas y de la planificación, así como la toma de decisiones.

Un **mapa mental** consta de una palabra central o concepto, en torno a la cual se dibujan de 5 a 10 ideas principales que se refieren a aquella palabra. Entonces, a partir de cada una de las palabras derivadas, se dibujan a su vez varias ideas principales. Las ideas, posteriormente se pueden agrupar según los mismos conceptos de selección u otros que hayan aparecido. Además de utilizarse en una tormenta de ideas se puede utilizar en otras técnicas como el grupo nominal o el brainwriting.



*A partir de una idea clave central se desarrollan las ideas principales desde las que surgen otras. Posteriormente pueden aparecer nuevos criterios de agrupación diferentes a los iniciales.*

Una variante del brainstorming es la técnica de Osborn 13, que se estructura en tres fases. En la primera se prepara y envía la documentación a los participantes; la segunda es una sesión que se abre con la lectura de la documentación y se procede a la generación de ideas durante un tiempo inferior a dos horas, habiéndose sugerido que el tiempo óptimo de esta sesión es de 30-45 minutos. En la tercera fase, las opiniones emitidas en la reunión anterior se seleccionan, analizan e interpretan.

### **1.2. Técnica del grupo nominal**

Se puede utilizar cuando los participantes tienen experiencia sobre el tema planteado, el grupo no es muy heterogéneo y es inferior a diez personas. Con esta técnica se consigue una gran validez en las decisiones realizadas a nivel

grupal, a la vez que se favorece la resolución constructiva de los conflictos, despersonalizando los desacuerdos, y también permitiendo la priorización.

Algunas ventajas de la técnica del grupo nominal son sus características de método estructurado y motivador que puede generar un importante número de ideas y que los datos requeridos suelen estar casi siempre disponibles. Constituye un método de gran valor para utilizarse en el ámbito sanitario, aunque, por no ser interactiva, en ocasiones es menos eficaz para solucionar problemas.

Se desarrolla en una reunión estructurada de grupo. En una fase preliminar, en una sala de reuniones se sientan de siete a diez personas alrededor de una mesa a la vista unos de otros; sin embargo, al comenzar la reunión no se hablan entre sí, y cada una de las personas escribe ideas en un cuaderno. El moderador expone el problema. Puede ser, por ejemplo, detectar posibilidades de mejora en un área determinada.

Al final de un período de cinco o diez minutos cada persona, por turnos presenta una idea que ha escrito en su lista. Las frases deben ser claras y breves. De esta manera se consigue una interacción entre los participantes. Se van recogiendo esas ideas en una pizarra que está a la vista de los demás miembros del grupo sin que todavía haya discusión. La presentación por turno continúa hasta que todos los miembros indican que ya no tienen más ideas que compartir. El producto de esta fase nominal de la reunión es una lista de proposiciones.

Durante la fase siguiente continúa la discusión pero está estructurada de tal manera que se trata cada una de las ideas antes de la votación independiente. Esta discusión se realiza pidiendo aclaración, o relacionando una idea con otra con el propósito de clarificar y simplificar la lista.

A continuación tiene lugar la votación independiente; cada uno de los miembros, en privado y por escrito, selecciona prioridades al ordenar por categoría (o al dar puntuaciones). La decisión del grupo es el resultado matemáticamente agrupado de los votos individuales. De esta manera, esta técnica supera los diversos problemas que son típicos en los grupos que interactúan:

- Asegurar los diferentes procesos para cada una de las fases de creatividad.
- Equilibrar la participación entre los miembros.

- Incorporar técnicas de votación matemáticas en la recopilación del juicio del grupo.

### **1.3. Técnica del brainwriting**

Es parecida a la técnica del grupo nominal y a la técnica del 6-3-5, diferenciándose de ésta en que el coordinador del grupo formula previamente las ideas de partida sobre los problemas y las soluciones posibles.

Se reúnen de cinco a ocho participantes alrededor de una mesa, cada uno con un lápiz y un bloc de papel. El líder del grupo presenta un problema al grupo, y escribe el enunciado del problema en un lugar visible para todos. El grupo lo discute para asegurarse que todos los participantes lo comprenden.

Cada participante escribe sus opiniones de forma individual y cuando no se le ocurren otras, cambia su lista por una de las del coordinador y añade a ésta nuevas ideas.

Cuando todos han acabado este proceso, se procede como en la técnica del grupo nominal: se discute cada asunto de forma ordenada y se clasifica por orden de importancia. En cualquier momento, si así lo prefiere, un participante puede comenzar una nueva hoja de su propio bloc y, en el momento oportuno, añadirla al resto.

Al cabo de 20-30 minutos, se acaba el proceso, y se recogen las hojas de ideas para evaluarlas posteriormente.

Hay variantes como usar tarjetas separadas, una para cada idea en lugar de hojas. Hacerlo con hojas puede proporcionar un mejor estímulo a las ideas, pero hacerlo con tarjetas puede simplificar la sucesiva clasificación de ideas, agruparlas, etc.

Esta técnica funciona bien con grupos de gente que no se conocen, genera bastantes alternativas (típicamente más de 20), permite la crítica constructiva y construir sobre las opciones, facilita la discusión de estas y permite que salgan alternativas aparentemente absurdas, que podrían funcionar.

#### **1.4. Circulación de ideas**

Esta técnica es una variación del Brainwriting, que se puede usar cuando el grupo no está reunido en un mismo sitio físico. Las ideas se escriben y se envían a los otros miembros del grupo, que las utilizan como trampolín para generar otras nuevas y, así, sucesivamente. Una aplicación interesante es practicarla utilizando el correo electrónico, como medio para hacer circular las ideas.

#### **1.5. Técnica del 6-3-5**

El método consiste en:

- Seis personas que se reúnen alrededor de una mesa para generar ideas relativas a un tema previamente planteado. Se da a cada una de ellas una hoja en blanco.
- Tres ideas, son las que tendrá que escribir cada participante en su hoja, de manera concisa y breve ya que sólo dispone de:
- Cinco minutos para escribirlas; un vez transcurridos, cada uno pasará su hoja al compañero de al lado y se repetirá el proceso de escribir tres nuevas ideas en otros cinco minutos, después de haber leído las ideas de los participantes anteriores, que servirán a su vez como fuente de nueva inspiración.

Al completar el ciclo de seis intervenciones de cinco minutos, en el que se habrán hecho circular todas las hojas, ordenadamente y una sola vez para cada uno de los participantes, se podrá disponer de dieciocho ideas en cada hoja, lo que puede suponer ciento ocho ideas en sólo media hora.

Habrán algunas ideas repetidas, sobre todo al principio de cada hoja y algunas absurdas no siempre desechables que demuestran que esta técnica estimula la creatividad.

#### **1.6. Técnica Delphi**

Esta técnica fue desarrollada en la Corporación RAND en los años 50 como una forma de recoger la opinión de un grupo de expertos para hacer predicciones sobre el daño potencial de un ataque nuclear. Además de ser útil para la

predicción, también lo es para aflorar y juzgar componentes de temas confusos. La mayor contrapartida de esta técnica es la elevada burocracia administrativa de sus formularios aunque el método ha sido incorporado con éxito en algunos sistemas informatizados de resolución de problemas.

Es una técnica de grupo sin presencia física que utiliza una encuesta de tres cuestionarios. Aunque no hay intercambio de ideas entre los participantes, las opiniones emitidas por cada uno de ellos influyen en las de los demás, de tal forma que se llega finalmente a un consenso. Es una investigación cualitativa a distancia que intenta eliminar la dinámica interpersonal de las reuniones de grupo y combinar las opiniones de un grupo de expertos a fin de llegar al acuerdo con relación a un asunto o problema. Es útil tanto en la generación de ideas como en la búsqueda de soluciones. Los participantes pueden ser informadores-clave especialistas en el tema objeto de la investigación (si el objetivo es recoger la opinión de expertos sobre un tema) o bien como personas directamente implicadas (si el objetivo es aflorar preocupaciones sociales u organizativas).

La técnica Delphi, en el marco sanitario, puede ser útil a efectos de recabar opinión a los mandos intermedios. Se ha utilizado como consenso de expertos en diferentes temas como por ejemplo en las “Implicaciones y actuaciones de la Atención Primaria en el manejo de la Hepatitis C crónica”.

Las características básicas de la técnica Delphi son: anonimato de los miembros del grupo seleccionado, ausencia de discusión y de intercambio de ideas directo, rondas sucesivas de preguntas combinadas con las respuestas del grupo y análisis estadístico de las respuestas de los participantes.

Las etapas mínimas de la metodología Delphi son: definir el problema, delimitar los objetivos y fijar el nivel de la discusión. Con respecto a estos tres aspectos, todos los participantes en el panel deben tener el mismo concepto. Cumplidas estas etapas y en función de ellas, se procede al diseño de las preguntas y a la selección e información de los participantes.

La realización lleva de 2 a 5 cuestionarios sucesivos a un grupo de entre 15 y 25 personas que pueden llegar a 100. Habitualmente funciona así:

1. Se elige el grupo.
2. Se desarrolla, envía y recibe el cuestionario inicial. Éste, normalmente

- pregunta una o dos cuestiones amplias y abiertas. El análisis posterior será más fácil si las respuestas son en forma de una lista de frases separadas o párrafos cortos, más que texto continuo.
3. Se desarrolla, envía y recibe el segundo cuestionario. Éste se crea de acuerdo a las respuestas del primero. Una forma de hacerlo sería:
    - Pegar todas las respuestas al primer cuestionario en una única lista anónima (usando los textos originales de forma que los participantes reconozcan sus propias contribuciones).
    - Pedir a los encuestados que: añadan cualquier elemento que les sugiera la lista combinada y que puntúen cada uno de los elementos (por ejemplo, en una escala de cinco puntos de importancia, prioridad, factibilidad, relevancia, validez).
  4. Un Delphi breve podría acabar en este punto (saltando al paso 5), pero uno más extenso podría continuar más rondas.
  5. El resultado es un tercer cuestionario con los problemas ordenados según la votación final; para cada uno de ellos figura el enunciado, el resultado del voto preliminar y un resumen de los comentarios. Permite a los participantes revisar sus respuestas y pronunciarse sobre la relevancia de cada asunto, a la luz del voto total y los comentarios del resto de los participantes. El análisis se realiza con la misma metodología empleada en el segundo cuestionario y va seguido de un informe final.
    - Las respuestas se estudian mediante sistemas estadísticos como el cálculo del porcentaje de cambio de la varianza, la desviación estándar, el rango intercuartil (percentil 25-75), la variación de la mediana o de la media en las respuestas. Un problema que debe resolverse es si el consenso alcanzado en cada ronda se mide con la mediana aunque también puede medirse por la media, la moda u otro estadístico.
    - Alternativamente, el cuestionario 3 podría adoptar otras formas. Por ejemplo, se podrían imprimir todos los elementos puntuados por encima de un determinado nivel en tarjetas diferentes y pedir a los miembros del grupo que las ordenen en conjuntos relacionados.

6. A cada uno de los miembros del grupo se le envía un informe resumen y una carta de agradecimiento al final del proyecto.

Cuando se utiliza el método Delphi para tratar un problema único y bien definido, el resultado se puede resumir fácilmente. Pero cuando se usa para emerger y priorizar preocupaciones, el resultado puede ser bastante extenso. Un grupo de 20 miembros puede generar fácilmente de 15 a 20 asuntos cada uno (puede que 200 ó 300 elementos diferentes), por lo que, como en cualquier forma de brainstorming o brainwriting, puede ser necesario algún tipo de análisis convergente posterior.

Una variante de la técnica Delphi es la técnica delphigráfica. Se diferencia en que los grupos que han de ponerse de acuerdo pueden ser uno o varios. Cada uno de ellos actúa de forma independiente del resto y sin conocerse. Hay un director en cada grupo y un director de la investigación.

### ***1.7. Técnica del grupo focal de discusión***

El grupo focal es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, un tema que es objeto de investigación.

Si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa del contexto, relaciones y actores directamente involucrados en la temática en estudio.

Primero hay que definir los objetivos del estudio, para desde allí plantear: ¿qué deseo lograr?, ¿qué busco con esta investigación?, ¿qué información puedo obtener de este grupo? Hay que definir los participantes del grupo focal. Un número adecuado es entre 6 a 12 participantes. De acuerdo a los objetivos del estudio hay que desarrollar una lista de los atributos o características predominantes o principales para seleccionar a los participantes. Se pueden realizar diferentes grupos aunque a partir de un determinado número de grupos ya la información nueva aportada va siendo mucho menor.

Se deben preparar una serie de preguntas estímulo. Deben ser ampliables y en lo posible hay que llevar la discusión de lo más general a lo específico y de lo positivo a lo negativo.

El moderador es recomendable que no esté directamente involucrado con el tema en estudio, puede ser un profesional interno o externo. Debe poder ocuparse no sólo de mantener el hilo central de la discusión y cerciorarse que cada participante participe activamente. Durante la reunión el moderador debe promover el debate planteando preguntas que estimulen la participación desafiando a los participantes con el objetivo de que surjan las diferencias.

Para la reunión se recomiendan lugares neutrales que no sean asociados con los promotores ni con los sujetos del conflicto o con la situación problema de discusión.

Las conclusiones se basarán en la interpretación de la información obtenida, bien literalmente tal y como la han expresado o bien agrupando las ideas por temas. Se deben resumir la discusión y los acuerdos de la reunión y transcribir las grabaciones lo antes posible.

Esta técnica presenta varias ventajas: permite investigar respuestas y opiniones en profundidad, facilita la aclaración de respuestas ambiguas y permite que se aporte más información o se maticen respuestas de otros participantes, proporciona datos de las experiencias profesionales de los participantes y es relativamente barato. Sin embargo, presenta algunas limitaciones: no es representativo de la población general, las respuestas son subjetivas y representan la visión personal de cada participante, por lo que pueden estar sesgadas y los datos pueden ser muy difíciles de analizar.

### ***1.8. Opiniones de expertos o técnica de informadores clave***

No es una técnica de grupo ni se basa en el consenso. El método consiste en entrevistar a personas bien informadas acerca del problema en cuestión. En este caso seleccionar a los informadores-clave es un paso muy importante para conseguir unos resultados válidos. No hay intercambio de ideas entre los entrevistados; si surge el consenso se debe a la concordancia entre los participantes.

Las entrevistas están estructuradas o semiestructuradas en un cuestionario, elaborado de acuerdo con los objetivos del estudio y van seguidas del tratamiento y análisis de la información recogida y de un informe final.

Esta técnica involucra a los participantes en la solución del problema, es sencilla y de bajo coste, aunque puede originar resultados erróneos si no ha

existido una buena selección de participantes o el cuestionario no ha sido correctamente diseñado.

### **1.9. Técnica del embalse de ideas**

Recibe también el nombre de pool de ideas o think tank (locución inglesa que significa “catalizador de ideas”).

Consta de tres fases. Durante la primera, el moderador expone el problema y los participantes escriben cuatro ideas sobre el mismo en unas cuartillas sin identificar, que se depositan en el centro de la mesa. En la siguiente se extrae al azar una de las cuartillas y se anotan las nuevas ideas generadas por la lectura de las anteriores; se continúa de igual forma hasta que se leen todas las cuartillas. El proceso de añadir y retirar hojas del centro de la mesa continúa por un tiempo que generalmente no sobrepasa los 45 minutos. En la tercera y última etapa se jerarquizan las ideas en función de las puntuaciones asignadas por los participantes.

### **1.10. Técnica del cuaderno colectivo**

A cada miembro de un equipo de personas a las que se ha encomendado dar ideas para resolver un problema, se le proporcionará un cuaderno que contiene: la definición, los datos y la información que se estime necesaria sobre el problema en cuestión y unas instrucciones para aplicar esta técnica de generación de ideas.

Durante un mes, cada día los participantes escriben al menos una idea referida a la solución del problema. Este periodo favorece la maduración natural del asunto.

Al acabar el mes, cada uno analizará las ideas de su propio cuaderno y seleccionará la que le parezca mejor o propondrá unas orientaciones sobre la vía de resolución que estime más conveniente.

Todos los cuadernos se entregarán a un coordinador que preparará un informe recogiendo los resultados obtenidos. Estos se distribuirán a cada participante, procediendo después a evaluar y seleccionar la mejor idea de las propuestas.

Una variante de este método consiste en informatizar los cuadernos de notas y permitir o no (según se estime conveniente) que estos estén accesibles a los otros participantes.

### ***1.11. Técnica de las impresiones de la comunidad***

Consta de tres etapas que combinan varios métodos: entrevistas con informadores claves, recogida de datos a partir de los registros oficiales y foro comunitario. Esta técnica valida las opiniones de la población al utilizar también los datos oficiales y las informaciones de los informadores clave.

### ***1.12. Técnica del análisis modal de fallos y efectos (AMFE)***

La Veterans Health Administration (VHA) y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations han adaptado al sector sanitario estas técnicas que se han utilizado en sectores industriales. El «Análisis de los Modos de Fallo y de sus Efectos» (AMFE) (Failure Mode and Effect Analysis- FMEA) es un método que analiza de forma estructurada y sistemática todos los posibles modos de fallo de un nuevo producto o procedimiento e identifica el efecto resultante de los mismos sobre el sistema, con el fin de detectar los problemas que necesitan ser mejorados para asegurar su fiabilidad y seguridad. La VHA hizo una adaptación de esta técnica para utilizar en sus centros asistenciales a la que denomina HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis).

Es una técnica dirigida a asegurar la consideración y el estudio de cada uno de los fallos potenciales de un diseño o proceso y a la identificación de las acciones preventivas y de detección de problemas potenciales. Sus conceptos básicos son:

- Modo de fallo. Forma en que se produce un fallo.
- Modo de fallo potencial. Cada uno de los fallos potenciales.
- Efecto del fallo potencial. Consecuencia observable en caso de que el fallo ocurra.
- Causas potenciales de fallo. Todas las causas atribuibles a cada modo de fallo, es decir, aquellas causas no aleatorias que dan lugar a efectos predecibles y definidos.

Los criterios que rigen el AMFE son:

- a. La ocurrencia. Ocurrencia se define como la probabilidad de que una causa específica se produzca y dé lugar al modo de fallo. El índice de la ocurrencia representa más bien un valor intuitivo más que un dato estadístico matemático, a no ser que se disponga de datos históricos de fiabilidad o se hayan modelizado y previsto éstos.

Se puntúa desde 1 si es “Muy escasa probabilidad de ocurrencia. Defecto inexistente en el pasado”, pasando por “Elevada probabilidad de ocurrencia. El fallo se ha presentado frecuentemente en el pasado”, hasta el lado opuesto si es “Muy elevada probabilidad de fallo. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente” que se puntuará con 8, 9 ó 10.

- b. Gravedad del fallo. Este índice está íntimamente relacionado con los efectos del modo de fallo. El índice de gravedad valora el nivel de las consecuencias sentidas por el cliente. Esta clasificación está basada únicamente en los efectos del fallo. El valor del índice crece en función de: la insatisfacción del cliente, la degradación de las prestaciones (la rapidez de aparición) y el coste de la reparación.
- c. Probabilidad de no detección. Este índice indica la probabilidad de que la causa y/o modo de fallo, supuestamente aparecido, llegue al cliente. Se está definiendo la “no-detección”, para que el índice de prioridad crezca de forma análoga al resto de índices a medida que aumenta el riesgo. Tras lo dicho se puede deducir que este índice está íntimamente relacionado con los controles de detección actuales y la causa.

El Número de Prioridad de Riesgo (NPR) es el producto de la probabilidad de ocurrencia, la gravedad, y la probabilidad de no detección, y debe ser calculado para todas las causas de fallo. El NPR también es denominado IPR (índice de prioridad de riesgo) y permite clasificar por orden de importancia los diferentes errores posibles.

### **1.13. Seis sombreros para pensar**

Técnica ideada por Edward de Bono que acuñó el término “pensamiento lateral” como un conjunto de métodos de pensar involucrados en cambiar conceptos y percepción, para incrementar la creatividad. El método es simple. Hay seis

sombreros imaginarios, cada uno de un color diferente. En cualquier momento un participante puede escoger ponerse uno de los sombreros o se le puede pedir que se lo quite. Todas las personas de la reunión pueden usar un sombrero de un color concreto durante un tiempo en un momento determinado.

Los sombreros involucran a los participantes en una especie de juego de rol mental:

- Sombrero blanco. Una mirada objetiva a los datos y a la información que se dispone.
- Sombrero negro. Significa la crítica, lógica negativa, juicio y prudencia. El porqué algo puede ir mal.
- Sombrero verde. La oportunidad para expresar nuevos conceptos, ideas, posibilidades, percepciones y usar el pensamiento creativo.
- Sombrero rojo. Legitima los sentimientos, presentimientos y la intuición, sin necesidad de justificarse.
- Sombrero amarillo. Simboliza el optimismo, lógica positiva, factibilidad y beneficios.
- Sombrero azul. Control y gestión del proceso del pensamiento.

Mientras alguien en un grupo “se pone un sombrero” está representando un papel, y por lo tanto está liberándose de las defensas del ego, que son responsables de los errores prácticos del pensar. Los seis sombreros establecen unas ciertas reglas para el “juego” de pensar y particularmente para la forma del pensamiento que se ocupa de trazar mapas como opuesto o distinto al de discutir.

#### **1.14. Otras técnicas**

Algunas técnicas utilizadas como herramientas de calidad pueden ser utilizadas en la detección de problemas como son los diagramas de causa-efecto o de espina de pescado (diagrama de Ishikawa), el diagrama de flujo, etc.

### **1.15. Otros métodos específicos en la atención sanitaria:**

#### **De metodología cualitativa:**

- Análisis de Reclamaciones de los usuarios.
- Análisis de Sugerencias de los usuarios.
- Informes de incidentes.
- Programas de gestión de riesgos.

#### **De metodología cuantitativa:**

- Muestras de historias clínicas.
- Encuestas con preguntas cerradas.
- Monitorización de indicadores.
- Análisis de perfiles.
- Análisis de la información de los pacientes y sistemas de seguimiento.

## **2. Técnicas de selección de prioridades**

La determinación de prioridades es un proceso de toma de decisiones. Aunque la decisión puede tomarse de forma individual, el consenso en torno al problema es esencial para favorecer la implicación de los profesionales en su posterior resolución. Por ello en general se utilizan métodos grupales.

No existe un estándar fijo sobre qué problemas tratar, pero, en general pueden incluirse los siguientes puntos: han de afectar a procesos habituales, evitar intervenir en procesos pendientes o en fases de cambio, elegirlos de forma consensuada con un inicio y final claros, seleccionar procesos cortos.

El proceso de selección de prioridades tiene cuatro etapas secuenciales:

1. Definir los criterios de decisión.
2. Seleccionar los problemas.
3. Evaluar y comparar los problemas.
4. Analizar la importancia del problema y la capacidad del programa.

### ***2.1. Técnica de la criba***

Es un procedimiento sencillo para simplificar la información que debe clasificarse; es especialmente útil cuando se han detectado muchos problemas. En una primera vuelta, y según un criterio preestablecido, cada miembro del grupo de trabajo selecciona el problema más importante y el menos importante, y los elimina de la lista. En una segunda ronda selecciona los dos más relevantes y los dos menos relevantes, eliminándolos también del listado. En una tercera vuelta se ejecuta la misma operación, esta vez con tres problemas y, así, sucesivamente, hasta analizar la totalidad de los problemas. El número de rondas está en función del número de problemas descubiertos. Al final del proceso los problemas quedan clasificados en tres categorías: importantes, residuales y poco importantes, cuya distribución es la normal o cercana a la normal. Este procedimiento debe ir seguido de alguno de los métodos de selección de prioridades que reseñamos a continuación.

### ***2.2. Técnica de la ponderación***

Es un método para establecer prioridades en una lista de elementos no cuantificados, cuya importancia relativa es ponderable solamente a través de las opiniones de distintas personas. Cada miembro del grupo, utilizando la técnica de la criba, clasifica los problemas por orden de importancia. El problema más relevante recibe el valor 1 y el resto se puntúa en función de su importancia relativa con respecto a aquél. Se calcula a continuación la media de los valores obtenidos por cada problema, y el que obtiene la valoración más elevada se considera preferente. Si dos problemas tienen una puntuación similar, será más importante el que haya sido calificado por un mayor número de miembros del grupo.

### ***2.3. Técnica del análisis del campo de fuerza o análisis de las barreras y las ayudas***

Es una técnica que ilustra los pros y los contras de un proyecto. Considera las fuerzas que impulsan y restringen las ideas y opciones. Sobre una línea horizontal, que representa el proyecto, se dibujan flechas ascendentes, indicativas de todas las posibles fuerzas impulsoras, y flechas descendentes, que señalan las fuerzas restrictivas o barreras. El tamaño de las flechas es proporcional a la intensidad de las fuerzas representadas.

Para las fuerzas negativas hay que determinar cómo esa fuerza podría ser reducida o eliminada. Para las fuerzas positivas determinar cómo esa fuerza podría ser fortalecida. Determinar las acciones y recursos disponibles más prometedores para ayudarnos.

### ***2.4. Técnica de la escala de la media lineal***

Se utiliza una escala lineal continua de 0 a 1. Cada miembro del grupo valora cada problema, adjudicándole una calificación según su importancia. Se calcula después la media de los valores asignados a cada uno de los problemas y se obtiene la clasificación final.

### ***2.5. Técnica de la comparación por pares***

Este método permite concentrarse únicamente en dos problemas cada vez. Cada uno de éstos se compara con los restantes de la lista, indicándose el problema del par más importante. Los problemas se clasifican en una lista final, según un orden determinado por el número de veces que han sido considerados más importantes en las comparaciones efectuadas.

### ***2.6. Técnica de la asignación directa***

Se asigna a cada problema una puntuación previamente determinada asociándose esta a un enunciado que caracteriza la importancia de aquél. Por ejemplo: muy frecuente (10), bastante frecuente (7,5), frecuente (5), poco frecuente (2,5), infrecuente (0). Se calcula la media de los valores obtenidos por cada problema y se confecciona una clasificación final.

## 2.7. Métodos específicos de planificación sanitaria basados en la priorización según criterios

Se proponen varios métodos que, aunque son técnicas para establecer un orden de prelación de problemas de salud desarrollados especialmente en la planificación sanitaria, pueden emplearse también, convenientemente modificados, para establecer prioridades de problemas de calidad. Dos de ellos, la parrilla de análisis y la técnica de HANLON, están dirigidos a clasificar problemas; los otros tres métodos, el DARE, el de ponderación de criterios y el método SIMPLEX, se utilizan indistintamente en la selección de problemas o de soluciones.

### Técnica de la parrilla de análisis o parrilla de priorización

La técnica se basa en calificar cada problema positiva (+) o negativamente (-) con respecto a cuatro criterios de decisión:

1. Relevancia del problema.
2. Relación demostrada entre el problema y sus causas.
3. Capacidad de intervención.
4. Viabilidad de la intervención.

A partir de la puntuación conseguida se configura una parrilla de decisión para establecer un conjunto jerarquizado de recomendaciones, dirigido a la intervención o a la investigación. Se procede a investigar cuando los factores causales del problema no están bien identificados, la técnica de resolución está mal desarrollada o la solución es difícilmente aplicable.

En realidad existen muchos tipos y variantes de parrillas. Una de ellas puede ser:

Problema	Fácil de medir	Usuarios	Riesgo	Coste diferencial	Influencia externa	Profesionales implicados	Total
A							
B							
C							
D							

Fácil de medir:

3. Datos disponibles y fáciles de recoger
2. Datos disponibles pero difíciles de medir
1. Datos no disponibles
0. No datos

Usuarios afectados:

3. Afecta a todos los usuarios
2. Afecta a un número importante
1. Afecta a un número pequeño
0. No afecta a ninguno

Riesgo:

3. El problema es muy grave en los pacientes que se presenta
2. El riesgo es medio
1. Riesgo pequeño
0. Ningún riesgo o prácticamente nulo

Coste diferencial (entre el problema y la solución)

3. Coste diferencial alto
2. Coste diferencial medio
1. Coste diferencial pequeño
0. Coste diferencial nulo

Influencia externa:

3. La solución depende del servicio/equipo implicado
2. La solución depende del equipo y la dirección
1. La solución depende de la dirección
0. La solución depende de planificación sanitaria a nivel global

Profesionales implicados:

3. Afecta a todos los profesionales
2. Afecta a la mayor parte de los profesionales
1. Afecta solo a un grupo de profesionales
0. No afecta a ningún profesional

### **Método de HANLON**

Se basa en clasificar los problemas atendiendo a cuatro criterios:

- a. Magnitud del problema, valorada de 0 a 10. Se refiere al número de personas afectadas en relación a la población total.
- b. Severidad o gravedad del problema, valorada de 0 a 10. No tiene una definición uniforme. Se pueden tener en cuenta las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad y/o las tasas de incapacidad, además de considerar los costes que produce la enfermedad.
- c. Eficacia de la solución (posibilidad de modificar el problema con los recursos y tecnologías actuales), valorada de 0,5 a 1,5. Este componente multiplica a la suma de los componente A y B, por lo tanto tiene el efecto de reducir o aumentar el producto obtenido en función de que la solución sea eficaz o no

- d. Factibilidad de la intervención, valorando si (1) o no (0) la pertinencia, la virtualidad económica, la aceptabilidad, la disponibilidad de recursos y la legalidad.

La prioridad del problema se calcula según la fórmula  $[(A+B) C] \times D$ .

El componente C multiplica a la suma de los componentes A y B, por lo tanto tiene el efecto de reducir o aumentar el producto obtenido en función de que la solución sea eficaz o no.

Dado que el factor D multiplica al resto de los componentes, si el resultado de valorar cualquiera de los elementos de la viabilidad de la intervención es cero, la actuación sobre el problema no es factible, y la cuestión así valorada no puede considerarse prioritaria.

Este método se ha utilizado en diferentes experiencias de planificación sanitaria.

### **Método DARE (Decision Alternative Rational Evaluation)**

Es útil como técnica de ordenación de problemas y de soluciones. Los problemas o soluciones se jerarquizan en función del peso relativo de los criterios seleccionados para evaluar las alternativas. Es un método que se basa en la comparación por pares de los criterios y de las alternativas. Es necesario cumplir los siguientes requisitos:

1. Criterios de evaluación de las alternativas excluyentes (por ejemplo, coste económico, tiempo requerido, etc.)
2. Cálculo de la importancia relativa de cada criterio según cada uno de los miembros del grupo.
3. Cálculo del valor relativo de cada alternativa con relación a cada uno de los criterios.
4. Cálculo del valor total de cada alternativa.

El valor total de cada alternativa es igual a la suma de los productos del valor de cada criterio por el peso relativo de este mismo criterio:

Valor total alternativa A =  $C_1P_1 + C_2P_2 + \dots + C_nP_n$

Valor total alternativa B =  $C_1P_1 + C_2P_2 + \dots + C_nP_n$

Donde C representa el valor del criterio para cada una de las alternativas y P representa el peso relativo que ese criterio tiene asignado. En primer lugar hay que seleccionar los criterios que se van a evaluar en cada alternativa y se les asignará una cifra por la que serán ponderados. Además, se asigna el valor que cada criterio tendrá en cada una de las alternativas. De esta manera, los sumandos para calcular el valor de la alternativa se obtienen de multiplicar el valor relativo que un criterio tiene en una alternativa concreta por el peso que ese criterio tiene en todas las alternativas. La alternativa que mayor puntuación obtenga es la que debemos considerar prioritaria.

### Método de ponderación de criterios

La técnica se basa en determinar la importancia relativa de cada uno de los criterios utilizados antes de la evaluación de las alternativas. El proceso es el siguiente:

1. Atribuir un peso a cada uno de los criterios seleccionados, valorados de 1 a 5. Puede haber algunos criterios que se consideran como absolutos en cuyo caso deben considerarse como obligatorios. Algunos autores proponen cuatro aspectos para la ponderación de cada criterio: aspectos tecnológicos, aspectos sanitarios, aspectos sociales y aspectos administrativos.
2. Valorar cada problema en función de cada uno de los criterios, en una escala de -10 a +10 ( $S_{1a}$ ).
3. Obtener los niveles de significación de cada problema.

$$NS_1 = \frac{P_a S_{1a} + P_b S_{1b} + \dots + P_n S_{1n}}{N}$$

$NS_1$  = Nivel de significación del problema 1

$P_a$  = Peso relativo del criterio utilizado a.

$S_{1a}$  = Valor obtenido por el problema 1 cuando es evaluado a la luz del criterio a.

$N$  = Número de criterios utilizado para cada problema.

4. Establecer la lista de prioridades, ordenando los problemas de mayor a menor según el nivel de significación.

### **El método SIMPLEX**

Las prioridades de los criterios se establecen enunciándolos en forma de preguntas. En una encuesta estructurada las respuestas están valoradas previamente con la misma importancia, aunque se permite atribuir, por consenso, a cada una de las preguntas, una valoración diferente. Cumplimentados los cuestionarios, los resultados se suman y se calcula el valor medio obtenido por cada problema. El problema o la solución con mayor calificación es el preferente.

Una limitación es que otorga la misma importancia a todos los criterios. Se puede introducir una ponderación para asignar los pesos por los que debe ser ponderado cada criterio.

También se pueden emplear para clasificar los problemas de salud, las categorías de criterios que se analizan en cada problema, los aspectos tecnológicos, sanitarios, sociales y administrativos.

### **2.8. El método CENDES-OPS**

Entiende la prioridad como una variable resultado del producto de la Magnitud del problema ( $M$ , equivalente a su prevalencia), la Trascendencia ( $T$ , equivalente a la mortalidad), y la Vulnerabilidad al programa (eficacia o efectividad).

$$P = M \times T \times V$$

Para su realización se puede utilizar el programa informático epidemiológico Epidat.

## 2.9. El método IOM

La Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) de los Estados Unidos pidió al Institute of Medicine (IOM) que estudiara un método para determinar prioridades. Este método combina la elección de los criterios y su ponderación mediante un grupo nominal y la elección de los temas más relevantes mediante el método Delphi.

Se desarrolla en siete etapas y tiene en cuenta criterios cuantitativos objetivos (prevalencia, costes y variación de las tasas de uso) y otros cualitativos (carga de la enfermedad, posibilidad de cambio de los resultados en la salud, posibilidad de cambio en los costes y posibilidad de clarificar aspectos éticos, sociales o legales).

## 2.10. Otras técnicas

Algunas técnicas utilizadas como herramientas de calidad pueden ser utilizadas también en la determinación de prioridades como son el diagrama de Pareto, el polígono de frecuencias, el QFD, etc.

## Bibliografía

Agra Varela Y, García Boró S, Magrinyà Rull P. *Manual de garantía de calidad en atención primaria*. Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Madrid 1994.

Alcalde-Escribano J, Ruiz-López P, Acosta F, Landa I, Lorenzo S, Villeta-Plaza R, Jaurrieta E. *Estudio Delphi para el desarrollo de pautas de indicación de pruebas preoperatorias*. Consenso de anestesiólogos y cirujanos. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:34-42.

Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. *Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud: una aproximación por consenso de expertos*. Gac Sanit. 2006;20:287-94.

Delbecq AL, Van de Ven A, Gustafson DH. *Técnicas grupales para la planeación*. México: Trillas; 1984.

Donaldson MS, Sox HC, editors. *"Setting priorities for health technology assessment: a model process"*. Washington DC: National Academy Press; 1992.

Escobar A, González N, Quintana JM. et al. *"Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes"*. Gac Sanit. 2005; 19:379-85.

Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. *"Consensus methods: characteristics and guidelines for use"*. Am J Public Health. 1984;74:979-83.

Fleurence RL, Torgerson DJ. *"Setting priorities for research"*. Health Policy. 2004;69:1-10.

LLano J, Martínez-Cantarero JF, GOL J et al. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. Gac Sanit. 2002;16:408-16.

Llano J, Polanco C, García S. *"¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el sistema nacional de salud español"*. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2004.

Peiró S, Portella E. *"El grupo nominal en el entorno sanitario"*. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1993.

Pineault R, Daveluy C. *"La planificación sanitaria. Conceptos-métodos-estrategias"*. Barcelona: Masson, S.A.;1987.

Pujol E, Gene J, Sans Mireia et al. *"El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios"*. Gac Sanit. 2006;20:209-19.

Rico R, Asúa J. *"Priorización de los temas a evaluar. Vitoria: OSTEBA, Dirección de Ordenación y Evaluación Sanitaria"*. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 1996.

VARO J. *"Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria"*. Madrid: Díaz de Santos; 1994

## TEMA 3.3

# Proyectos de mejora continua

Luis Calahorra Fernández.  
César Llorente Parrado.  
Nuria Díaz Avendaño.

## 1. Técnicas para la planificación estratégica

Todas las organizaciones necesitan diseñar y ejecutar un plan estratégico para la consecución de objetivos y metas planteadas siendo este un elemento indispensable para su gestión.

Los pasos clave para desarrollar un plan estratégico son:

1. Establecer las definiciones de misión, visión y valores.
2. Realizar un análisis de la situación dentro del sector (análisis DAFO).
3. Orientar la gestión a las expectativas del cliente (herramienta QFD).
4. Planteamiento de metas mediante objetivos, indicadores, proyectos y planes de mejora.
5. Seguimiento de objetivos mediante cuadros de mando.

### 1.1. Definición de misión, visión y valores

**Misión:** La misión es la razón de ser de una organización. Es una declaración estratégica que ayuda a la organización a saber lo que hace bien y responde a preguntas tales como: ¿quiénes somos?, ¿qué nos proponemos?, ¿qué hacemos? o ¿qué vamos a hacer?, ¿con qué finalidad?, ¿para qué o quiénes lo hacemos?, ¿en qué nos diferenciamos? La misión hace referencia al presente de una organización.

Como ejemplo de Misión, de un Hospital General de nuestro Servicio de Salud, está: *“ser una organización de atención sanitaria especializada moderna y de vanguardia, que se caracterice por la precisión en el diagnóstico y en el tratamiento, su seguridad, accesibilidad y respuesta rápida y fiable en la resolución de los problemas de salud de la población”.*

**Visión:** Es el futuro de la organización dentro de determinados años. Debe responder a preguntas tales como: ¿qué y cómo queremos ser dentro de “x” años?, ¿en qué nos queremos convertir?, ¿en qué nos diferenciamos?. Es el “sueño a realizar” y representa el “boceto visual y persuasivo de la meta que moviliza las energías y capacidades de la gente”. A menudo la visión que tenemos de nuestra organización condiciona las decisiones y acciones que vamos tomando en el día a día. Esto suele ocurrir incluso de forma no consciente.

En el ejemplo anterior, la Visión del hospital sería: *“llegar a ser un hospital en permanente crecimiento técnico y profesional, dotado de una oferta de servicios y equipamiento de innovación tecnológica capaz de dar respuesta a los nuevos retos asistenciales del siglo XXI, siendo un referente a nivel nacional en el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información aplicadas al ámbito sanitario”.*

**Valores:** Define los principios, convicciones, normas que regulan la gestión de la organización. Constituyen la filosofía institucional y el soporte de la cultura organizacional, y regulan las relaciones profesionales dentro de la empresa. Responde a las preguntas: ¿qué formas de trabajar consideramos constructivas y eficaces dentro de nuestra organización?, ¿por qué somos reconocidos?, ¿qué valora el cliente final?. Los valores hacen referencia al pasado y a la experiencia que permiten el cumplimiento de lo enunciado en la misión y la visión.

Como ejemplo de valores de un hospital se pueden citar:

- Disponer de un hospital confortable, bien dotado tecnológicamente y estimulante para nuestros trabajadores, con el propósito de que se sientan partícipes de los logros y resultados conjuntos.
- Contar con un hospital nuevo, cómodo, agradable y humano para el paciente donde recibe un trato cálido y personalizado, en un entorno confortable.
- Potenciar la formación continuada, docencia, investigación y calidad como motores de crecimiento y mejora continua en la atención.
- Compromiso para integrar el Hospital en la sociedad, asumiendo nuestra responsabilidad institucional como gran empresa de servicio público, mediante la apertura de canales de colaboración permanentes con entidades públicas y privadas, asociaciones de carácter socio-sanitario y usuarios en general.

## **1.2. Análisis DAFO**

El análisis DAFO es una de las herramientas esenciales en el proceso de planificación estratégica, proveyendo la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la creación de proyectos de mejora.

Este análisis recoge los puntos fuertes en los que nos debemos apoyar, los puntos débiles que hay que superar, como factores internos, las oportunidades que hay que aprovechar y las amenazas de las que hay que defenderse, como factores externos.

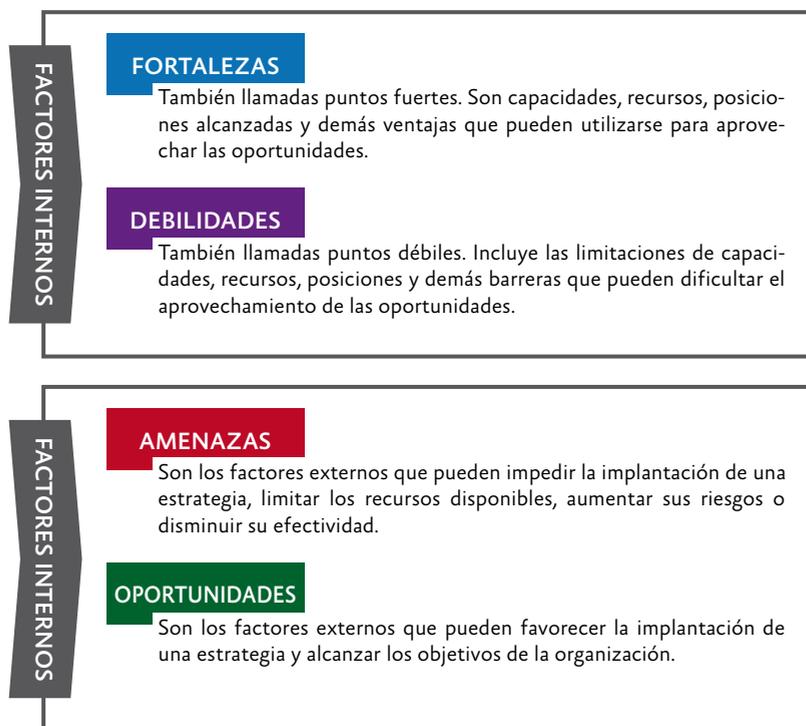
Es una herramienta muy utilizada, que nos permite conocer la situación real en que se encuentra nuestra organización, así como los riesgos y oportunidades que le brinda el entorno en que operar.

### **Los pasos para la utilización del DAFO son:**

1. Identificación y valoración de los factores internos de nuestra organización que afectan negativamente (Debilidades, D) y positivamente (Fortalezas, F) a la efectividad de los servicios que presta nuestra organización.

2. Identificación y valoración de los factores externos de nuestro entorno que afectan negativamente (Amenazas, A) y positivamente (Oportunidades, O) a la efectividad de los servicios que presta nuestra organización.
3. Gráfico de diagnóstico de situación.
4. Análisis del diagnóstico e identificación de factores clave para el éxito.
5. Reenfoco de nuestros servicios para responder a la “voz del sector” de una manera más eficaz.

**Figura 1. Ejes de la matriz DAFO y definición de las categorías**



Los valores introducidos en el DAFO los obtendremos de expertos de nuestra propia organización, expertos en nuestro sector, clientes (encuestas, grupos de trabajo, foros), estudios, estadísticas, administraciones, etc.

### **1.3. Herramienta QFD (Quality Function Deployment)**

Se define como el despliegue funcional de la calidad, entendida como enfoque de los servicios de una organización a satisfacer a sus clientes. Se pretende conseguir alinear las actividades con las necesidades del cliente para así darle un servicio satisfactorio. Este enfoque difiere de otros tradicionales en los que las actividades se organizan para atender a las necesidades de la organización, desestimando el papel del cliente. Esta metodología se introduce en la industria japonesa en la década de los 60 del pasado siglo, aplicándose en Estados Unidos a partir de 1988.

Su desarrollo se lleva a cabo en seis pasos.

#### **Paso 1: QUÉ quiere el cliente**

Se obtiene de estudios e investigaciones basados en la opinión de los clientes a partir de encuestas, contactos, reuniones, etc. Este paso es vital, ya que si se identifica mal lo que esperan los clientes, las acciones van a ir enfocadas al punto equivocado. Para identificar los Qué (s) hay que preguntarse ¿Cuáles son esas “cosas” que, de no estar presentes, el cliente echará de menos?

El enunciado de los Qué(s) se ha de hacer de una forma sencilla, clara y concreta. Nunca se debe opinar por los clientes

#### **Paso 2: CÓMO**

En este paso se han de identificar las características o atributos del servicio que se relacionan directamente con los requerimientos del cliente.

#### **Paso 3: Relaciones entre los QUÉ (s) y los CÓMO (s)**

En este paso se valora la influencia de las características del servicio en las necesidades del cliente. En las casillas correspondientes a la intersección de cada “Qué” con cada “Cómo” se asignará un valor numérico de 1, 3 o 9, pudiéndose dejar la casilla en blanco. Si la relación entre el “qué” y el “cómo” es una relación muy fuerte se asigna el valor 9, si es fuerte se asigna el 3 y si es débil, se asigna el 1.

Si con las características de la organización (“cómo”) no se influye en los “qué (s)” formulados, es necesario replantearse el producto, ya que hay altas probabilidades de fracaso.

#### **Paso 4: Índice de Importancia y Evaluación Comparativa con el Sector**

Para determinar el índice de importancia se asigna un valor desde 1 hasta 5 a cada “qué” según la importancia que éste tenga para el cliente. Para la evaluación comparativa con el sector se asigna también de 1 a 5 con otros servicios similares. Estos datos se han de obtener de los clientes o de información proveniente de ellos. (Estudios de mercado, foros, encuestas, estadísticas, etc.).

#### **Paso 5: Evaluación de las características del servicio**

Mediante este paso se obtiene un valor numérico, asociado a cada “cómo”, que indica la relevancia para el cliente de cada característica del servicio. Esta información es fundamental, pues nos permite enfocar los planes y proyectos de la organización para potenciar aquellas características del servicio más valoradas por el cliente que harán que el servicio prestado sea más eficaz. El valor obtenido para cada “cómo” es el sumatorio de los productos del valor asignado al valorar la correlación de cada “qué” por el valor asignado a la importancia relativa para el cliente

#### **Paso 6: Selección de las características del servicio a ser desplegadas.**

Para la selección de las características del servicio que se han de potenciar o desplegar ha de tenerse en cuenta: el valor de la evaluación de cada característica o “cómo” (paso 5), la posición de la organización en la evaluación comparativa para cada necesidad del cliente (paso 4) y el nivel de dificultad que tenga que abordar cada característica (conocimientos, coste,...).

Para la realización del QFD se ha de crear un grupo de 6 a 10 personas, integrantes de distintas áreas de la organización, con experiencia, responsabilidad y perspectiva, comprometidos con la organización y con habilidad para trabajar en equipo, mentalidad realista, no adhesión a la tradición. Entre los miembros no debe haber relaciones jefe-subordinado.

Figura 2. Modelo de QFD

**QFD HGCR**

		CÓMO'S →																				EVALUACIÓN COMPARATIVA 5- MEJOR 1- PEOR				
		ESTRUCTURA					ASISTENCIA					PROFESIONALES					RECURSOS					IMPORTANCIA PARA EL CLIENTE (1-5)	NUESTROS	ORGANIZACIÓN 1	ORGANIZACIÓN 2	
QUÉ'S ↓		UBICACIÓN HOSPITAL	DISEÑO DE ESPACIOS	DIMENSIONES Y CIRCUITOS	ESPACIOS DE ESPERA	ACTIVIDAD CONSULTAS	ACTIVIDAD HOSPITALIZACIÓN	LISTAS DE ESPERA	ACTIVIDAD URGENCIAS	MOTIVACIÓN	INCENTIVACIÓN	DISPONIBILIDAD	CAPACITACIÓN	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS	TECNOLOGÍAS TERAPEÚTICAS	SEÑALÉTICA Y COMUNICACIÓN	17	18	19	20	1	2	3	4	5
		1	mejorar la información médica		3	1		9	9	1	9	9	3	1	9	9	9	1						5	4	3
2	mejorar señalización	9	3	9	1																	2	3	4	3	2
3	mejor acceso al hospital	9		9		9	3		1													2	2	3	3	3
4	citaciones en tiempo					9	9	9	1	1		9		1								5	1	2	3	4
5	espera en consulta pequeña	3	9	3	9	9	9	9		3	1	9	3	3								3	3	2	4	5
6	espera en urgencias pequeña	1		3	1		9		9	1	1	9	3	3	9	9						3	3	3	4	6
7	mejor priorización en urgencias						1		9	1	1	9	9		3	3						5	4	3	4	7
8	mejorar identificación profesionales					3	3	1	3	3	1			3			3					2	3	3	3	8
9	mejorar eficacia y seguridad enfermería					9	9	3	9	9	1	3	9									4	4	3	4	9
10	mejorar profesionalidad médico					1	1	1	1	9	3	9	9									5	4	3	5	10
11	mejorar amabilidad del personal		1	1	1	3	3	1	3	9	3	1	3									4	3	3	4	11
12	mejorar cita de pruebas					9	9	9	1	1	1	9	3	3	9	9						5	2	3	4	12
13																										
DIFICULTAD (1-5)																										
EVALUACIÓN CARACT. DE NUESTRO SERVICIO	ABSOLUTA	45	52	63	36	139	55	145	155	195	64	55	216	99	132	92	24	•	•	•	•			Relación: Muy fuerte (9) Fuerte (3) Débil (1)		
	RELATIVA (%)	2	3	3	2	7	13	7	9	10	3	13	11	4	7	5	1	•	•	•	•					
CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO A DESPLEGAR																										
PRIORIDAD							1					2	3													

Adaptada del Curso de Gestión de Riesgos y Mejora de la Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

**1.4. Objetivos, indicadores y planes de mejora**

Para la consecución de las metas dentro de la planificación estratégica contamos con las siguientes herramientas: objetivos, indicadores, proyectos y planes de acción

Los **objetivos** responden a la pregunta: ¿qué resultados pretende alcanzar nuestra organización en este periodo? Los objetivos han de ser realistas, razonables, que supongan un reto y que sean factibles. Alineados entre sí.

Los objetivos se pueden plantear a corto y a largo plazo. Los objetivos tienen distintos niveles: estratégicos (alto nivel), de área y funcionales. Cada objetivo

de alto nivel se desglosa en otros de nivel inferior, más concretos. El nivel inferior de los objetivos suelen gestionarse mediante proyectos y planes de mejora para el periodo definido.

Cada objetivo lleva emparejado un **indicador** y un **responsable**.

Los indicadores responden a la pregunta ¿cómo vamos a medir nuestro avance hacia esos resultados? Los indicadores han de ir ligados al objetivo, ser medibles, sensibles, fáciles de calcular y comunicar y referidos al tiempo.

Al igual que los objetivos, los indicadores pueden ser a corto y a largo plazo, y de nivel estratégico (alto nivel), de área y funcionales.

Es importante definir el muestreo que se va a emplear para obtener los datos del indicador, o sea, cómo se van a obtener dichos datos (cuándo, cuántos, a quién, cómo,...).

Algunos ejemplos de objetivos e indicadores en el ámbito sanitario son:

- **Objetivo:** Mejorar la atención al paciente en un cierto ámbito de un área.

**Indicador:** Porcentaje de respuestas “bien” o “muy bien” de preguntas referentes a dicho ámbito en la encuesta de satisfacción de pacientes del área.

- **Objetivo:** Reducir el nº de urgencias ingresadas.

**Indicador:** Porcentaje de urgencias ingresadas.

- **Objetivo:** Disminuir la tasa de mortalidad en cuidados intensivos en un 5%

**Indicador:** Tasa de mortalidad en cuidados intensivos.

### **1.5. Cuadro de mando**

Los autores del Cuadro de Mandos Integral (Balanced Scorecard) fueron Robert Kaplan y David Norton. Éstos plantean el cuadro de mandos integral como

un sistema de gestión administrativa, que va más allá del enfoque financiero con el que los directivos acostumbran a evaluar la empresa.

Es un método para medir las distintas operaciones de una organización en términos de su visión y estrategia. Proporciona a los administradores una visión global de las prestaciones del negocio.

El cuadro de mando recoge los principales indicadores y los presenta de un modo comprensible y práctico. Es un sistema que nos informa de la evolución de los parámetros fundamentales de la organización.

Las mediciones son muy importantes para poder gestionar las organizaciones. Estas mediciones deben estar relacionadas con las estrategias y las capacidades de la organización.

En la creación de un cuadro de mando hay dos tareas fundamentales: su elaboración y su utilización. Ambas tareas están muy relacionadas, ya que los cuadros han de ser dinámicos añadiendo o eliminando los indicadores en función de las necesidades de información que requiera cada nivel de toma de decisiones.

Cada área de una entidad asistencial atiende a unos clientes o usuarios de su servicio, actividades que se realizan con el consumo de recursos disponibles.

Los indicadores de cada área deben relacionar estas tres entidades: clientes, actividad y recursos, siendo estos últimos los más relevantes por su influencia en costes y resultados.

Hay infinidad de posibles indicadores que se pueden utilizar, y que pueden diferir de unas organizaciones sanitarias a otras. Estos indicadores deben ser relevantes, deben estar agrupados por familias y han de estar equilibrados sin que predominen los de satisfacción, los de actividad, los financieros, etc.

Los indicadores se pueden agrupar en las siguientes familias: satisfacción, pertinencia, adecuación, rendimiento, efectividad y productividad.

Definidos los indicadores teniendo en cuenta los clientes (interno/externo), la actividad, los recursos y los resultados, se creará un cuadro de mando que relacione objetivos e indicadores de forma conjunta con los de otras áreas or-

ganizativas, teniendo siempre como horizonte el objetivo de la entidad en su conjunto.

Los cuadros de mando han de mostrar sólo aquella información que sea fundamental, con una representación sencilla y por supuesto, gráfica y resumida.

En el ámbito sanitario existen muchos ejemplos de cuadro de mando integral. El Hospital General de Ciudad Real está desarrollando un cuadro de mando integral compuesto por cuadros de mando para sus servicios y unidades (asistenciales y no asistenciales). Todos los cuadros tienen la misma estructura: recursos, actividades e indicadores que recogen los indicadores de actividad asistencial, docente, de investigación y calidad. Estos indicadores se corresponden con los objetivos estratégicos del Hospital. Estos cuadros incluyen como novedad en el sistema sanitario público la inclusión de datos de costes generados obtenidos con la contabilidad analítica. Se tiene en cuenta quiénes serán los clientes destinatarios de la información (dirección, servicios, primaria...). También se están desarrollando cuadros para las comisiones clínicas. Para la creación de este cuadro se ha creado una comisión multidisciplinar que está pendiente para su despliegue del desarrollo de los sistemas de información del hospital.

## 2. Técnicas de punto de referencia o de comparación (“*benchmarking*”)

La alta competencia a la que están sometidas las empresas actuales obliga a buscar formas o fórmulas que les conduzcan hacia una calidad y productividad mayor para poder ser más competitivas. Una de estas herramientas es el “*benchmarking*”.

Existen diversas definiciones del “*benchmarking*”, y aunque difieren en algunos aspectos, también muestran una serie de elementos comunes. La mayoría de las definiciones hace mención a un proceso continuo, es un proceso de continua aplicación de las mejores prácticas del sector. Se exponen dos definiciones, la primera más referida al ámbito industrial.

“*Benchmarking*” es el proceso continuo de medir productos, servicios y prácticas contra los competidores más duros o aquellas compañías reconocidas como líderes en la industria (David T. Kearns).

El *“benchmarking”* es el resultado de realizar una serie de actividades de manera sistemática y continua con el objetivo final de identificar el punto de referencia (*benchmark*), compararse con él e identificar las prácticas o métodos que permitan convertirse en el mejor.

El *“benchmark”*, o punto de referencia, es cualquier resultado considerado como *“el mejor”*. Este resultado se convierte en un estándar de excelencia reconocido con el que compararse.

Tal y como indican ambas definiciones, el *“benchmarking”* es un proceso continuo y constante, donde la medición es un factor clave para poder realizar la comparación.

El objetivo del *“benchmarking”* es realizar cambios que conduzcan a la mejora continua y cuantificable en servicios, procesos, etc. y que den lugar a una ventaja competitiva, y a la satisfacción y fidelización del cliente.

El conocimiento de los resultados de otras organizaciones del sector y si es posible como actúan para conseguirlos, sean o no competidores, es la base para identificar en qué ámbitos, áreas, procesos podemos aprender de otras organizaciones.

El *“benchmarking”* junto con el DAFO nos permite conocer la voz del sector sanitario. Es un vehículo eficaz para alcanzar los objetivos estratégicos de nuestra organización y una herramienta de gestión muy recomendada en ISO y EFQM. Desde 1999 existe una Directiva de la Comisión Europea para promover el *“benchmarking”* tanto en empresas como en organismos públicos.

Es una herramienta que se debe centrar en procesos y prácticas, no en productos o servicios finales. Precisa de un profundo conocimiento de los procesos que componen el servicio que realiza la organización y requiere un compromiso explícito y visible por parte de la Dirección.

Para poder beneficiarse de la aplicación del *“benchmarking”* en una organización son necesarios tres requisitos: la actitud de tener voluntad de aprender de los demás, establecer una práctica de *“benchmarking”* y un sistema de comunicación constante y generalizado, y contar con la implicación y el respaldo de los empleados.

### Existen diferentes tipos de “benchmarking”:

- **Interno.** Se da dentro de la misma organización. Es muy indicado para el intercambio de experiencias y para homogeneizar formas de trabajo.
- **Competitivo.** Consiste en la comparación de productos, servicios y resultados con los principales competidores, plantea dificultades de comparación.
- **Funcional.** Establece la comparación de procesos con líderes funcionales dentro del mismo sector que no son competidores directos.
- **Genérico.** Establece la comparación de procesos con líderes de otro sector.
- **Ingeniería inversa.** Consiste en comparar el diseño de productos con la competencia.

Para la realización de un “benchmarking” es necesaria una definición clara y consensuar los indicadores a monitorizar. Esto permite hacer una comparativa entre organizaciones, obteniéndose un ranking por indicador, lo que permite obtener un diagnóstico de situación.

Por otro lado, el análisis de los datos permite identificar buenas prácticas y la implantación de procesos de mejora de nuestro servicio.

El ciclo de mejora continua a través del “benchmarking” conlleva los siguientes pasos: recogida y análisis de datos, generación de informes y gráficos, diagnóstico de situación e introducción de cambios; cerrándose con un nuevo análisis de datos.

Los **beneficios** que aporta esta herramienta son:

- Información de nuestra situación dentro del sector.
- Saber en qué podemos mejorar (puntos débiles) y qué hacemos bien (puntos fuertes).
- Evolución en el tiempo de nuestra organización dentro del sector.

El “benchmarking”, aunque requiere la realización de perfiles, incluye la identificación de las mejores prácticas para dar una idea de los beneficios que se podrían alcanzar si las diversas organizaciones se situaran en el nivel de las mejores. Aunque puede incorporar análisis más detallados para mostrar qué es lo que hacen mejor otros centros y facilitar el aprendizaje, el análisis de indicadores suele limitarse al establecimiento de un estándar para cada criterio definido por los centros que muestran los mejores resultados en ese criterio.

Como **ejemplos** de “benchmarking” dentro del sector sanitario se citan:

- Estudio de la encuesta de satisfacción del usuario del SESCOAM en el que se compara a cada gerencia de atención primaria y a cada hospital con el resto de gerencias y hospitales del servicio de salud y con la media del mismo. En atención especializada se analizan las áreas de hospitalización, consultas externas y urgencias (ejemplo de “benchmarking” interno).
- Resultados de la evaluación del Plan de Calidad del SESCOAM. Anualmente, se publican los resultados de la evaluación de los objetivos del Plan de Calidad por cada centro. En el informe se hace una comparación de los resultados de cada objetivo e indicador entre los distintos centros (“benchmarking” interno).
- El programa TOP 20 de “benchmarking” es una iniciativa de la empresa IASIST desde el año 2000. El TOP-20 se sustenta en la experiencia “100 TOP Hospitals: Benchmarks for success” de HCIA-SACHS en Estados Unidos. IASIST es una empresa especializada en la elaboración y análisis de información de contenido clínico.

El programa TOP 20 es un programa de evaluación de hospitales basado en indicadores objetivos, obtenidos a partir de datos que se registran de forma rutinaria. En el programa se invita a participar a todos los hospitales españoles de forma abierta, gratuita y anónima, participando en la actualidad más de 150 hospitales. Se hace una recogida de datos del CMBD de las altas hospitalarias y de un cuestionario complementario. Con estos datos se clasifican los hospitales en niveles para crear grupos homogéneos de comparación. Para cada hospital se calculan seis indicadores: dos de calidad (mortalidad y complicaciones), cuatro de funcionamiento (estancia media, ocupación, tasa de sustitución en Cirugía Mayor Ambulatoria y razón de ambulatorización) y uno de eficiencia (coste por unidad

de producción). Tras un proceso de normalización por niveles se ordenan los centros de acuerdo con la suma obtenida en cada indicador. Los 4 centros mejores de cada categoría de hospitales constituyen los TOP 20 (incluido el sector privado). Los hospitales TOP reciben un galardón de reconocimiento por parte de su Servicio de Salud. Los valores promedio de los 4 hospitales con mejores resultados de cada nivel se toman como "benchmark" alcanzable y patrón a seguir. El hospital recibe un perfil con sus resultados en 6 indicadores clave con la posición que ocupa respecto a hospitales similares al suyo. El propio hospital puede averiguar cual es su capacidad de mejora respecto al grupo "benchmark" para poder fijar objetivos y acciones de mejora en cada ámbito de evaluación.

Esta información es de gran utilidad para la gestión de los hospitales. Existe una variante para áreas clínicas concretas de hospitales, independiente de los resultados globales.

- Programa perfil de dirección asistencial, también realizado por IASIST. Este programa pretende dar un apoyo continuado a la dirección del hospital y a los servicios clínicos suministrando informes periódicos sobre indicadores que son relevantes para la gestión de la calidad asistencial y de la gestión de recursos (casuística ingresada, complejidad, gestión de estancias, estancias preoperatorios, potencial de ambulatorización, mortalidad y complicaciones intrahospitalarias y reingresos urgentes). Estos indicadores se calculan a partir de los patrones de referencia españoles más actualizados, participando más de 100 hospitales.

### 3. Detección de las necesidades y expectativas del cliente

El objetivo final de cualquier organización es satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes. Para ello, es fundamental realizar las siguientes acciones:

#### 3.1. Identificar los clientes

Conviene diferenciar entre dos tipos de clientes, internos y externos.

- **Clientes internos:** individuos o servicios dentro de la propia organización que reciben nuestros productos o servicios para desempeñar sus

funciones. Ejemplos de servicios que son clientes internos son los servicios centrales hospitalarios, que no tratan directamente con los clientes finales (pacientes).

- **Cientes externos:** son los clientes finales que “disfrutan” de los productos o servicios de la organización. Los pacientes son clientes externos de los servicios asistenciales de un hospital.

Para la identificación de nuestros clientes basta con preguntarnos ¿quiénes reciben nuestros productos o servicios?.

### **3.2. Determinar las necesidades y expectativas de los clientes**

Los aspectos clave que deben tenerse en cuenta son:

- No se trata de “adivinar” sino de recoger la voz del cliente mismo.
- Para recoger la voz del cliente, se pueden utilizar varias herramientas de investigación cualitativa: encuestas con los clientes y/o sus líderes, grupos de discusión, tormentas de ideas,...
- Generalmente se utiliza una combinación de varias de las formas anteriores
- Además, deben tenerse en cuenta otras fuentes de información: requisitos legales, evidencia científica...

Para interpretar la voz de los clientes, se deben filtrar los resultados obtenidos, traduciéndolos a requisitos técnicos. Para ello se pueden utilizar algunas herramientas como las tablas de priorización.

## **4. Desarrollo de un plan de mejora continua**

### **4.1. Grupos de mejora**

La forma más operativa para el desarrollo de un proyecto de mejora continua de los procesos, y uno de los puntos clave, consiste en la constitución de grupos de mejora que impliquen a los profesionales que los desarrollan.

**¿Qué son?** Son un grupo de profesionales que trabajan en un proceso que tienen un objetivo general: analizar los procesos con oportunidades de mejora y rediseñarlos orientándolos hacia el usuario.

**¿Quiénes los forman?** Para cada una de las oportunidades de mejora que la organización haya priorizado para desarrollar un proceso de mejora, se deben buscar aquellas personas con mejor capacidad para lograrlo. Para ello se debe realizar lo siguiente:

- **Identificar las áreas, unidades o servicios más relacionados con el proceso a mejorar**, siguiendo los siguientes criterios:
  - **Convivencia con los síntomas del problema.** Las áreas, unidades o servicios en los que se observan los problemas suelen tener un mejor conocimiento de los problemas que originan los puntos débiles de los procesos y muestran por lo general un mayor interés en su resolución.
  - **Causalidad de los problemas.** Las áreas, unidades o servicios relacionados con el origen de las causas de los problemas tienen un mejor conocimiento de los puntos débiles del proceso. Además, la implicación directa de estos profesionales minimiza la posibilidad de resistencia a la implantación de las propuestas de mejora.
  - **Contribución al diseño e implantación de la solución.** Dentro de los grupos es clave la implicación de profesionales que proporcionen apoyo metodológico con el fin de agilizar y facilitar el diseño e implantación del proyecto de mejora.

Ejemplo: Errores de medicación. Farmacia-Unidades de hospitalización clave- Unidad de Calidad

- **Seleccionar el “nivel jerárquico” que debe integrar el grupo.** Según sea el tipo de oportunidades de mejora detectados, se debe dotar de mayor o menor peso a los profesionales implicados en la macro, meso o microgestión. De este modo, si la oportunidad de mejora es de tipo organizativo o de gestión (macro o meso), deben prevalecer en el grupo los profesionales de “nivel jerárquico alto” ya que suelen tener un mejor conocimiento de gestión y una mayor capacidad para la toma de decisiones. Sin embar-

go, ante oportunidades de mejora más operativas, se deben implicar más los profesionales relacionados con la microgestión, a nivel de las unidades o servicios, que tienen un mayor conocimiento directo del problema y pueden aportar soluciones sencillas para la mejora de los procesos.

- **Elegir a las personas más adecuadas para el grupo.** Después de seleccionar las áreas, niveles o servicios que se consideran más apropiados para llevar a cabo el proyecto de mejora de un proceso, se deben elegir los participantes del grupo. Por cada grupo de mejora, se recomienda un número de entre 6 y 10 personas. Cada componente del grupo de mejora debe cumplir los siguientes criterios:
  - Conocimiento directo, detallado y personal del problema.
  - Tiempo disponible para trabajar en el proyecto de mejora.
  - Características y actitud adecuadas para el trabajo en equipo (capacidad de comunicación, respeto, compromiso, interés, etc.).
  - Capacidad de liderazgo en la organización (experiencia, representatividad, autoridad, imagen, ejemplo).

Además, para aumentar las posibilidades de éxito en la mejora de un proceso y minimizar el riesgo de resistencias al cambio, es fundamental que el equipo en su conjunto esté equilibrado respecto a todos los estamentos profesionales implicados en el desarrollo del proceso a mejorar.

Como se ha mencionado antes, es muy conveniente incluir profesionales “facilitadores” que agilicen el diseño e implantación del proyecto de mejora. Estos “facilitadores” deben ser personas neutrales para el proceso (no implicados directamente en él), conocedores de la metodología y de las herramientas para la mejora continua. Su misión en el grupo engloba los siguientes aspectos:

- Formar a los componentes en la metodología y en las herramientas a utilizar.
- Promover su uso adecuado para la mejora del proceso.

- Moderar y favorecer el trabajo en equipo.
- Fomentar el consenso para la toma de decisiones.

**¿Cuál es el punto de partida de un grupo de mejora?** Una vez constituido el grupo de mejora, es necesario aportarle información sobre los siguientes aspectos clave:

- **Descripción de la oportunidad de mejora a resolver**, detallando los síntomas que genera en la organización. Esta descripción deberá cumplir los siguientes criterios:
  - **Específica:** explica exactamente las disfunciones relacionadas con la situación a resolver, distinguiéndole del resto de problemas de la organización.
  - **Observable:** dando evidencia de las disfunciones producidas.
  - **Medible:** indicando el alcance de las situaciones a resolver en términos cuantificables (porcentaje, incidencia,...).
  - **Neutral:** sin sugerir de partida causas o soluciones, sin indicar culpables.
- **Definición del objetivo del grupo de mejora.** Debe indicar con claridad lo que la organización pretende o es capaz de alcanzar a partir de los resultados del proyecto de mejora (¿para qué quiere la organización que se realice el proyecto de mejora?). El objetivo tiene que expresarse de forma cuantificada y ha de ser neutral.

#### **4.2. Etapas del proceso de mejora**

En un proceso de mejora podemos describir 5 etapas: definición de la oportunidad de mejora, identificación y priorización de las causas del problema, desarrollo de las propuestas de mejora, implantación de las acciones de mejora y evaluación del proceso.

### **Definir la oportunidad de mejora y, si se precisan, sus acciones contenedoras**

Los integrantes del equipo comentan sus diferentes puntos de vista tratando de responder a las siguientes preguntas: qué ocurre, dónde, desde cuándo, existen medidas para resolverlo hasta ahora y cuál es el impacto en la organización. En función de la gravedad del impacto, puede ser necesario que se pongan en marcha acciones contenedoras “a corto plazo” que minimicen el efecto del problema.

**Herramientas de mejora** para realizar esta etapa:

- Recogida de datos
- Gráficos de representación
- Diagramas de flujo
- Estratificación
- Diagrama de Pareto

El principal reto que debe superarse en esta fase consiste en unificar las diferentes visiones que cada uno de los integrantes del grupo tienen sobre el proceso a mejorar, simplificando el análisis a los puntos clave.

### **Identificar y priorizar las causas del problema**

El objetivo de esta fase consiste en detectar las causas más significativas en relación a la situación que se pretende resolver o mejorar. Para ello, los integrantes del grupo deben analizar en profundidad el proceso, verificando los problemas y formulando todas sus posibles causas. Por último, se tiene que contrastar la veracidad de las posibles causas formuladas y priorizar su grado de importancia en función de los siguientes criterios:

Impacto en el problema (frecuencia y gravedad).

Se pueden controlar de forma sencilla.

## Herramientas de mejora para realizar esta etapa:

1. Análisis del proceso
  - Diagramas de flujo
  - Estratificación
  - Diagrama de Pareto
  - Recogida de datos
  - Histogramas
  
2. Formulación de posibles causas
  - Tormenta de ideas
  - Diagrama causa-efecto
  
3. Verificación de causas y priorización
  - Recogida de datos
  - Histogramas
  - Gráfico de control
  - Diagrama de dispersión
  - Estratificación
  - Matriz de priorización

En esta etapa es fundamental que el análisis concluya con la formulación de causas que puedan ser verificadas con datos. Es importante que las causas sean contrastadas con datos y que los miembros del equipo no se dejen llevar por la intuición o la percepción subjetiva de la realidad.

## Desarrollar la/s propuesta/s de mejora/s

En esta fase, el grupo de mejora debe:

- Formular las posibles propuestas de mejora para las causas-raíz detectadas.
  
- Evaluar y priorizar las diferentes propuestas en función de su potencial impacto o efectividad, de la posible resistencia al cambio que generan y del coste de su implantación (tiempo, dinero...).

- Definir con detalle la/s propuesta/s seleccionada/s, detallando los nuevos procesos y procedimientos de actuación, si se requieren nuevos recursos humanos o materiales y los estándares e indicadores clave de evaluación.
- Comprobar la eficacia inicial de la propuesta planteada mediante pruebas piloto, simulaciones, ensayos parciales,...

### **Herramientas de mejora para realizar esta etapa:**

1. Formulación de propuestas y priorización
  - Tormenta de ideas
  - Jurado de opinión
  - Recogida de datos
  - Matriz de priorización
2. Comprobación de la eficacia de la solución
  - Recogida de datos
3. Definición de la propuesta seleccionada
  - Diagramas de flujo
  - Diagramas matricial
  - AMFE
  - QFD
  - Diseño de experimentos

En la valoración para priorizar las distintas propuestas de mejora, es frecuente la imposibilidad de llegar a un consenso, ya que cada uno de los integrantes del grupo tiende a sobrevalorar aquellas que mejor conoce o que le van a proporcionar un mayor beneficio. Por este motivo, es clave que antes de realizar la priorización se detallen con claridad los criterios de evaluación.

## **Implantación de la/s acción/es de mejora**

La implantación de una acción de mejora requiere los siguientes aspectos:

- El compromiso de las personas implicadas con la acción de mejora.
- La capacitación (formación) del personal implicado para la realización de las actividades que necesita la acción de mejora.
- La disponibilidad de recursos para la implantación (recursos humanos, tiempo, costes...).

Para lograr conjugar estos tres aspectos necesarios para que la implantación sea exitosa deben seguirse los siguientes pasos:

- a. Tratamiento de la resistencia: todo cambio, independientemente de que sea percibido como beneficioso o no, conlleva una resistencia al mismo. Para minimizar ese riesgo se han de identificar las posibles fuentes de resistencia al cambio, priorizar las de mayor impacto potencial y promover entre los profesionales la participación, la información y la implicación de los líderes. Además se debe dar tiempo suficiente para que la organización asuma el cambio y tratar a todos los implicados por igual evitando que nadie se sienta excluido.
- b. Desarrollo del plan de implantación: en el que se recojan las actividades a realizar para llevar a cabo la acción de mejora, los responsables de las mismas, los plazos de tiempo para su puesta en marcha y los estándares e indicadores de evaluación del proceso de mejora.

## **Herramientas de mejora para realizar esta etapa:**

1. Tratamiento de la resistencia.
  - Tormenta de ideas.
  - Jurado de opinión.
  - Matriz de priorización.

## 2. Desarrollo del plan de implantación.

- Diagrama de flechas (PERT).
- Diagrama de GANT.
- Diagrama de decisiones de acción (PDCP).

Esta es una de las fases más importantes y complejas de todo el proceso de mejora, ya que la resistencia al cambio puede provocar su fracaso. Por ello, es clave que el equipo se ponga en todo momento en el lugar de aquellos a los que impacta la acción de mejora (empatía).

### **Evaluación del proceso**

Su objetivo es detectar las posibles inadecuaciones del proceso y su relación con la satisfacción de las necesidades de los usuarios. La evaluación conlleva los siguientes aspectos:

- Planificación.
- Recopilación de información.
- Análisis de la información.
- Formulación y planificación de propuestas de mejora.

Para realizar la evaluación se pueden utilizar varias herramientas, entre las que destacan las auditorías de calidad y las técnicas de “benchmarking”.

### **Auditorías de calidad**

Es una evaluación metódica e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados de un proceso se ajustan a unas disposiciones previamente establecidas.

Las auditorías deben ser metódicas y sistemáticas (siguiendo un procedimiento y unos criterios objetivos previamente establecidos). De esta forma se logrará la comparabilidad de los resultados y se minimizarán los sesgos producidos por la subjetividad de los auditores y la influencia que generan los auditados. Además, la organización auditada debe garantizar la independencia de la

auditoría, promoviendo una cultura de mejora continua entre los profesionales. En este sentido, no se debe confundir auditoría con “inspección” sino que debe ser entendida como un instrumento de mejora.

Las auditorías pueden ser de varios tipos:

1. Internas. Se establecen desde los propios servicios u organizaciones. Suelen proporcionar gran confianza entre los trabajadores, son llevadas a cabo por profesionales con un conocimiento directo de las actividades auditadas y tienen un impacto directo sobre la mejora de los procesos.
2. Externas. A su vez pueden clasificarse en:
  - Auditorías del cliente. Realizadas por los organismos a los que se presta un servicio o por las instituciones proveedoras de los recursos. Tienen impacto en la mejora de los procesos y además aumentan la confianza de los ciudadanos porque se suelen tener más en cuenta sus expectativas.
  - Auditorías de acreditación o certificación: suelen llevarse a cabo por instituciones ajenas a la auditada. Tienen un gran impacto sobre el ciudadano o cliente por la difusión mediática de los resultados pero suelen repercutir más lentamente en la mejora de los procesos.

Las auditorías de calidad tienen las siguientes etapas:

- Planificación. Análisis previo de la documentación, de los requisitos y/o estándares establecidos. Se deben definir los procesos a auditar, los responsables, los plazos de tiempo y unos criterios homogéneos de evaluación para evitar sesgos.
- Recopilación de la información. En esta etapa existen algunas premisas que deben tenerse en cuenta: no tomar en consideración rumores o suposiciones, constatar sólo los hechos evidentes y anotar las desviaciones encontradas.
- Análisis de los resultados. El informe de auditoría debe recoger la metodología utilizada y el análisis estadístico aplicado, los resultados detecta-

dos y las conclusiones orientadas a las posibles causas de las desviaciones encontradas.

- Establecimiento de propuestas de mejora. El auditado debe planificar las acciones de mejora que se consideren y proponer sus responsables y plazos de ejecución.

## Bibliografía

Aranaz JM, Mira JJ, Beltrán J. *“La gestión por procesos asistenciales integrados”*. Neurología, 2003; 18 (Supl 4): 48-56.

Calahorra L, Porras, ML. *“Proyecto de Gestión de Riesgos y Mejora de la Seguridad del Paciente”*. Hospital General de Ciudad Real. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Caminal, J. *“La medida de la Satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”*. Revista de Calidad Asistencial, 2001; 16: 276-279.

*“Control y mejora continua de los procesos asistenciales”*. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001. Consultado en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/libro\\_completo.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/libro_completo.pdf). El 2 de octubre de 2008.

*“Gestión de Riesgos y mejora de la Seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo”*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD2/entrada.swf>.

*“Mejora continua y resolución de problemas de calidad”*. Generalitat Valenciana. Consultado en <http://www.gva.es/fvq/docs/publicaciones/mejoracontinua.pdf>. El 2 de octubre de 2008.

*“Pautas para la Elaboración de proyectos de Mejora Continua”*. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud. Dirección General de Salud de las personas. Ministerio de Salud del Perú. 2005.

Prieto, J. *“La Calidad en el Sector Hospitalario Español. Programa Modular en Gestión de Calidad”*. Departamento de Economía Aplicada y Estadística. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2003.

Ruiz Iglesias, L. *“Claves para la Gestión Clínica”*. Madrid, Ed McGraw-Hill / Interamericana de España, 2004.

Selfa, C. *“Identificar las necesidades de cada cliente: objetivo del marketing relacional”*. Banca y finanzas: Revista profesional de gestión financiera, 2008; 127:62-64.

Torrecilla, J.M. *“Identificar la Necesidad del Cliente. Su satisfacción como centro de los objetivos de la empresa”*. Economía industrial, 1999; 330: 101-112.



Área temática 4

# El corazón de la calidad



## TEMA 4.1

### Diversidad en la práctica clínica

Raquel López Reneo.  
Sonia Cercenado Sorando.  
María Luisa Torijano Casalengua.  
E. Fernando Jiménez Torres.

#### 1. Introducción a la variabilidad

Los seres humanos son entes individuales y distintos, considerándose esta diversidad, como una riqueza en sí misma. El planteamiento racional del pensamiento científico ampara el hecho de que ante situaciones similares se adopten respuestas parecidas, sin embargo, lo equívoco es interiorizar diferencias llamativas en las respuestas ante un mismo estímulo, por lo que supone de pérdida en la coherencia de intervención y sobre todo la imposibilidad de previsión de medidas futuras a adoptar.

No es nuevo reconocer la existencia de diferencias en la utilización de los servicios sanitarios y sobre todo por qué en los estudios no siempre son variables tangibles como la morbilidad o la edad las que justifican mayoritariamente las variaciones sistemáticas. Reconocer este hecho es el primer paso para intentar responder y buscar otras variables que nos permitan una aproximación más racional y sobre todo homogénea en las intervenciones sanitarias. El conocimiento de las causas de la variabilidad nos acerca a convivir y aligerar la incertidumbre en las decisiones sanitarias.

## 2. Variabilidad en la práctica médica

Al centrarnos en las variaciones en la práctica médica (VPM), hemos de ser conscientes de que intervienen más profesionales del sistema de salud, que intervienen en el proceso asistencial de cada paciente y es por tanto razonable esperar que las variaciones de la práctica clínica van más allá de lo médico.

Puestas así las cosas y entendiendo que se debe avanzar en la búsqueda de la homogeneidad de resultados favorables podemos asumir la definición de Wennberg que entiende las variaciones en la práctica médica como la variación inapropiada que no puede ser explicada por el tipo o severidad de la enfermedad o por las preferencias de los pacientes por uno u otro curso alternativo de acción. Deben ser consideradas como no deseables en la medida que impliquen una asistencia sanitaria de mala calidad.

La gestión de cualquier servicio público, bajo condiciones de recursos limitados, exige decisiones basadas en evidencias, así como una homogeneidad en la asistencia, que garantice un nivel sanitario equivalente a los ciudadanos. Por ello, cada vez más, el personal sanitario y, especialmente los facultativos, deben considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros profesionales y la práctica clínica establecida.

Jennett describe de forma sencilla y contundente los criterios que definen un uso inapropiado de recursos a la hora de juzgar las alternativas asistenciales. Así, dice lo siguiente:

- Si el objetivo deseado se puede obtener con medios mas sencillos, es innecesario.
- Si el enfermo está en situación demasiado avanzada para responder al tratamiento, es inútil.
- Si las complicaciones sobrepasan a los beneficios, es inseguro.
- Si la calidad de vida conseguida no es suficientemente buena, es injustificable.
- Si consume recursos de otras actividades que podrían ser mas beneficiosas, es insensato.

Tan inadecuada es la sobreutilización de los recursos sanitarios, como la infrutilización de los recursos existentes. Supone sopesar y delimitar el problema en claves de solidaridad, equidad, eficiencia y el principio ético de justicia distributiva.

### 3. Experiencias en variabilidad clínica

Aunque existen precedentes, los estudios contemporáneos sobre variabilidad de la práctica médica aparecen hacia finales de los sesenta y principios de los setenta, teniendo especial impacto los trabajos publicados por Wennberg y Gittelsohn sobre variaciones en las tasas de intervenciones de adenoidectomía, prostatectomía, histerectomía, hernia inguinal y colecistectomía en Vermont, que supusieron el inicio para llegar al análisis actual de la variabilidad de la práctica médica y para el desarrollo de los programas de investigación sobre efectividad de los tratamientos y de difusión de resultados de los últimos años.

Se ha trabajado sobre variabilidad de la práctica médica en los EE.UU, el Reino Unido y los Países Nórdicos, pero cada vez más investigadores de otros países europeos, incluido España, incrementan su interés por el tema. Además, se intentan desarrollar argumentos para dar una explicación a esta variabilidad. En una revisión publicada a finales de los ochenta se recogían ya más de 300 referencias bibliográficas. En su estudio sobre amigdalectomías en los distritos escolares británicos, Glover llamó por vez primera la atención sobre la amplia variación en las tasas poblacionales de intervenciones al señalar que, en 1931, estas tasas podían variar hasta 8 veces de un distrito a otro sin ninguna explicación aparente.

Wennberg y Gittelsohn en Vermont hallaron tasas de intervenciones en áreas hospitalarias vecinas que variaban hasta 6 veces para la adenoidectomía y 4 veces para la histerectomía y prostatectomía. Estos investigadores estimaron la probabilidad de haber sido intervenido en función de la edad y área de residencia, observando que en el área con mayor incidencia de intervenciones, la probabilidad de haber sido amigdalectomizado antes de los 25 años era del 64% frente a un 8% en la de menor incidencia y un 25% para el conjunto de las áreas. Para la probabilidad de haber sido histerectomizada antes de los 75 años estas proporciones variaban del 15 al 55%, con una media del 40%, y para la prostatectomía a los 85 años, las probabilidades oscilaban entre el 35 y el 60%, con un promedio del 50%.

Wennberg además encontró diferencias de hasta más del doble en gastos sanitarios por hospitalización per cápita en áreas locales geográficamente próximas dentro del estado de Vermont. Sorprendentemente estas diferencias no tenían relación con otras variables que clásicamente se consideran asociadas al gasto sanitario (edad, incidencia de enfermedad, hospital universitario), sino que se asociaban a datos de estructura del hospital de referencia, como número de camas o número de empleados del centro que se estudiaba.

	Gastos per cápita	Camas por 1.000 habitantes	Personal por 1.000 habitantes
Boston	448	4,4	18,2
New Haven	215	2,7	9,5

Calculó que si se hubieran aplicado los costes de New Haven a Boston para el mismo período, éstos hubieran pasado de 148 millones de dólares a 83, con un ahorro de unos 63 millones de dólares.

Elmore en 1987, evidencia la dificultad y diversidad en la interpretación de las mamografías. Estudia la concordancia en la interpretación de las mamografías, utilizando la técnica del muestreo estratificado sobre 150 mamografías: 27 de mujeres con cáncer confirmado histológicamente y 123 de mujeres sin evidencia tras tres años de seguimiento de cáncer de mama. Participaron 10 radiólogos, que desconocían la existencia del ensayo. La concordancia entre parejas de radiólogos era moderada, el porcentaje de acuerdo era del 78% (kappa, 0,47). La frecuencia con la que los radiólogos recomendaban hacer más exploraciones oscilaba entre el 74 y el 96% de las mamografías de la mujeres con cáncer, y del 11 al 65% de aquellas sin cáncer.

Un desacuerdo sustancial ocurría (uno recomendaba seguimiento y el otro biopsia en la misma enferma) en el 3% de las comparaciones por parejas y en el 25% para todo el grupo. Cuando dos o más radiólogos recomendaron biopsia para la misma paciente, el desacuerdo en la localización (mama derecha o izquierda), ocurrió en el 2% de las parejas y en el 9% de las comparaciones del grupo.

Kreuter estudia la asociación entre el género del médico de atención primaria y la proporción de la población con examen de Papanicolau, mamografía y determinación de colesterol, ajustando por variables demográficas, mediante un diseño prospectivo con seguimiento de 6 meses, en 12 equipos de Carolina

del Norte. La muestra estudiada fue de 1.850 enfermas adultas de edades comprendidas entre 18 y 75 años. Los resultados muestran cómo las mujeres médicas de Carolina del Norte, parecen estar más involucradas en los programas de prevención que sus compañeros varones.

Prueba	OR (IC 95%) Genero del médico: mujer/hombre
Test de Papanicolau	1.47 (1.05 - 2.04)
Test del colesterol	1.56 (1.08 - 2.24)
Mamografía	2.69 (0.98 - 7.34)

Y así, numerosos trabajos comparan tasas de diferentes intervenciones entre países, regiones o áreas hospitalarias y reflejan la variabilidad de los servicios médicos.

En España, se han publicado diversos trabajos, que han descrito el fenómeno de la VPM. Es destacable el grupo de Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional De Salud (<http://www.atlasvpm.org>), surgida como una iniciativa de investigación que busca describir cómo las poblaciones utilizan y son atendidas por el Sistema de Salud Público español con el objetivo de informar sobre su calidad, eficiencia, equidad para su mejor gobierno. Están disponibles 5 atlas hasta el año 2008 y en marcha otros dos más. La lectura de cualquiera de ellos nos muestra la llamativa variabilidad no explicada y existente entre las áreas de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Todos los estudios hasta ahora descritos, son de tipo ecológico, teniendo como unidad de análisis, agregaciones de individuos (basadas en criterios geográficos ó las áreas de influencia de un hospital), confirmando la existencia de variabilidad, independientemente del sistema sanitario o del país, y señalando posibles áreas de mejora de calidad.

## 4. Causas de la diversidad

Mayoritariamente las explicaciones que se aportan a las diferencias son hipótesis parcialmente demostradas, en las cuales intervienen factores relativos a la oferta y la demanda, además en el ámbito sanitario no siempre es clara esta separación. Lo que está claro es que es multifactorial. Ante una necesidad asis-

tencial se pone en marcha un recurso sanitario, y la presencia del propio recurso genera una mayor demanda asistencial.

Marión *et al.* clasifican los factores que influyen en la variabilidad de la práctica médica, con gran controversia en torno a la importancia relativa de cada uno, según su origen en: inexactitudes en los datos o en su análisis, factores vinculados a la demanda de cuidados y factores vinculados a la oferta, separando este último en factores de sistema sanitario y factores del proveedor directo (el médico).

Entre los factores relacionados con la demanda y relativos a la población se incluyen la accesibilidad, comorbilidad, estructura demográfica, expectativas y requerimientos, características socio-económicas, culturales y políticas. En relación con factores de la oferta de servicios sanitarios están la estructura, organización, los recursos humanos (número de profesionales, edad, sexo, formación), recursos técnicos, nuevas tecnologías, modalidad de aseguramiento, pagos e incentivos, especialización, docencia, etc.

Una vez estandarizados factores controlables, existen estudios que cuantifican la variabilidad no explicada entre un 40-50% (Phelps, 1990), valores que entre otros se podría atribuir a factores relacionados con el estilo de práctica clínica en relación con el manejo de la incertidumbre por los profesionales sanitarios.

Se tienen diferentes formas de abordar un mismo problema dependiendo de aspectos culturales, intereses individuales, accesibilidad a las nuevas tecnologías, siempre como una consecuencia y mayoritariamente respaldados más por la propia experiencia o del grupo, que por la evidencia científica. Es precisa la cautela cuando hablamos de variabilidad de la práctica médica. Existe una gran controversia a este respecto pero de lo que no cabe la menor duda es que debemos enfrentarnos a aquellos factores que están en nuestras manos e intentar reducir los cuidados innecesarios o inapropiados (que no aportan beneficios o son perjudiciales para los pacientes).

## 5. Actitudes y soluciones

La mayoría de herramientas disponibles para disminuir la variabilidad pasan por estandarizar la práctica. Esto debe hacerse desde el análisis crítico de la evidencia científica, el diseño y seguimiento de protocolos, guías de práctica clínica y la aplicación de cuidados homogéneos mediante vías clínicas.

La *Evidence Based Medicine* o Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es una estrategia para perfeccionar la toma de decisiones a partir de la aplicación de la mejor evidencia científica disponible. Esta “evidencia” debe estar fundamentada en datos e información cuya veracidad y exactitud estén rigurosamente comprobados a partir de los resultados de la investigación científica. El conocimiento científico obtenido debe combinarse, de forma juiciosa, con la experiencia de los profesionales y las preferencias de los pacientes para abordar ventajosamente el complejo acto de la toma de decisiones.

En la década de los ochenta del pasado siglo, proliferaron los protocolos clínicos, que se pueden definir como “el conjunto de actividades estandarizadas que deben realizarse ante un problema y que son acordados por un grupo de profesionales”.

En 1990, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos define las guías de práctica clínica (GPC) como “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones para una atención sanitaria apropiada en unas circunstancias clínicas concretas”.

Y las vías clínicas se definen como planes asistenciales que se aplican a enfermos con determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. Constituyen una herramienta de mejora de la calidad que tiene el objetivo de mejorar el trabajo multidisciplinario en equipo, integrando las guías y protocolos definidos anteriormente y que han sido introducidos en la práctica clínica. Ofrecen los mecanismos para revisar los procesos, prácticas, estándares y resultados de la asistencia sanitaria, lo que redundará en una mejora de la calidad de la asistencia y de los resultados para los pacientes. La forma de presentación habitual de las vías clínicas es la matriz temporal. En el eje de las abscisas se colocan las unidades de tiempo (horas, días o períodos de tiempo), y en el eje de las ordenadas, las actividades.

Pero además de todas estas herramientas, también es necesario incorporar elementos de calidad en la gestión, para ampliar el espectro de decisiones y detectar oportunidades de mejora que normalmente pasan por analizar con detenimiento las causas que producen las ineficiencias, sin olvidarnos del *benchmarking*, la comparación con los mejores como forma de aumentar la calidad que ofrecemos, así como la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE) que permite la aplicación de esta disciplina por todos los agentes del sistema sanitario y no sólo por los clínicos.

Pero, después de todo, algo que no debemos obviar es que el objetivo de todas estas herramientas es mejorar la atención a nuestros pacientes. Así, su aplicación tiene que acompañarse, necesariamente, de actividades planificadas de evaluación de su impacto en la salud de la población.

## 6. Monitorización de la práctica clínica

Desde hace años, se considera que la evaluación de nuevas tecnologías y la elaboración de protocolos, guías de práctica clínica y vías clínicas, son las herramientas básicas para limitar la variabilidad clínica, en especial en el diagnóstico y la terapéutica. La monitorización del trabajo clínico con indicadores de adecuación a los procesos, procedimientos, protocolos, guías o vías clínicas que se determinen juega un papel importante para disminuir esta variabilidad.

La monitorización de la práctica clínica, consiste en el seguimiento sistemático y periódico del estado de indicadores en relación a unos estándares predefinidos, constituyendo un instrumento para garantizar la idoneidad de la asistencia sanitaria, al realizar una vigilancia continuada de determinados aspectos clave de la misma.

Su objetivo es conocer qué se hace (frecuencias y tasas de ingresos e intervenciones), cómo se hace (alternativas diagnósticas y terapéuticas utilizadas, junto con los criterios de indicación) y qué resultados se obtienen (medir el efecto tanto en términos de salud, costes y efectos adversos). Y a partir de estos datos poder comparar la práctica asistencial de un centro o servicio clínico con los estándares habituales publicados en la bibliografía para otros entornos.

## 7. Guías de práctica clínica, protocolos y vías clínicas. ¿Es lo mismo?

A partir de la década de los ochenta del pasado siglo aparecen, fundamentalmente en Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Inglaterra y otros países europeos, los protocolos y las guías de práctica clínica, como elementos vehiculadores de las mejores prácticas en las que, tanto clínicos como gestores sanitarios, ven una herramienta útil para realizar una atención al paciente más eficiente y consistente. Describen el cuidado apropiado basado en la evidencia

científica, actuando como elemento de mejora de la calidad asistencial y facilitando la toma de decisiones.

En ocasiones, el vocablo inglés *clinical practice guidelines* se traduce indistintamente por protocolo de práctica clínica o guía de práctica clínica. Todos estos términos tienen en común el ser un conjunto de principios y recomendaciones elaborados para facilitar a los médicos la apropiada toma de decisiones en la atención clínica de los pacientes en situaciones específicas; sin embargo existen determinadas diferencias entre ellos que hay que tener en cuenta.

Las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con la intención de guiar o ayudar a los profesionales y pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias clínicas concretas. Durante la última década, el interés en esta herramienta ha ido paulatinamente en aumento, y ha posibilitado un punto de encuentro entre la investigación y la práctica clínica.

A diferencia de la guía de práctica clínica, el término protocolo asistencial se refiere a un conjunto de actuaciones clínicas en situaciones o circunstancias clínicas concretas, habitualmente basados en el consenso de un grupo multidisciplinario de profesionales y una revisión de la literatura científica disponible para llegar a acuerdos en temas de conflicto y discrepancias. Los protocolos describen en detalle los pasos a seguir en procedimientos clínicos concretos. Son más específicos y son más ampliamente utilizados en la práctica clínica real que las guías de práctica clínica.

Por su parte, las vías clínicas, implantadas por primera vez en el New England Medical Center de Boston por Zander en 1980, suponen una forma de adaptar las guías de práctica clínica o los protocolos, a la práctica clínica. Se concretan en un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible; proporcionando una herramienta de coordinación al detallar las actividades del día a día en la atención del paciente con un diagnóstico específico, y constituyendo una herramienta de mejora de la calidad cuyo objetivo es mejorar el trabajo multidisciplinario en equipo, integrando las guías y protocolos introducidos en la práctica clínica diaria.

Así pues, las guías y los protocolos definen la atención y/o el cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la

atención y/o cuidado se ha de proporcionar, y además especifica los objetivos a conseguir en cada fase.

## 8. Elaboración de un protocolo asistencial

### 8.1. *Filosofía y objetivos*

La filosofía para la elaboración y diseño de los protocolos asistenciales debe contemplar la mejora de la calidad asistencial, facilitar las herramientas necesarias para la toma de decisiones y potenciar el conocimiento médico y la educación al paciente, considerando los aspectos éticos durante todo el proceso.

El protocolo asistencial constituye un plan preciso y detallado para el estudio diagnóstico y manejo terapéutico de un problema clínico específico, elaborado de forma original o reelaborado y consensuado por los propios profesionales para que sea fácil su seguimiento. Debe ser corto y realista, fácil de entender y recordar y, sobre todo, debe servir a los intereses de quienes lo usan. Un protocolo asistencial debe tener la consideración de una ayuda, nunca debe ser considerado como una imposición rígida e inamovible.

Los objetivos más importantes que debe cumplir un protocolo son:

- Limitar las variaciones de la práctica clínica que pudieran afectar a la calidad del servicio.
- Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
- Conducir la atención médica y farmacéutica en la dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

### 8.2. *Diseño de un protocolo asistencial*

Para diseñar y elaborar un protocolo asistencial es necesario tener en cuenta una serie de aspectos formales que permitan la prevención de defectos al asumir unos requisitos mínimos que todo protocolo debe cumplir.

De una manera esquemática, el proceso de protocolización consta de las siguientes fases: fase de preparación, fase de elaboración del documento, fase de análisis crítico, fase de difusión e implantación y fase de evaluación.

### Fases en la elaboración de un protocolo asistencial

---

1. Fase de preparación
    - Elección del problema de salud a protocolizar
    - Definición del tipo de protocolo
    - Constitución del grupo de trabajo
    - Establecimiento de un cronograma
  2. Fase de elaboración del documento
    - Aproximación fundamentada al tema
    - Diseño del documento
    - Construcción de algoritmos
    - Esquema o modelo de presentación
  3. Fase de análisis crítico
  4. Fase de difusión e implantación
  5. Fase de evaluación
- 

### FASE DE PREPARACIÓN

En esta fase debe estar implicado el equipo de profesionales que luego lo vaya a poner en marcha, y algún técnico o experto externo en la materia. Esta fase consiste en:

1. Elegir el protocolo a elaborar: “¿qué problema de salud vamos a protocolizar?”. En ella es necesario realizar una descripción específica del problema de salud del que se elaborará el protocolo.

La elección del problema de salud a protocolizar deberá establecerse teniendo en cuenta los criterios de priorización de: pertinencia (basada en las necesidades de salud prioritarias), magnitud del problema (frecuencia y gravedad), trascendencia o repercusión del problema en la comunidad,

vulnerabilidad (eficacia de los procedimientos de actuación de los que se puede disponer para hacer frente a dichos problemas) y factibilidad (capacidad de solucionar el problema en el contexto en que se encuentra).

Así, en la elección del tema del protocolo, se considerará la enfermedad más prevalente, la que produzca más demanda, consuma más recursos, etc.

2. Definir el tipo de protocolo. En ella se definirá específicamente el tipo de protocolo a diseñar, aclarando: a) los niveles de atención implicados, si implica a atención especializada, a atención primaria, o a todos ellos, b) la actividad a protocolizar, si se refiere a promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos; si se refiere a varios de ellos o a todos estos grupos de actividades, y c) los profesionales implicados, si es un protocolo médico, de enfermería o multidisciplinario.
3. Nombrar un responsable o responsables, y definir el grupo de trabajo que lo va a elaborar. Ello es fundamental para el buen desarrollo de esta tarea, ya que un protocolo ha de ser siempre fruto del trabajo de los profesionales que realizan esa actividad, necesitando además de un buen liderazgo. El grupo debe estar formado por un número adecuado de representantes que permita la discusión y a la vez pueda mantenerse operativo. La multidisciplinariedad favorecerá la discusión, equilibrará los puntos de vista e intereses personales, validará el protocolo desde el punto de vista científico y asegurará el éxito de su aplicación en la práctica clínica.
4. Fijar un cronograma o calendario donde se detalle las fases y las fechas en las que se desarrollarán cada una de ellas y en la que se dispondrá del documento provisional del protocolo.

## FASE DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Esta fase incluye cuatro partes fundamentales: 1) hacer una aproximación fundamentada al tema, 2) tener en cuenta unas recomendaciones generales para el diseño del documento del protocolo, 3) la construcción de algoritmos o árboles de decisión y 4) la utilización de un modelo para la presentación del protocolo.

1. Aproximación fundamentada al tema. Es decir, seguir una estrategia que refleje un riguroso proceso científico y que debe basarse en:
  - Formulación del problema.
  - Identificación y valoración de la evidencia científica.
  - Estimación y comparación de los beneficios en salud y de los daños esperables de la aplicación del protocolo.
  - Estimación de los costes netos debidos a tratar de conseguir los mismos beneficios por distintos procesos de cuidado alternativos.
  - Estimación de la fuerza de la evidencia (considerando las áreas clave de incertidumbre científica y discusión teórica), la importancia relativa de los beneficios, los riesgos esperables y la prioridad de la intervención.
  - Formulación clara de las conclusiones sobre los procesos de cuidados, acompañando una relación completa de los participantes, métodos, evidencias y criterios utilizados para llegar a esas conclusiones.
  - Revisión y crítica de todos estos elementos por técnicos, clínicos y otras partes interesadas.
  
2. Recomendaciones generales para la elaboración de un protocolo:
  - Brevedad, es decir que incluyan sólo la información imprescindible. Para conocer más a fondo el tema se debe recurrir a la bibliografía recomendada.
  - Deben ser adaptados al medio al que van dirigidos (atención primaria, atención especializada).
  - Para hacerlos de más fácil manejo, en los casos que fuera necesario, se deben dividir en dos partes: a) documento teórico, conceptual, que justifica su desarrollo y que debe ser lo más breve posible (documento de referencia o de consulta) y b) documentos operativos,

que son aquellos que el profesional debe tener encima de su mesa al aplicar el protocolo, aquellos que se deben utilizar habitualmente (hoja de anamnesis y/o exploración y seguimiento, algoritmo diagnóstico, algoritmo terapéutico, etc.).

3. Construcción de algoritmos y de árboles de decisión. En ocasiones puede ser aconsejable resumir los procesos protocolizados con algoritmos o esquemas visuales, utilizando las técnicas de construcción de algoritmos y/o árboles de decisión.
4. El documento final. Para su redacción, lo más sencillo es seguir paso a paso un modelo o formato estructurado que facilita la tarea e impide la ausencia de alguna parte fundamental del mismo. Las partes imprescindibles que debe contener el documento son las siguientes:
  - Denominación. Problema que hay que tratar.
  - Índice. Debe estar paginado.
  - Definición del problema. Incluida la definición clínica. Debe responder a las preguntas: ¿qué es? y ¿en qué consiste?, en relación al problema que se le presenta al profesional con la patología que se tiene que protocolizar.
  - Definir la población diana o población susceptible a aplicar el protocolo. ¿A quién se va a incluir?, definiendo los criterios de inclusión (características que deben cumplir los individuos incluidos) y de exclusión. Estos criterios pueden ser demográficos y/o clínicos.
  - Definir la actividad a realizar. ¿Qué es lo que se va a hacer?, por ejemplo, tratar de diagnosticar, instaurar tratamiento, etc.
  - Recogida de información. De los datos subjetivos que se recogen por medio de la entrevista clínica y de los datos objetivos recogidos de la exploración clínica.
  - Plan de actuación. ¿Qué hacer? y ¿qué es lo que nunca hay que hacer?

- Diagnóstico. Es conveniente que se refleje en forma de algoritmos diagnósticos.
  - Tratamiento. Médico, quirúrgico. Opinión y participación del paciente.
  - Seguimiento. Pronóstico y evolución.
  - Recomendaciones al paciente (educación para la salud).
- Recursos necesarios. Especificar brevemente los mínimos recursos necesarios para poder desarrollar el protocolo. Personal. Material clínico-diagnóstico. Recursos económicos. Apoyo de otros niveles asistenciales.
  - Organización y funcionamiento. Respondiendo al menos a las siguientes preguntas: ¿a quién va dirigido?: profesionales y población; ¿quién ejecuta el protocolo?: tipo de profesional; ¿cómo se tiene que ejecutar?: normas organizativas y procedimientos de actuación (se puede remitir para ello a normas ya existentes y aceptadas); ¿dónde se tiene que ejecutar?: nivel de atención y local; ¿Cuándo hay que realizar esta actividad?.
  - Sistema de registro. Debe especificar al menos las variables o datos mínimos a recoger por los profesionales y cómo recogerlos para poder posteriormente evaluar el protocolo (funcionamiento y resultados).
  - Evaluación del protocolo. Debe responder al menos a las preguntas: ¿quién realiza la evaluación?, ¿qué datos y elementos vamos a evaluar?, ¿cómo se recogen y evalúan los datos?, ¿cada cuánto tiempo vamos a realizar la evaluación?.
  - Bibliografía. Separando la bibliografía que justifica las decisiones que se plantean en el protocolo de la bibliografía de referencia para ampliar los conocimientos sobre el tema.
  - Anexos. Si se consideran necesarios, y sin límite de número o extensión.

## FASE DE ANÁLISIS CRÍTICO

En esta fase, se debe someter el documento a la crítica de los profesionales y pacientes que se verán afectados por el mismo. En ella deben participar todos los profesionales que posteriormente lo vayan a llevar a la práctica, valorando de forma exhaustiva todas y cada una de las actividades reflejadas en el protocolo.

Los autores del documento, durante esta fase, recogen todas las críticas, desacuerdos y sugerencias que se realicen a los diferentes apartados, para posteriormente analizarlas hasta llegar a un consenso sobre la redacción final. Esta fase concluye redactando un nuevo documento, en cuya estructura se recojan los cambios justificados que hayan surgido.

## FASE DE DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN

Consiste en difundir el protocolo ya terminado a todo el personal implicado en el mismo para su implantación. Aquí comienza una tarea difícil, ya que la elaboración de un protocolo no asegura su uso en la práctica. La revisión de los estudios realizados sobre la implantación de protocolos indica que el cumplimiento de los mismos es directamente proporcional a su sencillez y facilidad de aplicación, y a la utilización de sistemas activos de información para su difusión.

## FASE DE EVALUACIÓN

Esta fase fija la periodicidad con la que se analizará el cumplimiento del protocolo para garantizar su utilidad. La evaluación asegura que las recomendaciones especificadas en el protocolo se adapten y puedan aplicarse con efectividad a la realidad clínica.

## 9. Guías de práctica clínica

### 9.1. *Definición y aspectos clave*

Las guías de práctica clínica (GPC) se definen como el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y

a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Esta definición fue propuesta por el Institute of Medicine de los Estados Unidos en el año 1990.

El origen de las GPC surge de la necesidad de los sistemas sanitarios de enfrentarse a una evidente variabilidad en la práctica clínica tanto entre los diferentes proveedores como profesionales sanitarios y áreas geográficas, y de la confirmación de que estas variaciones pueden conllevar tratamientos o resultados inadecuados, así como importantes desigualdades en la utilización de los recursos sanitarios.

Inicialmente similares a los clásicos protocolos, se diferenciaron posteriormente aportando múltiples innovaciones y aspectos diferenciales. A diferencia de los protocolos clásicos, habitualmente basados en el consenso o la opinión y una revisión narrativa de la literatura científica disponible, las GPC están desarrolladas por equipos multidisciplinares, revisan de manera exhaustiva y sistemática la evidencia, evalúan la calidad de la información, y presentan unas recomendaciones específicas y acordes con la calidad y diseño de los estudios. Las GPC, no dicen al clínico qué decisión debe tomar; al contrario, identifican el abanico de decisiones potenciales y le aportan evidencias que unidas a su criterio individual y a los valores y preferencias del paciente le facilitan la decisión clínica.

La esencia de una GPC es la formulación de recomendaciones para dar respuesta a un listado de preguntas en las que se puede resumir la atención a un problema en un contexto determinado. La respuesta a las preguntas mediante la evaluación y síntesis de la evidencia constituye el núcleo de la GPC y es lo que la distingue de otro tipo de documentos que elaboran recomendaciones y que se basan sobre todo en opiniones de expertos.

Por tanto, una GPC para ser considerada como tal tiene que:

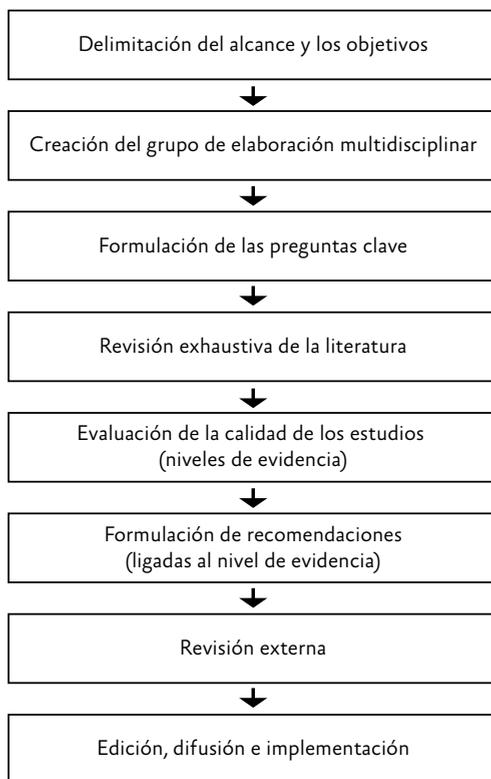
- Definir preguntas prácticas e identificar de forma explícita todas las alternativas de decisión y resultados.
- Identificar, valorar y resumir de forma explícita y adecuada para los que han de tomar decisiones, las mejores evidencias acerca de todos los as-

pectos que puede presentar la condición o problema objeto de la guía: prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, efectos adversos y coste-efectividad.

- Identificar explícitamente los puntos de decisión en los que es necesario integrar estas evidencias con la experiencia clínica individual.

## 9.2. Principales etapas de elaboración de las GPC

La secuencia de las diferentes etapas en el desarrollo de una GPC es la siguiente:



### FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Una vez seleccionado el tema objeto de la GPC y formado el equipo redactor, éste ha de considerar el problema de salud en un contexto determinado, y

valorar quiénes serán los usuarios finales. El diseño de una GPC comienza por la formulación de un listado de preguntas clínicas en las que se basa la atención al problema objeto de la guía.

El desarrollo posterior de la GPC consiste en dar respuesta a este listado a partir de una búsqueda y evaluación de la literatura médica.

## BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

Las recomendaciones recogidas en una GPC deben basarse en la mejor evidencia disponible e incluir una serie de recomendaciones graduadas.

La búsqueda de evidencia científica se debe apoyar en métodos sistemáticos que permitan, de la manera más exhaustiva posible, identificar la información bibliográfica existente sobre la investigación en un determinado campo. Se pretende que la información obtenida sea un conocimiento generalizable a grupos de pacientes, puesto que los datos generados proceden de grupos de pacientes con características similares.

En la búsqueda de la evidencia, son fundamentales dos principios: selección de bases de datos más adecuadas y elección del tipo de estudio más adecuado para cada pregunta. Basándose en la variedad de diseños de los diferentes tipos de estudios que se revisan, la calidad del conocimiento científico que se genera se califica de forma variable. Pero además de dar importancia al diseño, la calidad de la evidencia viene dada por la metodología utilizada, de forma que cuanto más rigurosa es, el resultado de la investigación será más válido y fiable y por tanto, la robustez de las recomendaciones que se pueden derivar de la síntesis de los estudios será mayor.

## ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

La formulación de las recomendaciones que emiten las GPC se hace en función del volumen, consistencia y posibilidad de generalización de la evidencia, la experiencia clínica y el análisis del contexto (disponibilidad de recursos en el sistema nacional de salud, aspectos culturales, sociales, etc). Cada recomendación se gradúa de acuerdo al nivel de la evidencia que la sustenta, utilizando para ello algunos de los sistemas de clasificación existentes (SIGN, Oxford, NICE, etc.). Para desarrollar este aspecto, se utilizan métodos formales de consenso, ya que favorecen la toma de decisión de manera explícita y transparente.

Una GPC debe ser flexible y tener en cuenta la posibilidad de que pueda adaptarse a circunstancias individuales, considerando las diferencias poblacionales (edad, sexo, etnia), geográficas (rural, urbano), de acceso a los servicios sanitarios y las diferencias entre las expectativas y preferencias de los usuarios.

## DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN

El desarrollo de cualquier GPC debe incluir un plan de difusión e implementación. La GPC debe tener entre sus objetivos llegar a diferentes usuarios potenciales (profesionales de salud, pacientes y gestores) y estar disponible en diferentes formatos para cada uno de estos grupos.

## EVALUACIÓN DEL IMPACTO / RESULTADOS

La utilidad e impacto de la GPC debe evaluarse transcurrido el tiempo apropiado tras su difusión e implementación, especialmente aquellos aspectos relacionados con los resultados en salud.

## REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

En la elaboración de un GPC debe planificarse la revisión y actualización regular de la misma, es decir, debe ser mantenida a lo largo del tiempo mediante la revisión periódica de la evidencia emergente y de otros aspectos que pueden crear la necesidad de revisar las recomendaciones dadas (inmigración, envejecimiento de la población, etc).

### **9.3. Las GPC en nuestro medio**

Las GPC son un instrumento de enlace entre la investigación y la práctica clínica, y es en este sentido en el que ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de información y literatura científica disponibles, así como las opiniones basadas en la mejor práctica clínica.

La introducción de GPC en el contexto de los servicios de salud, claramente, puede tener un impacto sobre la calidad de la atención sanitaria al promover intervenciones de probada eficacia y discriminando intervenciones no efectivas; sin embargo, debe tenerse en cuenta que a pesar de todas las ventajas y beneficios que ofrecen podrían tener un efecto totalmente contrario si contuvieran recomendaciones erróneas.

Con el propósito de evaluar la validez, reproducibilidad y fiabilidad de las GPC, una serie de instituciones europeas diseñaron a finales de los años noventa una herramienta para la evaluación de las GPC, el instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*, Instrumento para la evaluación de la calidad de las GPC). El objetivo del instrumento AGREE es ofrecer un marco para la evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica, pudiendo ser de utilidad tanto a la hora de elaborar una nueva GPC como para valorar la validez de una guía que queramos revisar o adaptar. Este instrumento ha supuesto una herramienta útil tanto para la evaluación de la calidad de las guías como para su elaboración.

En España, el desarrollo de diferentes iniciativas ha servido para mejorar la calidad de las GPC producidas en nuestro entorno. En este sentido, cabe destacar la iniciativa denominada GuíaSalud, programa de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es ofrecer un catálogo de GPC para ser utilizadas por los profesionales sanitarios, así como promover la elaboración, adaptación y/o actualización de GPC basadas en la mejor evidencia científica posible con una metodología homogénea y contrastada; y el grupo REDEGUÍAS, cuyo propósito es facilitar la integración de las GPC en la actividad cotidiana de los profesionales sanitarios, y con el resto de instrumentos disponibles para formular, impulsar, gestionar y evaluar los programas de mejora de la calidad asistencial.

## Bibliografía

Abelló C, Barba R, Delgado R, Gil A, Humet C, Suñol R, Viladiu P. "Protocolos clínicos". *Calidad Asistencial* 1994; 2: 49-50.

Alonso P, Bonfill X. "Guías de práctica clínica (I): elaboración, implantación y evaluación". *Radiología*. 2007; 49(1): 19-22.

Andersen TF, Blais R, Bredesen J, Jorgensen T, Loft A, "Madsen M et al *Coping with regional variations: the case of surgery in Denmark*". *Int J Health Plannig Manag* 1987; 2: 253-264.

Antoñanzas F, Pinillos M. "Equidad y variabilidad del uso de las tecnologías médicas". *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(12):1217-20.

Bernal, E. El atlas VPM. Atlas VPM , 2005; 1 (1):3-4.

Bernal Delgado E. “¿Tiene futuro las guías de práctica clínica em el Sistema Nacional de Salud?”. Gestión clínica y sanitaria. 2002; 4 (3): 75-7.

Bonafont X, Casasín T. “Protocolos terapéuticos y vías clínicas. En: Farmacia hospitalaria, 3ª ed”. Tomo I. Madrid: Fundación Española de Farmacia Hospitalaria, 2002; p. 81-101.

Bonfill X, Marzo M. “Guías de práctica clínica: tenerlas, que sean de calidad y que salgan del armario”. Med Clin (Barc) 2003;120 (13): 496-7.

Brook RH. “Practice guidelines and practicing medicine. Are they compatible?” JAMA 1989;262:3027-30.

Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N. “Integrated care pathways”. BMJ 1998;316:133-7.

Carlisle DM, Burciaga Valdez R, Shapiro MF, Brook RH “Geographic variations in rates of selected surgical procedures within Los Angeles County”. Health Ser Res 1995; 30: 27-42.

Carrasco G. “Medicina basada en la evidencia ‘electrónica’” (e-MBE): metodología, ventajas y limitaciones Rev Calidad Asistencial 2002;17(2):113-25.

Chassin MR, Kossecoff J, Park RE, Fink A, Solomon DH. “Variations in the use medical and surgical services by the medicare population”. N Engl J Med 1986; 314: 285-290.

Chassin MR, Kossecoff J, Park RE, Winslow CM, Kahn KL, Merrick NJ et al “Does inappropriate use explain geographic variations in the use or health care services?” JAMA 1987; 258:2.533-2.537.

Compañ L, Peiró S, Meneu R. “Variaciones geográficas en hospitalizaciones quirúrgicas en ancianos”. Rev Gerontol 1995; 5: 166-170.

Delgado R, Carrasco G. “Variabilidad no deseable en la práctica clínica”. Rev Calidad Asistencial 200;15: 639-40.

Domenighetti G, Casabianca A, Luraschi P, Gutzwiller F, Martinoli S, Spinelli A. *"Frequence des procedures operatoires dans le population du canton du Tessin"*. Bellinzona/Suisse: Departement des affaires sociales. Service de la Santé Publique, 1989.

Ellwood PM. *"A technology of patient experience"*. N Engl J Med 1988; 318: 1.549-1.556

Epstein AM *"The outcomes movement -will it get us where we want to go?"* N Engl J Med 1990; 323: 266-270.

Etxebarria Aguirre A, Rotaeché del Campo R. *"Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: desarrollo actual y perspectivas futuras"*. Calidad Asistencial. 2006; 21 (5): 228-37.

Evidence-Based Medicine Working Group. *"Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine"*. JAMA 1992;268:2420-5.

Field MJ, Lohr KN. *"Guidelines for Clinical Practice. From development to use"*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1992.

Fineberg HV, Hiatt HH. *"Evaluation of medical practices. The case for technology assessment"*. N Eng J Med 1979; 301: 1086-9.

Fitch-Warner K, García de Yébenes MJ, Lázaro y de Mercado P, Belaza-Santurde J. *"Variabilidad entre comunidades autónomas en el uso de tres tecnologías cardiovasculares"*. Rev Esp Cardiol. 2006;59:1232-43.

Folland S, Stano M. *"Small area variations: a critical review of propositions, methods, and evidence"*. Med Care Review 1990; 47: 419-465.

Folland S, Stano M. *"Sources of small area variations in the use of medical care"*. J Health Econ 1989; 8: 85-103.

García Caballero M. *"Guías de práctica clínica en el contexto de la organización y control de la asistencia sanitaria"*. En: Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. García Caballero M, coordinador. Málaga. Universidad de Málaga. 2003; p. 35-41.

García J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. "Vías Clínicas". Medicina Preventiva 1999; 1:28-39.

Gittelsohn A, "Power NR Small area variations in health care delivery in Maryland". Health Serv Res 1995; 30: 295-317.

Glover JA "The incidence of tonsillectomy in school children". Proc Royal Society Med 1938; 31: 1.219-1.236.

González-Álvaro I, Hernández-García C, Villaverde V, Vargas E, Ortiz A y el grupo de estudio emARe. "Variabilidad en el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide en España". Med Clin (Barc) 2002;118(20):771-6.

Gornick M. "Medicare patients: regional differences in length of hospital stay", 1969-1971. Soc Sec Bull 1975; 40: 22-41.

Gould JB, Davey B, Stafford RS. "Socioeconomic differences in rates of caesarean section". N Eng J Med 1989; 321:233-9.

Guíasalud. "Catálogo de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud". Disponible en: <http://www.guiasalud.es>.

Gutiérrez-Fisac JL, Fletcher AE "Regional differences in hospital utilization in Spain". European J Public Health 1997.

Haines A. "The science of the perpetual change". Br J Gen Prat 1996; 46: 114-119.

Jarvis E. "The influence of distance from and proximity to an insane hospital, on its use by any people". Boston Med Surg J 1850; 42: 226-232.

Junoy Angeles. "Aspectos complementarios en los análisis de variabilidad de la práctica clínica". Rev Calidad Asistencial 2000;15:279-280.

Junta directiva de la sociedad española de neonatología. "Sobre recomendaciones, protocolos y guías clínica". Anales Españoles de Pediatría. 2001; 55 (2): 99-100.

Keskimäki I, Aro S, Teperi J. "Regional variation in surgical procedure rates in Finland". Scand J Soc Med 1994; 22: 132-138.

Leape LL, Park RE, Solomo DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. *"Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services?"*. JAMA 1990; 263: 669-72.

Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J. *"Relation between surgeons' practice volumes and geographic variation in the rate of carotid endarterectomy"*. N Engl J Med 1989; 321: 653-657.

Leape LL, Park RE, Solomon DH, Chassin MR, Kosecoff J, Brook RH. *"Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services?"*. JAMA 1990; 263: 669-672.

Lewis CE. *"Variations in the incidence of surgery"*. N Engl J Med 1969; 281: 880-884.

Lu-Yao GL, McLerran D, Wasson J, Wennberg J. *"An assessment of radical prostatectomy. Time trends, geographic variation and outcomes"*. JAMA 1993; 269: 2.633-2.636.

Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu de Guillerna R. *"Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones"*. Med Clin (Barc) 1998; 110: 382-390.

McMahon LF, Newbold R. *"Variation in resource use within Diagnosis-Related Groups"*. The effect of severity of illness and physician practice. Med Care 1986; 24: 388-397.

McMahon LF, Wolf RA, Griffith JR, Cuthbertson D. *"Socioeconomic influence on small area hospital utilization"*. Med Care 1993; 3: YS29-YS36.

McMahon LF, Wolf RA, Tedeschi PJ. *"Variations in hospital admissions among small areas"*. Med Care 1989; 27: 623-631.

Mcpherson K. *"Cómo debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica"*. Var Pract Med 1995; 7: 9-17.

McPherson K. *"The best and the enemy of the good: randomized controlled trials, uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical decision making"*. J Epidemiol Commun Health 1994; 48: 6-15.

McPherson K. *"Variations in hospitalization rates: why and how to study them?"* En: Ham C, editor. *Health care variations: assessing the evidence*. Londres: The King's Fund Institute, 1988.

McPherson K. *"Why do variations occur?"* En: Mooney G, Anderson TF, editores. *The challenges of medical practice variations*. Londres: McMillan, 1990; 16-34.

McPherson K, Strong PM, Epstein A, Jones L. *"Regional variation in the use of common surgical procedures within and between England and Wales, Canada and the United States of America"*. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 273-288.

McPherson K, Wennberg JE, Hovind OE, Clifford P. *"Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway"*. *N Engl J Med* 1982; 307: 1.310-1.314.

Ortún V. *"Gestión sanitaria y calidad"*. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14(7):688-92.

Pearson RJC, Smedby B, Berfenstam R, Logan RFL, Burgess AM, Peterson OL. *"Hospital caseload in Liverpool New England, and Upsala: an international comparison"*. *Lancet* 1968; 2: 559-566.

Plant JC, Percy I, Bates T. *"Incidence of Gallbladder disease in Canada, England, and France"*. *Lancet* 1973; 2: 249-251.

Polo Sanz, P. *"¿Deberíamos estar preocupados por las Variaciones Geográficas en utilización de los recursos Sanitarios?"* ATLAS. VPM, 2005; L(1): 3-4.

Roos NP. *"Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physician practice"*. *Am J Public Health* 1984; 74: 327-332.

Sanders D, Coulter A, McPherson K. *"Variation in hospital admission rates, a review of the literature"*. Londres: King Edward's Hospital Fund, 1989.

Santos-Eggiman B, Paccaud F, Gutzwiller F. *"Coronary arteriography rates in Switzerland: how do they vary?"* *Soc Sci Med* 1989; 28: 115-120.

Sarria Santamera A, Sendra Gutiérrez JM. *"Diferencias regionales en la utilización hospitalaria"*. *Gac Sanit* 1993; 7: 63-69.

Saura Llamas J, Saturno Hernández P. "Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen?. Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración". *Atención primaria*. 1996; 18:94-6.

Stano M. "Further issues in small area variation analysis". *J Health Politics Policy Law* 1991; 16: 573-588.

Van Noordt M, Van der Zee J, Groenewegen PP. "Regional variations in hospital admission rates in The Netherlands, Belgium, northern France, Nordrhein-Westfalen". *Gesundheitswesen* 1992; 54: 173-178.

Vayda E. "A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales". *N Engl J Med* 1973; 289: 1.224-1.229.

Wennberg JE. "Dealing with medical practice variations: a proposal for action". *Health Aff* 1984; 3: 6-32.

Wennberg JE. "Small area analysis and the medical care outcome problem". En: Sechest L, Perren E, Bunker J, editores. *AHCPR Conference Proceedings: Research Methodology Strengthening Causal interpretation of nonexperimental data*. Rockville, MD: DHSS publ 90-3454, 1990.

Wennberg JE. "Small area variations and the practice style factor". En: Rutkow IM, editor. *The socioeconomics of surgery*. Washington: Mosby Co., 1989; 67-91.

Wennberg JE. "Variation in surgical practice: a proposal for action". En Frenkel ML, editor. *Surgical care in the United States: a policy perspective*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1988; 58-79.

Wennberg JE, Freeman JL, Culp WJ. "Are hospital services rationed in New Haven or over-utilized in Boston?" *Lancet* 1987; 1: 1.185-1.189.

Wennberg JE, Freeman JL, Shelton RM, Bubolz TA. "Hospital use and mortality among Medicare beneficiaries in Boston and New Haven". *N Engl J Med* 1989; 321: 1.168-1.170.

Wennberg JE, Gittelsohn A. "Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making". *Science* 1973; 18: 1.102-1.108.

Wennberg JE, Gittelsohn AM. *"Variations in medical care among small areas"*. Sci Am 1982; 264: 100-111.

Wennberg JE, Mulley AG, Hanley D, Timothy RP, Fowler FJ, Roos NP et al *"An assessment of prostatectomy for benign urinary tract obstruction. Geographic variations and the evaluation of medical care outcomes"*. JAMA 1988; 259: 3.027-3.030 .

Wennberg JE. *"Unwanted variations in the rules of practice"*. JAMA 1991; 265: 1306-7.

Wennberg JE. *"Variations in medical practice and hospital costs"*. En: Graham NO, editor. Quality in health care. Gaithersburg: Aspen Publisher, Inc., 1995.

Westert GP *"An empirical and theoretical analysis of differences in the duration of hospital stay"*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1992.

## TEMA 4.2

# La gestión de procesos

Verónica Pérez Blanco.  
Piedad Alarcón Gascueña.

*“Debemos convertirnos en el cambio que deseamos para el mundo”*

Mahatma Gandhi

## 1. Introducción

La gestión de procesos es un sistema de gestión de la calidad orientado a la excelencia, es decir, orientado a organizar personas y recursos para obtener los mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia, satisfacción de profesionales y usuarios y de impacto social.

La metodología de la gestión de procesos nos permite analizar de forma sistemática la secuencia de las actividades de las que consta un proceso y representarlas gráficamente. Para ello, debemos definir todas las actividades y analizar sus características de calidad, es decir, “cómo” vamos a hacer lo que tenemos que hacer para satisfacer las expectativas y necesidades de nuestros pacientes.

Una de las características más importantes de esta metodología, es la inclusión de indicadores para medir y analizar sistemáticamente los resultados que estamos obteniendo y observar su tendencia a lo largo del tiempo. Esta información nos permite revisar “cómo” hacemos lo que hacemos, ver en qué

podemos mejorar y priorizar las mejoras que debemos implementar.

Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de “proceso”? Un proceso es el ámbito de actuación en el cual unas personas, a partir de sus conocimientos y de unos recursos, realizan una serie de actividades interrelacionadas entre sí, transformando una entrada en una salida que aporte un valor añadido o utilidad a los destinatarios del mismo.

La palabra “procedimiento”, en el marco de gestión por procesos, sirve para definir un conjunto de reglas e instrucciones para realizar una actividad. Así pues, dentro de un mismo proceso, existirán varios “procedimientos”, tantos como actividades se lleven a cabo.

En sanidad es particularmente necesaria la implantación progresiva de sistemas que faciliten la coordinación entre departamentos y que aseguren la continuidad de cuidados. La mayoría de los procesos que se realizan son multi-departamentales y en ellos intervienen profesionales de distintos niveles. Esta característica produce, en la mayoría de los casos, un enlentecimiento de los tiempos, duplicidad de pruebas, repetición de consultas, falta de información entre profesionales, desinformación de los pacientes, alargamiento de la estancia, insatisfacción, ineficiencias y un aumento en la probabilidad de aparición de eventos adversos.

Lo que parece claro es que, siendo la sanidad un sistema en el que se realizan múltiples procesos horizontales e interdependientes, todavía se rige, en la mayoría de los casos, por estructuras verticales y poco flexibles.

Cualquier iniciativa que haga replantearnos “qué” hacemos, “cómo” lo hacemos y “quiénes” los hacemos, redefiniendo circuitos y responsabilidades, nos permitirá poco a poco, construir una cultura de evaluación y de seguridad, que no es más que una cultura de mejora continua de la calidad.

La metodología de gestión por procesos, es una herramienta más de mejora continua de la calidad que se puede utilizar en organizaciones sanitarias. Existen otras herramientas como las vías clínicas, sistemas de gestión de la calidad como las normas ISO, sistemas de acreditación o modelos de autoevaluación / evaluación externa. De todas ellas, probablemente sea la gestión por procesos el instrumento más efectivo para engarzar las necesidades y expectativas de los pacientes/usuarios. Otras, como las vías clínicas, son más adecuadas para

la implementación de Medicina basada en la evidencia, o como las normas ISO para gestionar la calidad y seguridad en servicios centrales.

Adoptar nuevas formas de gestión es una necesidad para afrontar las nuevas y cambiantes características de los sistemas sanitarios. Ante el aumento de la demanda asistencial, el progresivo envejecimiento de la población y los avances en la tecnología, junto con el aumento de costes que ello supone, se precisan formas de gestión de mayor flexibilidad, velocidad de respuesta, capaces de ofrecer costes más competitivos, adoptar innovaciones y entender el “producto sanitario” como un servicio horizontal y no como una suma de actos técnicos. El desarrollo de la gestión por procesos como modelo de gestión facilita la implantación sistemática de la política y estrategia, objetivos y planes de la organización.

Han quedado obsoletos los conceptos de “controlar” o “garantizar” la Calidad, para pasar a un concepto más dinámico, de evaluación continua, más enfocado hacia el producto final, la satisfacción del receptor de los servicios, del profesional sanitario y hacia su seguridad, como un componente básico de la calidad así como un imperativo ético y profesional. Uno de los conceptos fundamentales de la excelencia es la orientación al paciente, o al usuario, como algunos prefieren para definir al cliente externo de los servicios sanitarios. Además, es imprescindible satisfacer las expectativas y necesidades del cliente interno.

La gestión por procesos no debe quedarse en un mero desarrollo de mapas de procesos, fichas, indicadores o diagramas de flujo. Su fin debe ser facilitar los cambios que la organización precisa, integrando mediante su metodología la estrategia de la misma. Es decir, nunca debe ser un fin en sí misma, sino un instrumento para plasmar la visión, misión y valores de la organización en el quehacer diario.

La “visión”, entendida como una “visualización” del “qué queremos llegar a ser”, como dice José Antonio Marina, “despliega las alas de la inteligencia”. Saber comunicar una visión compartida por toda la organización es un desafío para los líderes. Requiere una capacidad de liderazgo y una madurez en la organización que la mayoría de las veces, tanto en el sector sanitario como en otros sectores, no se suele dar. Es difícil cambiar un ambiente de burocracia, jerarquía y parcelas, por otro en el que se creen circunstancias en las que todos salgan ganando, transparente, comunicativo y de excelencia.

En la gestión tradicional, existe una orientación hacia tareas personales y hacia la verticalidad o jerarquización. Además, cada persona, focalizada únicamente en la realización de su tarea, siguiendo instrucciones precisas, tiene poca información sobre el producto final al que está contribuyendo. El “gran jefe” es el responsable del producto final que se debe multiplicar para supervisar cada tarea. La adaptación a los cambiantes requerimientos de los clientes es muy lenta.

Sin embargo, en la gestión por procesos, se unifican las actividades en torno a los procesos naturales. En un mismo puesto de trabajo, se pueden realizar actividades para distintos procesos. En este sistema el “jefe” delega la responsabilidad, no controla la tarea, sino que coordina y soluciona conflictos. Además, cada persona conoce el para qué y el para quién hace su trabajo y tiene información sobre el resultado final del proceso en el que interviene.

Para Deming, padre de la calidad total, la innovación es consecuencia de la libertad, y para que esto suceda, cada trabajador debe sentirse responsable ante sí mismo de la calidad de su producción. Consideraba que este sentimiento de responsabilidad es esencial para que se pueda mostrar la capacidad creativa inherente a las personas. Además, insistía en la importancia de crear un ambiente de confianza que fomentase que cada trabajador se sintiese ilusionado con detectar y aportar oportunidades de mejora en los procesos y en el producto final.

“Las personas serán más creativas cuando se sientan motivadas principalmente por el interés, la satisfacción y el desafío del propio trabajo y no por las presiones externas” W. Edwards Deming

Para lograr este ambiente de confianza, los líderes deben aportar claridad y unidad en los objetivos, es decir, deben establecer y saber comunicar una dirección clara. Además, deben establecer valores y facilitar una cultura de calidad y sentimiento de pertenencia.

Obviamente, esta cultura no es fácil de implementar, ya que en algunas organizaciones predominan esquemas “tradicionales”, y su evolución hacia una cultura de apertura y transparencia requiere cambios de conductas basadas en creencias adquiridas, muchas de ellas no conscientes, que requerirían ser desaprendidas para interiorizar otras nuevas.

No obstante, los líderes deben lograr progresivamente el desarrollo e implicación de los profesionales, facilitando un marco de reconocimiento, confianza y transparencia. Ello facilitaría los cambios que demandan nuestros pacientes y ayudaría a mantener los importantes logros sociales, económicos y los resultados en salud obtenidos por nuestro Sistema Nacional de Salud.

## 2. Metodología: la arquitectura de procesos

Los pasos a seguir para adoptar un enfoque basado en procesos son los siguientes:

1. Constituir un equipo de trabajo con capacitación adecuada que analice los objetivos y actividades de la organización.
2. Identificar los procesos, clasificarlos y elaborar el mapa de procesos. Sin embargo, debido al elevado número de procesos que existen en las organizaciones sanitarias, debemos realizar una selección de los más importantes, ya que abordar simultáneamente todos es imposible.
3. Definición del proceso. Para ello se suele emplear la Ficha de Proceso.

En la Ficha de Proceso debe constar la definición global del proceso, sus destinatarios y objetivos, los componentes del proceso (actividades, características de calidad de éstas y profesionales implicados en cada una de ellas), representación gráfica del proceso/ subprocesos e indicadores para la monitorización de resultados.

En la siguiente tabla se especifican los contenidos básicos de los que debe constar una Ficha de Proceso:

Nombre del Proceso	
Misión	<p>La misión identifica el objetivo fundamental del proceso, su razón de ser. Debe recoger:</p> <p>Los productos o servicios que ofrecemos: qué hacemos.</p> <p>Qué procesos seguimos: Cómo lo hacemos.</p> <p>A qué clientes nos dirigimos: para quienes lo hacemos.</p>

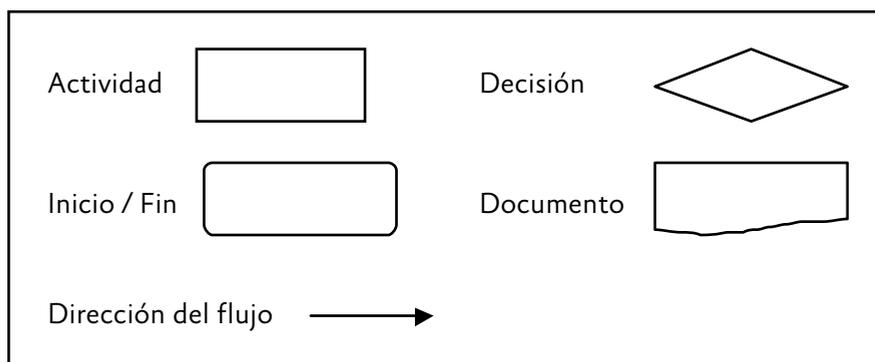
Equipo	Representantes de las diferentes funciones / departamentos, que, liderados por el propietario del proceso participan en su seguimiento.
Documentación de referencia	Recoge la documentación propia, la externa y la legislación aplicable.
Límites del proceso	Inicio y fin del proceso: se identifica dónde comienza y dónde acaba el proceso, acotando de esta forma los límites del mismo.
Propietario del proceso	Vela por el cumplimiento del proceso, responsabilizándose de la gestión y mejora del mismo.
Desarrollo	Se indica la secuencia de actividades que constituyen el proceso. Se suele representar mediante tablas indicando las actividades, las características de calidad de cada una de ellas y los responsables.
Representación gráfica del proceso	Se suele realizar mediante diagramas de flujo que indican la secuencia de actividades y la relación entre éstas.
Indicadores	Instrumentos de medida, que permiten evaluar y controlar el proceso. Deben ser medibles, comprensibles y controlables.
Registros	Recogen la evidencia de la ejecución. Es recomendable incluir un listado de todos los registros de salida, lo que facilita la comprensión del diagrama de flujo así como el control de los registros. Pueden ser internos, generados por la propia organización, teniendo un formato definido, o externos, generados por clientes y proveedores y que por lo tanto no tienen un formato definido. Pueden estar informatizados o en papel.

Para plasmar el desarrollo del proceso y representarlo gráficamente se deben seguir los siguientes pasos:

1. Establecer los límites del proceso (comienzo y fin).
2. Para cada actividad preguntarse cuáles son los inputs (entradas) y outputs (salidas).

3. Designar un responsable para la ejecución de cada actividad.
4. Documentar cada paso del proceso.
5. Utilizar los símbolos apropiados para el diagrama de flujo.

A continuación se indican algunos de los símbolos empleados:



Un diagrama de flujo permite:

1. Visualizar la secuencia u orden en que ocurren las interrelaciones y las responsabilidades.
2. Ayuda a detectar dónde es conveniente establecer los puntos de control y a detectar ineficiencias.
3. Identificar las relaciones cliente / proveedor.
4. Trabajar con un lenguaje común, sencillo y fácil de interpretar, evitando equivocaciones.

Por último, se deben implementar las medidas necesarias para realizar la mejora continua de los procesos. Este es el paso primordial para el que adoptamos toda esta metodología.

Para abordar la mejora de los procesos, se realizará una identificación de los problemas en términos cuantificables, para facilitar el tomar la decisión de poner en marcha o no actuaciones que los minimicen o anulen. Priorizando así las

situaciones de mejora, se decidirá qué problema se abordará en primer lugar; se analizarán las causas y se propondrán las posibles soluciones.

Antes de comenzar con la implantación de las mejoras, se realizará una selección y evaluación de las mismas valorándose el coste, tiempo de implantación, eficiencia, así como la resistencia al cambio.

Por último, se diseñará e implantará un sistema de control que nos facilite los resultados de la nueva situación, los cuales serán revisados y monitorizados para atender la evolución de las mejoras implantadas. Cerraríamos así el ciclo de la mejora continua del proceso escogido, que debe ser revisado periódicamente para introducir innovaciones y atender a los cambios en las necesidades y expectativas de los usuarios del mismo.

### 3. Ejemplos de gestión de procesos:

**Tabla 1: Proceso para la Gestión del Mantenimiento de Equipos Electro-médicos**

---

#### **Misión:**

Establecer los criterios y responsabilidades asociados a la realización del Mantenimiento de equipos electromédicos del Complejo Hospitalario de Toledo, actuando de forma que la seguridad, calidad, fiabilidad y rentabilidad de los equipos sea la máxima.

Dentro de las tareas de mantenimiento en equipos electromédicos realizadas, se distinguen las asociadas al Mantenimiento Correctivo y al Mantenimiento Preventivo.

#### **Departamentos Involucrados:**

Todos las Unidades y Servicios que dispongan de equipos electromédicos, sujetos a mantenimiento.

Aunque el desarrollo específico de las actuaciones de mantenimiento lo realiza el propio Servicio de Electromedicina, también están involucrados los departamentos de Suministros, Gestión Económica y Unidad de Contratación.

**Documentación de Referencia:**

## 1. Documentación propia:

- Listado de Equipos Electromédicos sujetos a Mantenimiento.
- Plan de Mantenimiento de Equipos electromédicos.
- Manual de Procedimientos de mantenimiento.
- Cuadro de Polivalencias de personal.
- Manuales de instalaciones.

## 2. Legislación aplicable: Se especifica en cada uno de los procedimientos.

**Propietario del proceso:**

Jefe de Servicio de Electromedicina

Fig.1: Flujoograma del proceso de mantenimiento de equipos electromédicos.

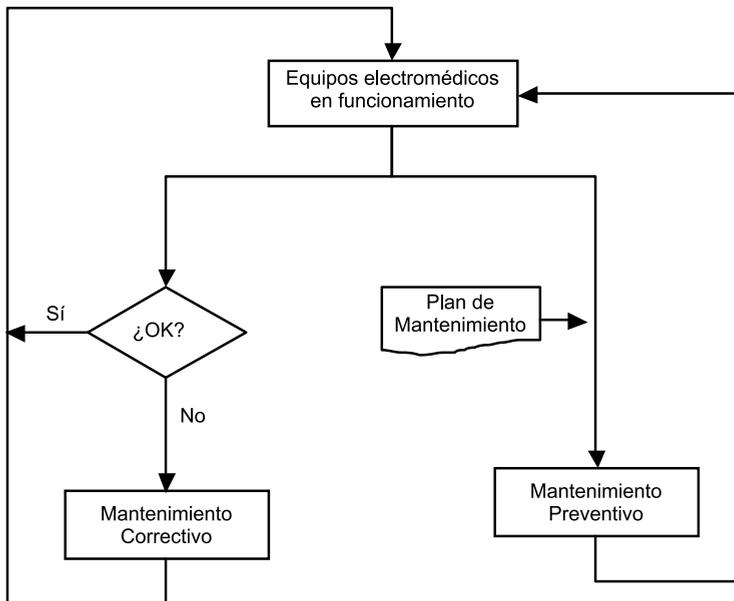


Fig.2: Flujograma del subproceso del mantenimiento preventivo de equipos electromédicos.

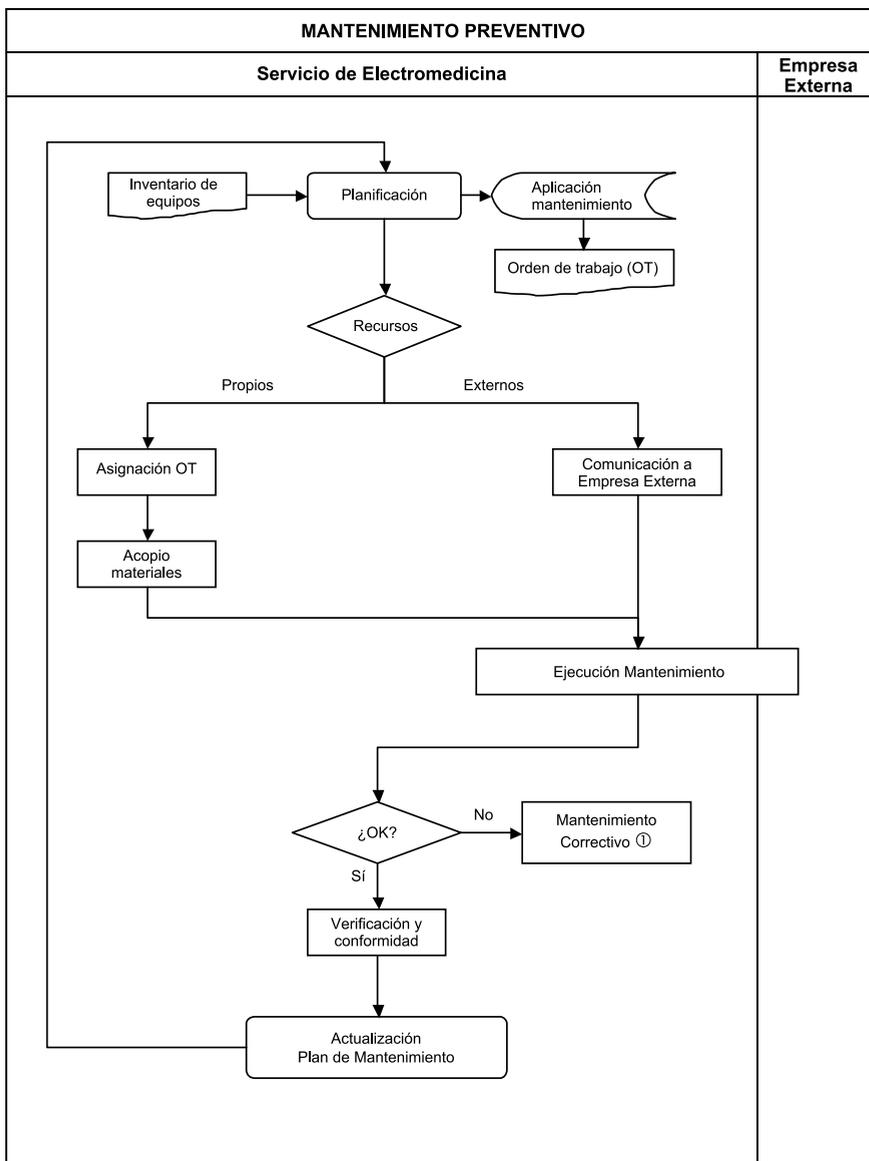
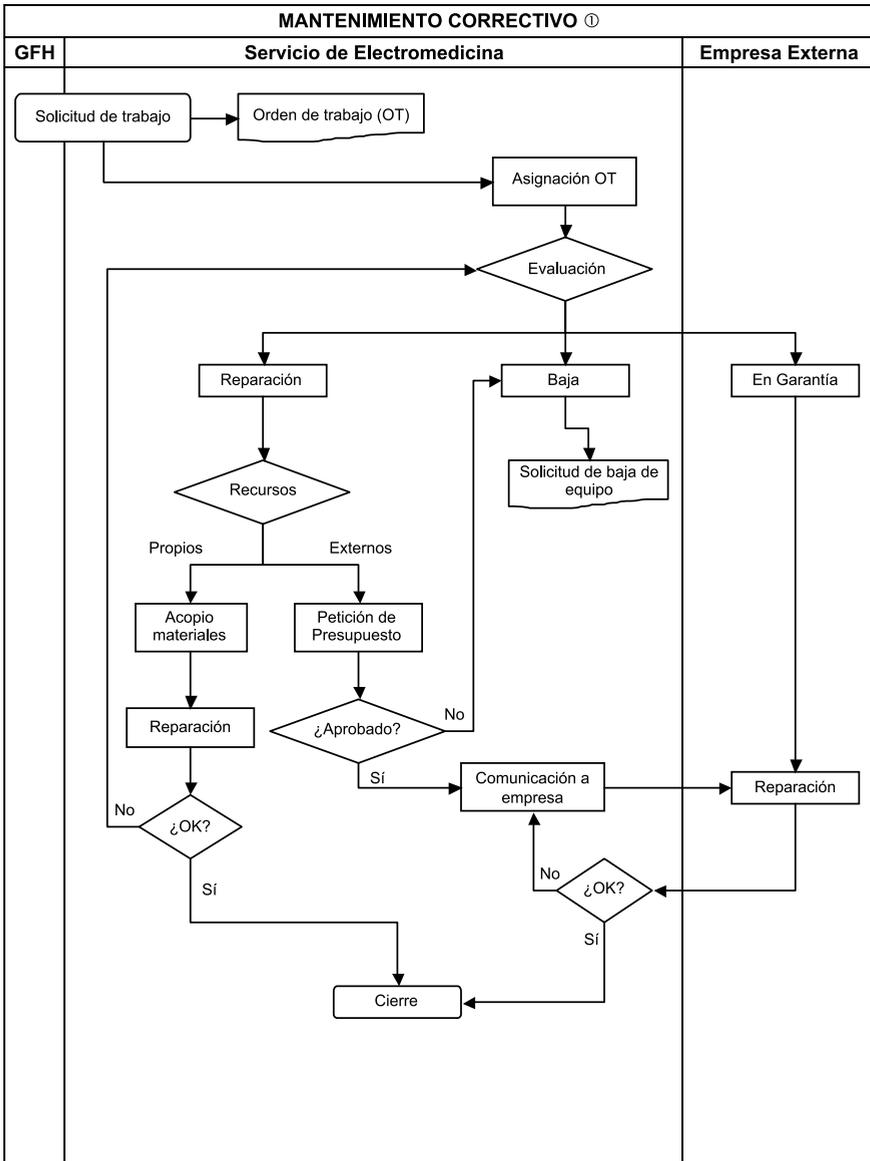


Fig.3: Flujograma del subproceso del mantenimiento correctivo de equipos electromédicos.



**Tabla 2: Indicadores de evaluación del proceso de gestión de mantenimiento de equipos electromédicos**

Indicador	Fórmula	Nivel aceptable	Frecuencia
% Ordenes de trabajo de Mantenimiento preventivo realizado	$\frac{\text{n}^\circ \text{ OT de MP realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ OT Totales realizadas (MP + MC)}} \times 100$	>30 %	Trimestral
% Ordenes de trabajo atendidas en menos de 30 min.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ OT de MC atendidas en } < 30 \text{ min}}{\text{n}^\circ \text{ OT Totales MC}} \times 100$	>70 %	Mensual
% Ordenes de Trabajo de Mantenimiento Correctivo finalizadas en menos de 24 horas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ OT de MC finalizada en } < 24 \text{ h}}{\text{n}^\circ \text{ OT Totales MC}} \times 100$	>70 %	Mensual

**Tabla 3: Registros generados en el desarrollo del proceso de gestión de mantenimiento de equipos electromédicos.**

- Orden de trabajo.
- Solicitud de Baja de equipo.
- Comunicados asistencia técnica empresas externas/ proveedores.
- Hojas de Registro correspondientes a cada uno de los Procedimientos.
- Albaranes, informes y certificados derivados de la visita de empresas externa.

## Bibliografía

Alonso Puig M. *“Madera de líder”*. Madrid: Ed. Empresa activa; 2004.

Audicana A. *“Guía de implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la norma ISO 9001: 2000”*. Ed: Servicio Vasco de Salud; 2004.

Beltrán Sanz J. *"Guía para una gestión basada en procesos"*. Ed. Instituto Andaluz de Tecnología; 2002.

Cardona Labarga JM. *"Espíritu gerencial"*. Anales de mecánica y electricidad 2004; 5:39-46.

Hoyle David, Tompson John. *"Del aseguramiento a la gestión de la calidad: el enfoque basado en procesos"*; Ed: AENOR; 2006.

*"Identificación y priorización de oportunidades de mejora"*. Ed: EMCA, Gestión de la calidad Asistencial.

López-Revuelta K, Lorenzo S, Gruss E, Garrido MV, Moreno Barbas JA. *"Aplicación de la gestión por procesos en nefrología. Gestión del proceso hemodiálisis"*. Nefrología 2002; XXII (4): 329-39.

Mc Lagan P. *"El cambio es cosa de todos"*. Madrid: Ed. Empresa activa; 2005.

Pradhan M, Edmonds M, Runciman W. *"Quality in healthcare": process. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2001; 15 (4): 555-71.*

Revista Calidad Asistencial. *"Número monográfico sobre gestión de procesos"*. 1999 Junio; vol 14 n° 4.

Ruiz López P, Martínez Hernández J, Alcalde Escribano E. Gestión de procesos en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Rev Adm Sanit 2006; 4(2):233-49.

Saturno Hernández, Pedro J. *"Evaluación y mejora de la calidad en Servicios de Salud"*. Ed: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2000.

Velasco Sánchez, Juan. *"Gestión de la Calidad"*; Ed: Pirámide; 2005.

Zaratiegui J.R. *"La gestión por procesos: su papel e importancia en la empresa"*. Economía industrial 1999; 330: 81-88.



## TEMA 4.3

### Las vías clínicas

Mar Gómez Santillana.  
Juan García Caballero.

#### 1. Introducción

La práctica clínica nos muestra continuamente la gran variabilidad que existe en la utilización de los recursos sanitarios de que la sociedad dispone. Es frecuente observar en nuestro medio cómo tratamos de forma diferente una misma patología, cómo empleamos distintos medios diagnósticos para una misma enfermedad. Existe una variabilidad clara en la práctica clínica, tanto en la utilización de los recursos sanitarios (Bernstein S, Cleary PD, Foradada CM, Goldzweig CL, Moreno A, Wennber JE), como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios de los diferentes centros o instituciones. No obstante, la causa más importante se debe a la gran variabilidad en la prestación de servicios de atención a los enfermos (Delgado R).

Con el fin de disminuir esta variabilidad, durante los años 80 aparecen, fundamentalmente en Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda e Inglaterra, las guías de práctica clínica y protocolos, que sirven de herramienta para realizar una atención al paciente más eficiente y consistente. Su objetivo es tratar de ayudar en la toma de decisiones, describiendo el cuidado apropiado basado en la evidencia científica y el amplio consenso, y en consecuencia actuando como elemento de mejora de la calidad asistencial. También en esta década, impor-

tadas de la industria, aparecen las vías clínicas que supusieron una forma de adaptar estas Guías y protocolos a la práctica clínica concreta, pasando a ser por tanto la versión operacional de los mismos (Campbell H, Grimshaw J, Gibson PG, Bohmer R). Las vías clínicas primitivas fueron desarrolladas por enfermeras como planes de cuidados para mejorar los cuidados de enfermería (Seller C), pero su evolución posterior las ha convertido en instrumentos multidisciplinares que integran el conjunto de todos los profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria (Griffin M). En nuestro país el interés por las vías clínicas aparece en los últimos años como respuesta a la evolución de nuestro sistema sanitario, cuya sostenibilidad obliga a optimizar su eficiencia (Genis C).

## 2. ¿Qué son las vías clínicas?

### Definición

Las vías clínicas son planes asistenciales que detallan los pasos esenciales en la atención de pacientes con un problema clínico específico y describe el progreso esperado del paciente (Campbell H). Se utilizan diversos nombres para designarlas (clínicos o critical pathways), mapas de cuidados (care maps), guías prácticas, protocolos de atención (care protocols) atención coordinada, vías de atención integrada (integrated care pathways), vías de atención multidisciplinaria (multidisciplinary pathways of care), programas de atención colaborativa, vías de alta anticipada (anticipated recovery pathways), vías de atención, gestión de casos clínicos o trayectorias clínicas, (chemin Clinique, Ellis BW).

### Filosofía

Constituyen una herramienta de coordinación, pues detallan las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos, y de enfermería sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información. Coordinan y ensamblan (Johnson S) las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios (Calidad científico-técnica, optimización de la atención y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (Información, participación y ajuste de las expectativas), y los de los gestores (eficiencia evaluación continua y gestión de costes)

La vía clínica es una herramienta de gestión clínica, para facilitar la atención sistemática y multidisciplinar del paciente. No reemplaza el juicio clínico del profesional (Kwan-Gett TS). Pueden desarrollarse desde el inicio de la atención sanitaria, desde la consulta externa, antes, durante y después de la hospitalización o acto quirúrgico y permiten la anticipación de los problemas asistenciales, la evaluación de los objetivos planteados, la comparación con los estándares de atención definidos previamente y la innovación en las soluciones. Hoy día puede haber alrededor de 1.500 vías clínicas establecidas fundamentalmente en los países anglosajones y la gran mayoría se han desarrollado para procesos quirúrgicos, de gran volumen, alto riesgo y alto coste (García J).

### 3. Objetivos

Los principales objetivos de las vías clínicas son los que se detallan a continuación:

1. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica:

Establecer para todos los pacientes, una secuencia de actuaciones, independientemente del médico y enfermera responsable basada en las mejores evidencias disponibles. La variabilidad en la práctica clínica no debida a causas justificadas, puede conducir a situaciones injustas y a defectos o excesos en la asistencia a pacientes afectados de un mismo problema de salud.

2. Coordinar actividades sanitarias, definir tareas diarias y responsabilidades:

Las distintas actividades diarias entre los distintos profesionales que participan día a día en la atención del enfermo se detallan y se define claramente quién es el responsable de realizar cada actividad. El enfoque multidisciplinar de atención a los pacientes puede difuminar responsabilidades entre los profesionales que participan en su atención, provocar roces entre los profesionales, indefinición de responsabilidades etc.... con lo que se deteriora el ambiente laboral y la atención al paciente.

3. Basar la atención al paciente en la mejor evidencia disponible y compromiso de aplicarla:

El hecho de que la institución se comprometa en la aplicación de la atención al paciente definida en la vía clínica y refrendada por las mejores evidencias, proporciona a los profesionales una seguridad legal ante posibles demandas por mala praxis. En la actualidad se llevan a cabo multitud de pruebas diagnósticas y terapéuticas no siempre pertinentes y cuya finalidad es proporcionar a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica, suponiendo, en muchos casos, un aumento innecesario de riesgos y molestias para el paciente, así como un aumento de costes para la institución.

4. Informar al paciente y familiares del proceso asistencial:

Es importante informar al paciente de una forma sencilla y comprensible sobre el proceso, conociendo desde el inicio hasta el final, las actuaciones sanitarias que día a día recibirá. La necesidad de atención sanitaria supone, tanto para el paciente como para los familiares o allegados, una situación de ansiedad e incertidumbre debido a la secuencia de procedimientos a llevar a cabo. Con la entrega de una información detallada se ha demostrado que se disminuye la ansiedad y mejora la calidad percibida.

5. Constituir una poderosa herramienta educativa:

El proceso de la vía clínica proporciona, para residentes, médicos en formación, enfermeras y para los profesionales, una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y del proceso de toma de decisiones basados en una información actualizada. Además, uno de los objetivos de toda institución docente es proporcionar la formación de futuros profesionales basándose en una visión global y actualizada de los procesos de atención sanitaria.

6. Simplificar y sistematizar el registro de información:

Uno de los principales problemas actuales en los hospitales, lo constituyen la ingente información existente en las historias clínicas de los pacientes. Las vías clínicas proporcionan un ahorro en la generación de papeles y de comentarios anecdóticos o sin relevancia que hoy ocupan una buena parte de los cursos clínicos de las historias. Los documentos de la vía clínica forman parte de la historia clínica y suponen la fuente de datos para evaluar la mejora de calidad asistencial.

## 7. Valorar los resultados de la aplicación

El cumplimiento de las vías clínicas posibilita la medida de la eficiencia de las mismas midiendo indicadores asistenciales específicos de calidad, previamente definidos individualmente para cada tipo de vía clínica. Esta acción promueve uno de los objetivos de toda institución sanitaria como son la evaluación de la actividad en la asistencia del paciente, la docencia y la investigación.

## 8. Reducir la frecuencia de efectos adversos:

Los efectos adversos de la hospitalización muestran una incidencia directamente proporcional a los días de estancia hospitalaria, al número de exploraciones complementarias practicadas así como a otros factores asociados. Al acortar los días de estancia del paciente en el hospital y al reducir la instrumentación que se realiza al enfermo, previsiblemente disminuyen los efectos adversos.

## 9. Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria:

La eficiencia se define como la eficacia al menor coste. Únicamente con la actuación de profesionales competentes, con la adopción de sistemas de incentivar al profesional que participa en el proceso, con la verificación de la efectividad, adecuación, seguridad, aceptabilidad y justo tiempo de los procesos establecidos es posible lograr la eficiencia de los distintos procesos.

## 4. Diseño de la vía clínica

El diseño que frecuentemente adopta una vía clínica se basa en la elaboración de una matriz temporal actividad/tiempo. (Figura 1). En el eje de abscisas (X) se coloca el tiempo en columnas diarias y la ubicación del enfermo. En el eje de ordenadas (Y) se disponen en filas tantos apartados como acciones, actividades, tratamientos médicos, cuidados de enfermería, actividad física, dieta, información, criterios... como requiera la vía clínica en cuestión.

Figura 1. Esquema del formato simplificado de las vías clínicas basadas en una matriz de tareas-tiempo conocida como diagrama de Gantt, que indica los

cuidados que debe proporcionar el equipo multidisciplinario para alcanzar los resultados previstos.

Tiempo →	Día 1	Día 2	Día 3
↓ Acciones de equipo multidisciplinario ↓			
Evaluaciones y Asistencias			
Determinaciones ó Test			
Tratamientos Y cuidados de enfermería			
Medicación			
Actividad			
Dieta			
Información familiar			
Criterios de alta			

Otros formas de plasmar la secuencia de actividades clínicas a llevar a cabo es un diagrama de flujo, este diseño es útil en vías clínicas donde el objetivo es la coordinación de diversos Servicios clínicos para atender a tiempo el problema del enfermo. (Figura 2).

Figura 2 diagrama de flujo

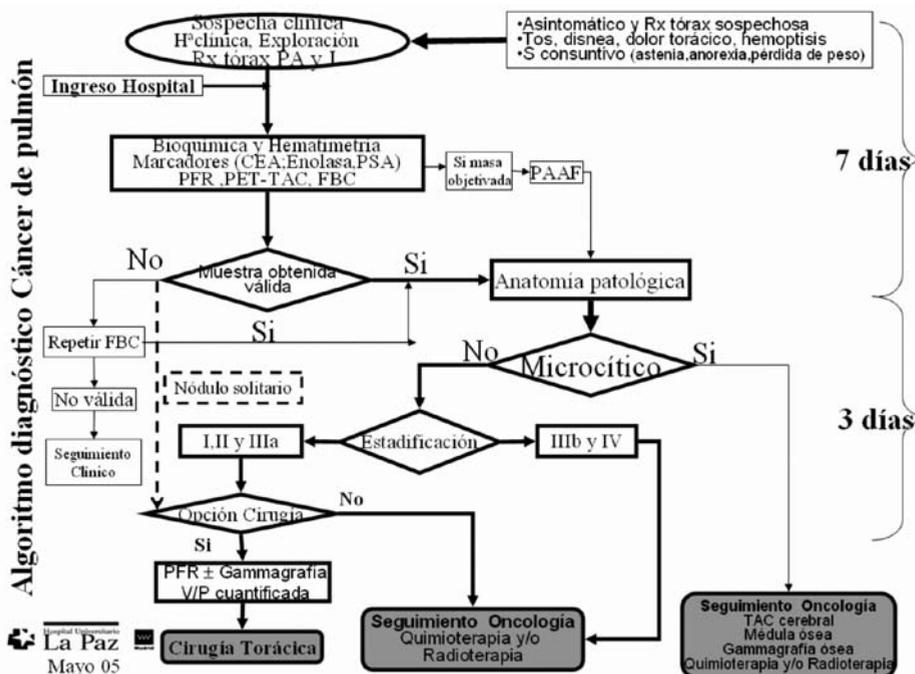




Figura 4 .Información a pacientes y familiares

<b>Pictograma Informativo: Vía Clínica del Parto</b>				
<b>Día 0</b> Ingreso Área de Partos		<b>Día 0</b> Puerperio Planta		<b>Día 1</b> Puerperio Planta
<b>Actividad</b>	 PARTO INGRESO	 PERIODO DEAMBULACIÓN FRECUENTE	 INFORMACIÓN DEAMBULACIÓN	 ALTA - EFORNE
<b>Medicación</b>	 MONITOR ANALGESIA	 HABITUAL	 HABITUAL	 HABITUAL
<b>Cuidados</b>	 SUERO	 ASEO - LACTANCIA	 ASEO - ENCUESTA	 CITA POSTERIOR
<b>Dieta</b>	 AYUNAS	 NORMAL	 NORMAL	 NORMAL

El pictograma será entregado a la gestante en la consulta, en las últimas revisiones del embarazo previas al parto, explicándose el significado de los dibujos, ante la presencia de un parto vaginal eutócico.

En caso de que la mujer no disponga del pictograma, será entregado por la matrona en Admisión de Partos.

Versión: 01/01/2014 - 01/01/15



Figura 6. Hoja de tratamiento y cuidados normalizados



**VÍA CLÍNICA DEL PARTO EUTÓCICO**  
Servicio de Obstetricia y Ginecología

ACTIVIDADES	DÍA 0	
	INGRESO/URGENCIAS/PARITORIO	
E V A L U A C I O N E S  Y  A S I S T E N C I A S	<b>URGENCIAS</b>	
	<b>Enfermera</b>	
	- recepción	
	<b>Celador</b>	
	- acompañar a la paciente al área de FPF	
	<b>Auxiliar (de planta)</b>	
	- acompañar a la paciente al área de FPF (si no se dispone de celador)	
	<b>FISIOPATOLOGÍA FETAL</b>	
	<b>Matrona</b>	
	- petición y valoración de la historia clínica	
	- exploración (si la urgencia lo requiere)	
	- monitorización fetal externa	
	<b>Obstetra</b>	
	- revisión de la historia clínica	
	- exploración	
	- valorar monitorización fetal	
	- indicar hemograma y coagulación (urgente) si no tiene o > 10 días	
	- información a la gestante y familia y obtención del consentimiento informado	
	<b>Auxiliar (de partos)</b>	
	- colaborar con la matrona y el obstetra en las exploraciones, monitorización fetal y en cuanto sea preciso	
	- rasurado y enema (si la urgencia lo requiere)	
	- acompañar a la gestante a la planta y recoger cuando se precise la analítica	
	<b>PLANTA</b>	
	<b>Auxiliar (de planta)</b>	
	- acompañar a la familia a la habitación	
	- rasurado, enema y ducha (cuando proceda)	
	- retirar lentillas, esmalte de uñas, anillos, pendientes, etc.	
	- entregar encuesta de satisfacción	
	<b>Enfermera</b>	
	- indicar al familiar los trámites para el ingreso	
	- vía periférica (Abocath 16/18)	
	- hemograma y coagulación (urgente)	
	- proceso de Atención de Enfermería (PAE)	
<b>Celador</b>		
- pasar a la paciente a dilatación en cama		
<b>DILATACIÓN</b>		
<b>Obstetra</b>		
- indicar protocolo de parto		
- Rotura artificial de membranas (cuando proceda)		
- Monitorización fetal interna		
- Perfusión de oxitocina (si procede)		
- Medicación (cuando proceda)		
- avisar Anestesiólogo, si no hay contraindicaciones, para valorar anestesia epidural		
- estrecha colaboración con el Anestesiólogo suministrándole información sobre:		
o estado del feto		
o condiciones obstétricas		
o patología materna asociada		
o cualquier otra información que necesite		
- supervisión del proceso de parto		
<b>Matrona</b>		
- fluidoterapia		
- monitorización fetal		
- vigilancia del bienestar materno-fetal		
- control evolución del parto		
- avisar al Obstetra ante signos de alarma		
- mantener informada a la paciente y familia del proceso		
- colaborar con el Anestesiólogo en la instauración y mantenimiento de la anestesia epidural:		
- preparación mesa para punción		
- monitorización materna (TA, FC, pulsioximetría)		

Figura 7. Folleto informativo

**RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS PARTO**

Higiene y Cuidados	Higiene y Cuidado de las Mamas	Alimentación
<p>- Durante el puerperio, periodo de tiempo después del parto que dura de 6 a 8 semanas, se tienen secreciones vaginales que al principio son rojas y van perdiendo intensidad hasta desaparecer, que se llaman loquios.</p> <p>- Debe ducharse diariamente desde el primer día.</p> <p>- En los partos vaginales debe limpiarse la herida con agua y jabón y secarla al menos dos veces al día.</p> <p>- Evitar los baños de inmersión durante el puerperio.</p> <p>- Cambiar las compresas con frecuencia para evitar infecciones.</p> <p>- Utilizar ropa interior transpirable (algodón).</p> <p>- No usar tampones durante este periodo.</p> <p>- Cuando se siente, evitar hacer presión directa sobre los puntos. Debe sentarse con las piernas juntas, piernas cruzadas, tumbado bien apoyado en el fondo del asiento.</p> 	<p>- Lave los pezones con agua y jabón, solo una vez al día (el uso frecuente de jabón tiene un efecto secante y puede favorecer la aparición de grietas).</p> <p>- Deje los pezones al aire durante unos minutos después de las tomas, para ayudar a cerrar posibles irritaciones.</p> 	<p>- Evite la pérdida de peso intencionada durante este periodo, después del parto se produce una disminución progresiva del mismo.</p> <p>- Seguir una dieta equilibrada, variada y rica en fibra (evita el estreñimiento).</p> <p>- Evite tabaco (tabaco, alcohol...).</p> <p>- Procure tomar líquidos en abundancia.</p> 
	Actividad Física	Relaciones Sexuales
	<p>- La actividad física es imprescindible pero que no orgánicamente recupere la normalidad. Lo más adecuado es el paseo diario.</p> <p>- No debe permanecer mucho tiempo de pie sin moverse.</p> <p>- Es muy importante que realice ejercicios (de contracción y relajación) para recuperar el tono de los músculos perineales, que rodean la vagina.</p> 	<p>- Es aconsejable no mantener relaciones sexuales vaginales hasta transcurridas ocho semanas.</p> <p>- Recuerde que la lactancia materna no es un método anticonceptivo.</p> 

## 5. Etapas para el desarrollo de las vías clínicas

Una vez clarificados los objetivos de las vías clínicas, debemos desarrollar las mismas. Para ello emplearemos modelos definidos para tales fines. La tabla 1 muestra el modelo FOCUS-PDA que define los distintos pasos para el desarrollo de una vía clínica y que a continuación detallaremos (Favor G):

1. Identificar un proceso: consiste en la selección de un procedimiento o actividad sanitaria para realizar la vía clínica; habitualmente se eligen procesos en base a su frecuencia (gran volumen), relevantes (alto riesgo y coste) y con curso clínico predecible (con una variabilidad esperable baja, suponiendo una adecuada atención). El éxito de la vía depende en un primer momento, del proceso elegido.
2. Revisión bibliográfica: debemos identificar las guías clínicas publicadas por sociedades científicas o por grupos potentes de investigación para respaldar nuestras decisiones posteriores en evidencias científicas. La búsqueda en Internet se realiza básicamente mediante las palabras "critical o clínicas, path o pathway". la tabla 2 muestra las paginas web más útiles bajo nuestra experiencia.

**Tabla 1. Fases de desarrollo de una vía clínica según el modelo FOCUS-PDA**

Proceso de mejora continua de un proceso asistencial	
1	Identificar un proceso para mejorarlo
2	Organizar equipo de personas implicadas en el proceso asistencial
3	Clarificar y simplificar el proceso asistencial
4	Proponer y planificar mejoras
5	Implantar el plan
6	Monitorizar o evaluar los resultados
7	Mantener los beneficios o identificar estrategias alternativas en relación con variaciones observadas
8	Comunicar los resultados

**Tabla 2. Indicadores de evaluación. Grupo de trabajo vías clínicas del SESCAM**

	Criterio	Indicador	Estándar	Observaciones
1.- Evaluación de la cobertura	Los pacientes diagnosticados del proceso a estudio, deben estar incluidos en la vía.	Número de pacientes que ingresan por el proceso y siguen la vía / número de pacientes que ingresan por el proceso x 100	80-90%	
2.- Evaluación de efectividad de la atención clínica	Se mide en función de la presencia o no de sucesos adversos.			
2.1.- Evaluación del cumplimiento de los días de estancia	Los pacientes incluidos en la vía clínica no deben estar ingresados más días de lo establecido	Nº de pacientes incluidos en la vía con estancia según lo establecido/total de pacientes incluidos en la vía x 100.	80-90%	
2.2.- Evaluación de los reingresos	La totalidad de los pacientes incluidos en la vía no deben presentar un número de reingresos superior a lo establecido	Nº de pacientes que siguen la vía clínica y que reingresan en los 28 días siguientes al alta/total de pacientes que siguen la vía.	A determinar según proceso	

	Criterio	Indicador	Estándar	Observaciones
2.3.- Evaluación de los efectos adversos	Los pacientes que siguen la vía no deben presentar un número superior de complicaciones relacionadas con el proceso.	Nº de pacientes que siguen la vía y que presentan complicaciones/total de pacientes que siguen la vía x 100.	A determinar	Complicaciones quirúrgicas - Hematomas - Dehiscencias - Infección de herida quirúrgica - Complicaciones anestésicas: náuseas vómitos, cefalea, retención urinaria - Reintervenciones Complicaciones médicas: - Efectos adverso de las pruebas diagnósticas incluidas en la vía - Efectos adversos de la medicación incluida en la vía. - Infección nosocomial no quirúrgica - Flebitis
2.4.- Evaluación de la mortalidad intrahospitalaria	La vía no debe presentar una tasa de mortalidad superior a lo establecido para el proceso.	Número de pacientes que siguen la vía clínica y que mueren en el hospital/total de pacientes que siguen la vía x 100.	A determinar según proceso	
3.- Evaluación del grado de cumplimiento de los documentos de la vía clínica	La adecuada cumplimiento se refiere a aquellos aspectos que encontrándose en el documento y siendo necesarios para el cálculo de cualquiera de los indicadores anteriores, no está registrado.	Nº de hojas de verificación cumplimentadas adecuadamente/total de hojas de verificación generadas por los pacientes incluidos en esta vía. Nº de hojas de variaciones-tratamiento cumplimentadas adecuadamente/total de hojas de variación-tratamiento generados por los pacientes incluidos en esta vía.	A determinar	

	Criterio	Indicador	Estándar	Observaciones
4.- Evaluación de las variaciones de la vía	Si la vía clínica está correctamente implantada, las variaciones deben ser mínimas. Si el número de variaciones es importante, las medidas correctoras deben ir encaminadas a mejorar la implantación de la vía, o modificar la vía, dependiendo de la causa.	<p>Incidencia acumulada de las variaciones, estratificando por:                      Variaciones derivadas del paciente                      Variaciones derivadas de los profesionales                      Variaciones derivadas de la institución</p> <p>Nº total de variaciones/ número de pacientes incluidos en la vía x 100</p> <p>Densidad de incidencia de las variaciones, estratificando por el mismo tipo de variaciones.</p> <p>Nº total de variaciones/ número total de días de estancia generados por los pacientes incluidos en la vía x 100</p>	A determinar según proceso	El grupo de trabajo definirá la tasa a elegir (incidencia acumulada o densidad de incidencia) para la evaluación.
5.- Evaluación de la utilización de la medicación	El tratamiento recibido por los pacientes debe ajustarse a lo planificado en la vía: profilaxis antimicrobiana, tto. antibiótico empírico, terapia secuencial...	Nº de pacientes incluidos en la vía con tratamiento farmacológico adecuado/ número de pacientes incluidos en la vía clínica	A determinar según proceso	
5.1.- Evaluación de la utilización de otros recursos sanitarios	La utilización de instrumentación o de pruebas analíticas debe ajustarse a lo planificado en la vía: retirada de vía endovenosa, retirada de sondaje urinario, utilización de HBPM .	Nº de pacientes incluidos en la vía con duración de la instrumentación o de otros recursos adecuados / número de pacientes incluidos en la vía clínica	A determinar según proceso	

	Criterio	Indicador	Estándar	Observaciones
6.- Evaluación de la satisfacción de los pacientes	Los pacientes deben estar satisfechos con la información y la atención recibida.	1.- Índice de satisfacción con cuidados y atención. 2.- Índice de satisfacción con la información recibida. 3.- Índice de satisfacción global.	90%	Este indicador vendrá marcado por las encuestas utilizadas para cada vía clínica. Se pueden medir otros parámetros según vía, pero éstos son los más comunes encontrados.
7.- Evaluación de la eficiencia	<p>Criterio 1: La eficiencia se deriva de la competencia de los profesionales que adoptan las actuaciones correctas de la manera adecuada.</p> <p>Criterio 2: Con la implantación de la vía reduciremos los costes asociados a la estancia hospitalaria y a la instrumentación</p>	<p>Indicador: Pacientes que siguen la vía clínica con coste adecuado/ número de pacientes que siguen la vía clínica x 100. Para determinar el coste adecuado podemos medir los costes de medicación, de estancia hospitalaria, de laboratorios centrales...</p> <p>Indicadores: Disminución del número de días de estancia en pacientes incluidos en la vía con respecto a los no incluidos. Disminución de los costes derivados de la instrumentación en pacientes incluidos en la vía con respecto a los no incluidos.</p>	<p>Estándar: &gt;90%.</p> <p>Estándar: A determinar.</p>	Para determinar el coste adecuado podemos medir el coste de medicación, estancia hospitalaria, de laboratorio....

3. Organizar el equipo de personas implicadas en el proceso: El equipo asistencial estará representado por un grupo de médicos y enfermeras de los servicios clínicos implicados en la atención del enfermo con un diagnóstico clínico, así como otros profesionales (anestésista, farmacéutico, microbiólogo...) junto con el Coordinador de Calidad y representante de la Dirección de la institución. Es importante elegir, en un principio, aquellos

profesionales que sientan una clara motivación en la aplicación de las vías clínicas al proceso asistencial. Es imprescindible que exista un líder en el proceso de elaboración, aplicación y evaluación de las vías clínicas.

4. Realización del diseño de la vía clínica por escrito. Una vez rellenada la matriz temporal, (el método de adaptar modelos de otras instituciones ayuda al diseño y a estimular la discusión entre profesionales implicados en la vía clínica) deberá presentarse a todo el equipo que interviene en este proceso para lograr un consenso inicial y recoger las sugerencias que se apuntan al respecto. La aprobación de una matriz de una vía clínica debe intentarse aprobar de forma consensuada si deseamos que se aplique con posterioridad de una manera adecuada. Siguiendo lo establecido en la matriz temporal se desarrollan los demás documentos, hoja de información para el enfermo pasando las actividades clínicas a un lenguaje sencillo para que lo entienda el enfermo y/o familiar para lo que se incluyen figuras o dibujos pertinentes. Las actividades sanitarias expresadas en la matriz se vuelcan en el formato de órdenes de tratamiento y cuidados que tenga el servicio clínico, para que no haya riesgo de errores de omisión y/o comisión de las diversas actividades, que se acompaña con el registro de las variaciones (actividades que estaban planificadas y no se realizan, actividades realizadas y no planificadas, y los efectos adversos ocurridos).

Con el objetivo de evaluar el impacto de la vía en la satisfacción del enfermo y familiares se desarrolla una encuesta de satisfacción tipo Likert y por último para verificar el impacto sobre la salud y bienestar del enfermo se detallan los indicadores y estándares de la vía clínica.

5. Realizar ensayo piloto: una vez dispongamos de la vía preliminar la aplicaremos a un pequeño grupo de pacientes cuyo tamaño muestral calcularemos con técnicas estadísticas. Los resultados de este estudio se evaluarán con los criterios clínicos habituales y mediante los indicadores diseñados a tal efecto.
6. Ajuste y revisión de la vía clínica, a partir del análisis previo.
7. Implantación definitiva: Se informará a todos los profesionales participantes para resolver las dudas o problemas no previstos anteriormente. Este proceso requiere un tiempo mínimo de 6 meses desde el inicio (Favor G).

## 6. Estrategia de implantación

La automatización de la vía clínica es una fase importante para lograr la simplificación administrativa, para ello los profesionales deben haber comprendido plenamente los objetivos de las vías clínicas, y este proceso se puede llevar a cabo siguiendo distintas opciones (Favor G).

En nuestra experiencia seguimos el siguiente esquema, en el que se especifican las tareas a llevar a cabo en cada una de las reuniones (García G). Véase figura 8

Reunión primera del Servicio clínico: personal médico y de enfermería, en la que se decide sobre:

1. Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio.
2. Elección de proceso clínico a desarrollar por vía clínica.
3. Elección de profesionales encargados del diseño del borrador de la vía clínica.

Reuniones del grupo de trabajo para la elaboración de la matriz, que generalmente suelen ser tres, en la que se consigue realizar las tareas siguientes:

4. Presentación de vías clínicas de otros hospitales o instituciones.
5. Análisis de la bibliografía relativa a la vía clínica a diseñar.
6. Diseño de la matriz de la vía clínica.

Reunión del Servicio clínico: personal médico y de enfermería, en conjunto o por separado, en la que se discute el diseño de la vía clínica elaborado por el grupo de trabajo y se analizan las aportaciones in situ o diferidas de los demás profesionales.

7. Exponer el borrador por el grupo de trabajo. Especificar objetivos de cada día.
8. Recepción de las sugerencias del conjunto de profesionales y corrección/modificación de la matriz por el grupo de trabajo; en este sentido se esta-

blece un plazo de tiempo para la revisión y aportación de sugerencias por todos los profesionales individualmente que es de una semana, comprometiéndose el grupo de trabajo en la elaboración del borrador revisado y resto de documentos en un plazo de dos semanas.

Reunión del grupo de trabajo para ensamblar todas las sugerencias (medicina basada en la evidencia) de los profesionales.

9. Elaboración de los documentos, matriz científico-técnica o temporoespacial definitiva o diagrama de flujo con o sin verificación, información para el enfermo/familiar con dibujos, hoja de verificación, hoja de ordenes de tratamiento y cuidados estándar con registro de variaciones, encuesta de satisfacción, esquema de evaluación con indicadores y estándares.

Reunión del Servicio clínico: personal médico y de enfermería en conjunto o por separado, para establecer la logística de implantación de la vía clínica, requiriendo las siguientes tareas.

10. Presentación de la matriz científico-técnica o diagrama de flujo definitiva de la vía clínica.
11. Presentación de los documentos de la vía clínica a los profesionales del Servicio, para su discusión, modificación y aceptación.
12. Determinación del coordinador de la vía clínica, el cual debe preparar la documentación y comprobar la comprensión de los documentos por parte de todos los profesionales.
13. Determinar tiempos y responsabilidades para la implantación.

**Durante la implantación:**

14. Hasta implantación total de la vía reunión semanal para evaluar el proceso.
15. Al mes, o al llevar 30 enfermos análisis de los resultados, especialmente de las variaciones, siguiendo el esquema de la figura 9.

Reunión del Servicio clínico: personal médico y de enfermería en conjunto o por separado, para exponer el impacto que ha conllevado la vía clínica.

16. Exposición al Servicio de la primera evaluación y adaptar vía clínica según resultados.

**Figura 8. Estrategia de implantación**

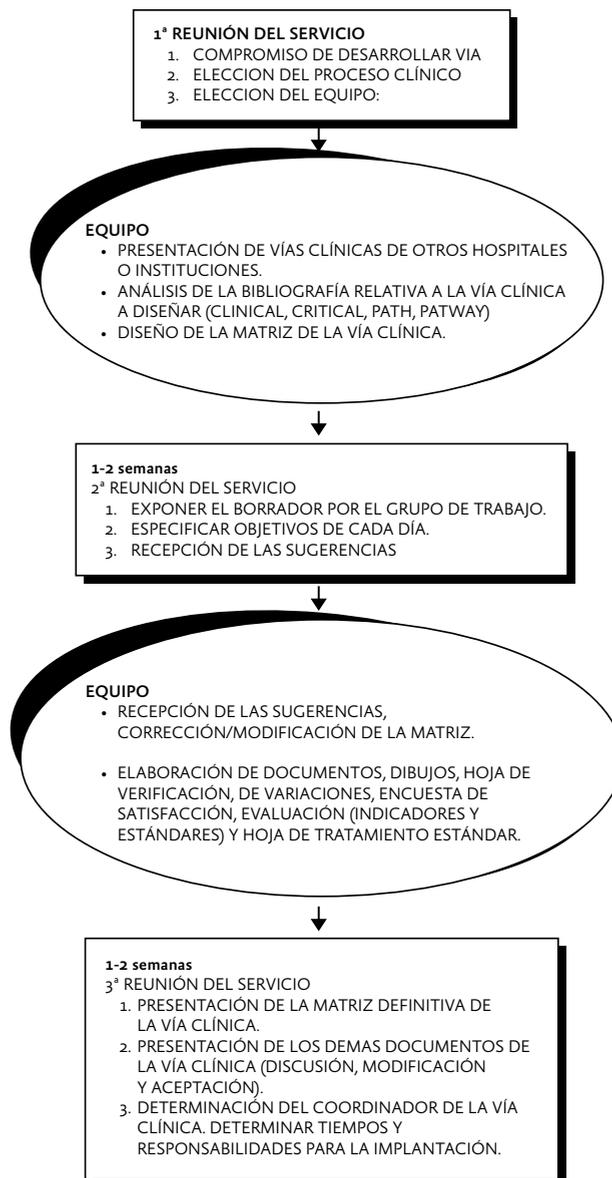
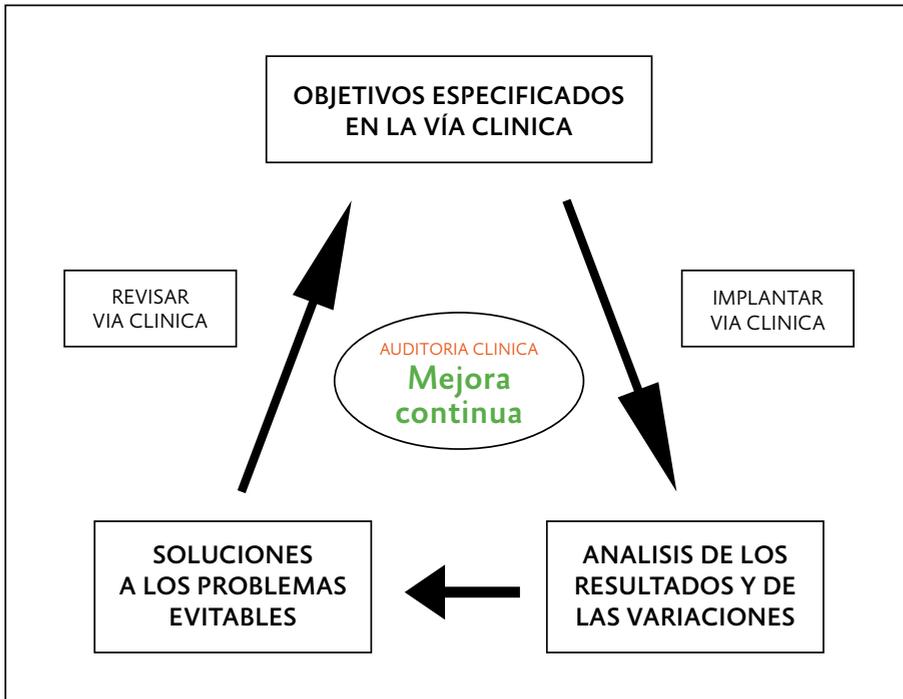


Figura 9. Evaluación y mejora continua de la vía clínica



## 7. Beneficios, inconvenientes y problemas

*(García J, Walker K, Kitchiner D, Ogilvie-Harris DJ, Chang PL, Kirollos M, Koch MO, Palmer JS, Litwin MS, Gregor C).*

### Beneficios

- Reducen la diversidad no deseada en la atención a los enfermos.
- Definen claramente las responsabilidades de los profesionales que participan en la vía clínica.
- Fomentan el trabajo interdisciplinar.
- Establecen una previsión fiable de los días de estancia por cada proceso clínico.

- Constituyen una herramienta educativa y docente.
- Aseguran la información del proceso clínico al paciente en el día a día.
- Reducen la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentalización.
- Reducen los costes por disminución de la estancia hospitalaria.
- Implican a los distintos servicios en la mejora de la calidad.

#### **Inconvenientes y/o dificultades:**

- Falta de cultura de trabajo en equipo y mejora continua.
- Dificultad en el desarrollo de la vía clínica, por falta de experiencia, por la innovación que conlleva.
- Resistencia al cambio de los profesionales, no acostumbrados a evaluación continua, por lo que se requiere un periodo de implantación.
- Dificultad de indicación en un determinado enfermo a adscribirle a la vía clínica.
- Dificultad en la elección adecuada del coordinador de la vía clínica, profesional comprometido en la implantación y desarrollo adecuado de la misma.

#### **Problemas**

En el transcurso de la atención a los enfermos sometidos a una vía clínica, las variaciones que se producen en la misma, constituyen uno de los problemas principales y también comunes. Las variaciones se refieren a las diferencias entre lo realizado y lo proyectado o esperado; por lo tanto es todo aquello que se realiza y no consta en la matriz de la vía, lo que está especificado en la vía y no se realiza y los sucesos adversos que ocurran.

Las causas de las variaciones pueden deberse a (García J):

- El paciente: comorbilidad, complicaciones esperadas, negación a un consentimiento informado para una prueba o intervención.
- La familia: retrasos en el alta por problemas familiares.
- El personal clínico: Reconsideración del caso tras nuevos datos clínicos. Posible mala indicación de la vía clínica, interpretación de situación clínica del enfermo.
- La organización de la institución: fallos estructurales (averías en las pruebas...), faltas de recursos (camas de UVI, pruebas diagnósticas...)
- Suceso impredecible (parada cardiaca...)

Las variaciones deben ser detectadas precozmente por el denominado Coordinador de la Atención, han de reflejarse en la hoja de evaluación de la vía. Esta figura, que suele ser un médico o una enfermera, es la responsable de verificar que al enfermo se le realiza lo establecido en cada día, quedando plasmada esta actividad en el documento de verificación.

**Las funciones del coordinador de la vía clínica deben ser:**

- Enseñar al resto de los profesionales, el uso de los documentos de la vía clínica.
- Revisar diariamente a los enfermos introducidos en vía clínica.
- Analizar las variaciones y comunicar al equipo de profesionales.
- Llevar a cabo la mejora continua de la atención clínica mediante la modificación de la vía clínica.

Es fundamental el análisis de las variaciones, que conlleva los cometidos siguientes:

- Determinar y reflejar en la documentación la variación que impida el objetivo: salud y satisfacción del enfermo y familiar y satisfacción de los profesionales.
- Determinar la causa de la variación.
- Encontrar la/s solución/es a la variación.
- Analizar e investigar las variaciones que aparecen en el conjunto de enfermos atendidos durante el periodo de implantación.
- Redefinir la vía clínica, teniendo en cuenta la experiencia acumulada.

Las variaciones se han de clasificar en: evitables, no evitables y mixtas. Asimismo se han de agrupar en dependientes de la condición del enfermo, de la familia, del personal sanitario, de la institución u organización sanitaria; a continuación se detallan algunas de las variaciones (Kitchiner D, Ogilvie-Harris DJ).

### Condición del enfermo

1. Fiebre	12. Infección urinaria
2. Hemorragia o sangrado por herida	13. Retención urinaria
3. Infección de herida quirúrgica superficial	14. Permanencia del catéter intravenoso
4. Infección de herida quirúrgica profunda	15. No tolerancia oral
5. Infección de órgano	16. Hipertensión arterial
6. Náuseas, vómitos	17. Niveles bajos de hemoglobina
7. Dolor no controlado	18. Estupor
8. Trombosis venosa profunda o Embolismo pulmonar	19. Incontinencia
9. Neumonía	20. Efectos adversos de la medicación
10. Bacteriemia asociada a catéter IV	21. Exitus
11. Estreñimiento	22. Otras. Especificar

Dependiendo del personal sanitario y de las personas

23. Decisión del médico, petición de pruebas no planificadas en la vía clínica	26. Decisión de la familia
24. Decisión de enfermera	27. Decisión del enfermo
25. Decisión de otro profesional sanitario	28. Otras. Especificar

Dependiente de la institución

29. Retraso en el laboratorio	36. No disponibilidad de quirófano
30. Retraso en Radiología	37. No disponibilidad de camas en planta
31. Retraso en Farmacia	38. Rechazo por Anestesia
32. Retraso en Nutrición	39. No disponibilidad de equipo, instrumental médico
33. Retraso en Rehabilitación	40. No disponibilidad de atención extrahospitalaria
34. No disponibilidad de camas en planta	41. Otras. Especificar
35. No disponibilidad de camas en Reanimación o UVI	

## 8. Evaluación de la vía clínica

*(Ogilvie-Harris DJ, Chang PL, Kirollos M, Koch MO, Palmer JS, Litwin MS, Gregor C).*

La evaluación es un proceso objetivo que requiere unas unidades de medida muy concretas que son los indicadores. Los indicadores se definen según la vía clínica que se trate o según el objetivo principal en su implantación pero deben incluirse como mínimo los relativos a dimensiones esenciales de la calidad como eficacia, seguridad, satisfacción y eficiencia. Para cada indicador se define un criterio de medida, una fórmula para su cálculo y un posible estándar que se obtendrá de la literatura revisada. Los estándares deben irse ajustando con el tiempo y compararse con las de otros hospitales.

El grupo de trabajo de vías clínicas del SESCAM establece los siguientes indicadores como manera de evaluar una vía clínica (Pérez Blanco V, Grupo de trabajo de vías clínicas).

1. Del grado de cobertura.
2. De la efectividad de la atención clínica.
3. Del grado de cumplimentación de los documentos: Utilidad temporal hasta consolidación de la implantación.
4. De las variaciones de la vía.
5. De la utilización de la medicación u otros recursos sanitarios.
6. Del grado de satisfacción.
7. De eficiencia y seguridad.

#### **1.- Evaluación de la cobertura**

Criterio: Los pacientes diagnosticados del proceso a estudio, deben estar incluidos en la vía.

Fórmula del indicador:  $\frac{\text{Número de pacientes que ingresan por el proceso y siguen la vía}}{\text{número de pacientes que ingresan por el proceso}} \times 100$ .

Estándar: 80-90%

#### **2.- Evaluación de efectividad de la atención clínica**

Criterio: La efectividad de la atención clínica se mide en función de la presencia o no de sucesos adversos. El número de éstos debe ser el mínimo posible.

##### *2.1.- Cumplimiento de los días de estancia*

Criterio: Los pacientes incluidos en la vía clínica no deben estar ingresados más días de lo establecido.

Indicador:  $\frac{\text{Número de pacientes incluidos en la vía con estancia según lo establecido}}{\text{total de pacientes incluidos en la vía}} \times 100$ .

Estándar: 80-90%.

### 2.2- Reingresos

Criterio: Los pacientes incluidos en la vía no deben presentar un número de reingresos superior a lo establecido.

Indicador: Número de pacientes que siguen la vía clínica y que reingresan en los 28 días siguientes al alta./Total de pacientes que siguen la vía x 100. Por el mismo proceso.

Estándar: A determinar según proceso.

### 2.3 - Efectos adversos

Criterio: Los pacientes que siguen la vía no deben presentar un número superior de complicaciones relacionadas con el proceso.

Indicador: Número de pacientes con complicaciones que siguen la vía/nº de pacientes incluidos en la vía x 100.

Estándar: A determinar, según proceso

- Complicaciones quirúrgicas: hematomas, dehiscencias, infección de herida quirúrgica, complicaciones anestésicas: náuseas, vómitos, cefalea, retención urinaria, reintervenciones...
- Complicaciones médicas: efectos adversos de las pruebas diagnósticas incluidas en la vía, efectos adversos de la medicación incluida en la vía, infección nosocomial no quirúrgica, flebitis...

### 2.4- Mortalidad intrahospitalaria

Criterio: La vía no debe presentar una tasa de mortalidad superior a lo establecido para el proceso.

Indicador: Número de pacientes que siguen la vía clínica y que mueren en el hospital/Total de pacientes que siguen la vía x 100.

Estándar: A determinar según proceso.

### 3.- Evaluación del grado de cumplimentación de los documentos de la vía clínica

Criterio: La adecuada cumplimentación de los documentos de la vía (hoja matriz-verificaciones-tratamiento) es esencial para su correcta implantación, pues serán los documentos que se utilicen como registros para el cálculo de todos los indicadores anteriores. La adecuada cumplimentación se refiere a aquellos aspectos que encontrándose en el documento y siendo necesarios para el cálculo de cualquiera de los indicadores anteriores, no está registrado. También se refiere a la presencia de la firma del responsable del documento.

Indicadores:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de hojas de verificación cumplimentadas adecuadamente}}{\text{Total de hojas de verificación generadas por los pacientes incluidos en esta vía}} \times 100$ .

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hojas de variaciones-tratamiento cumplimentadas adecuadamente}}{\text{Total de hojas de variaciones-tratamiento generados por los pacientes incluidos en esta vía}} \times 100$ .

Estándar: A determinar según proceso.

### 4.- Estudio de las variaciones

Criterio: Si la vía clínica está correctamente implantada, las variaciones deben ser mínimas. Si el número de variaciones es importante, las medidas correctoras deben ir encaminadas a mejorar la implantación de la vía o modificar la vía, dependiendo de la causa.

Indicador: Incidencia acumulada de las variaciones, estratificando por:

- Variaciones derivadas del paciente
- Variaciones derivadas de los profesionales
- Variaciones derivadas de la institución

$\frac{\text{Número total de variaciones}}{\text{número de pacientes incluidos en la vía}} \times 100$ .

Indicador: Densidad de incidencia de las variaciones, estratificando por:

- Variaciones derivadas del paciente
- Variaciones derivadas de los profesionales
- Variaciones derivadas de la institución

Número total de variaciones/número total de días de estancia generados por los pacientes incluidos en la vía x 100.

Estándares:  $\geq 90\%$  de las variaciones deben derivarse del paciente.

#### **5.- Utilización de la medicación u otros recursos sanitarios**

Criterio: El tratamiento recibido por los pacientes debe ajustarse a lo planificado en la vía: profilaxis antimicrobiana, tratamiento antibiótico empírico, terapia secuencial, vía de administración, formulación, dosis adecuada...

Indicador: Número de pacientes incluidos en la vía con tratamiento farmacológico adecuado/número de pacientes incluidos en la vía clínica.

Estándar: A determinar según proceso.

Utilización de otros recursos sanitarios como instrumentación sanitaria

Criterio: La instrumentación sanitaria a que se somete el enfermo debe ajustarse a lo planificado en la vía: retirada de vías endovasculares, sonda nasogástrica, sondaje urinario, pruebas de imagen y analíticas realizadas...

Indicador: Número de pacientes incluidos en la vía con instrumentación adecuada y realizada en tiempo /número de pacientes incluidos en la vía clínica.

Estándar: A determinar según proceso.

#### **6.- Evaluación de la satisfacción de los pacientes**

Criterio: Los pacientes deben estar satisfechos con la información y la atención recibida.

Indicador:

- Índice de satisfacción con cuidados y atención
- Índice de satisfacción con la información recibida
- Índice de satisfacción global

Este indicador vendrá marcado por las encuestas utilizadas para cada vía clínica. Se pueden medir otros parámetros según vía, pero éstos son los más comúnmente encontrados.

## 7. Indicadores de eficiencia y seguridad

*Criterio 1:* La eficiencia se deriva de la competencia de los profesionales que adoptan las actuaciones correctas de la manera adecuada.

Indicador: Pacientes que siguen la vía clínica con coste adecuado/número de pacientes que siguen la vía clínica x 100.

Para determinar el coste adecuado podemos medir los costes de medicación, de estancia hospitalaria, de laboratorios centrales...

Estándar: >90%.

*Criterio 2:* Con la implantación de la vía reduciremos los costes asociados a la estancia hospitalaria y a la instrumentación. (Estudio epidemiológico).

Indicadores:

Disminución del número de días de estancia en pacientes incluidos en la vía con respecto a los no incluidos.

Disminución de los costes derivados de la instrumentación en pacientes incluidos en la vía con respecto a los no incluidos.

Estándar: A determinar.

## 9. Conclusiones

Las vías clínicas basadas en la evidencia ofrecen grandes oportunidades para la mejora de la calidad a investigadores, clínicos, gestores y pacientes (Genis C). Para los investigadores que pueden dirigir sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de la investigación metodológica, actualmente dispersa e inconsistente y hacia la mejora de la investigación clínica cuya producción científica aún se basa mayoritariamente en estudios descriptivos carentes de grupo control a partir del cual pueda determinarse estadísticamente la efectividad de las intervenciones (Lord J).

Para los clínicos que tienen la ocasión de mejorar sus actuaciones a partir de la estandarización de los cuidados y de establecer un clima de colaboración multidisciplinario que los beneficie a ellos y a sus pacientes (Crummer MB).

Para los gestores que deberán promover un clima de diálogo con los clínicos que presente estas herramientas como una estrategia de estandarización que respetando la autonomía de las decisiones clínicas consiga mejorar la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria.

Y finalmente para los pacientes y los ciudadanos, verdaderos protagonistas del sistema sanitario, que podrán participar en la planificación de sus cuidados, desde una cultura de delegación (empowerment), dotando de valor añadido a la actual asistencia sanitaria (Williams SA).

## Bibliografía

Bernstein S Kosecoff J Gray D Hamton JR Brook RH. *"The appropriateness of the use of cardiovascular procedures. British versus US perspectives"*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1993;9:3-10.

Berrino F: *"Survival of cancer patients in Europe"*. Lyon IARC Sci Publ 132, 1995.

Bohmer R: *"Critical pathways at Massachusetts General Hospital"*. J.Vasc Surg 1998 28:373-7.

Campbell H, Hotchkiss R and Bradshaw N: *"Integrated care pathways"*. BMJ 1998; 316:133-137.

Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Chen JI, Kuo HH, Chuang YC, Chang CH: *"Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes"*. J Urol 1997; 157:177-83.

Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, Pauker SG, Schroeder SA, Wexler L, McNeil BJ: *"Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California"*. JAMA 1991;266:73-79.

Crummer MB, Carter V. Critical pathways-the pivotal tool. J. *"Cardiovasc Nurs"* 1993; 7:30-7.

Delgado R. *"La variabilidad de la práctica clínica"*. Revista de Calidad Asistencial, 1996;11:177-183.

Ellis BW and Johnson S: *"A clinical view of pathways of care in disease management"*. International Journal of Health Care Quality Assurance 1997; 10:61-66.

Favor G and Ricks R: *"Automation of Pathways"*. In Pathways of Care. Ed Johnson Sue Blackwell Oxford 1997 pag 236-254

Foradada CM<sup>a</sup>: *"Variabilidad en la práctica de las cesáreas"*. Congreso de gestión clínica Barcelona 1997.

García J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas J.L: *"Vías clínicas"*. Med Prev.1999;5:28-39.

Genis C, Ferrer J: *"Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones"*. Rev. Calidad Asistencial 2001;16:199-207.

Gibson PG and Wilson AJ: *"The use of continuous quality improvement methods to implement practice guidelines in asthma"*. J.Qual.Clin Practice 1996;16:87-102.

Giffin M. *"Critical Parthways produce tangible results"*. Health Care Strategic Management 194;12:17-23.

Goldzweig CL Mittman BS Carter GM Donyo T Brook RH Lee P Mangione CM: *"Variations in cataract extraction rates in Medicare prepaid and fee for service settings"*. Jama 1997;277:1765-1768.

Gordón McVie J: *"Cancer care disparate"*. Helix 1998;7:10-17

Gregor C, Pope S. Werry D. Dodek P. *"Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty"*.

Grimshaw J Freemantle N Wallace S Russell I Hurwitz B Watt I Long A Sheldon T: *"Developing and implementing clinical practice guidelines"*. Quality in Health care 1995; 4:55-64.

Grupo de trabajo de Vías clínicas. *"Desarrollo e Implantación de Vías Clínicas en los Hospitales del SESCOG"*. Documento de trabajo nº2. [http:// sefh. interguias. com/libros/tomo1/Tomo1\\_Cap1-3-1-2.pdf](http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap1-3-1-2.pdf)

Johnson S: *"Introduction to Pathways of care"*. In: pathways of care. Ed Johnson Sue. Blackwell Science 1997 pag 3-14.

Kirollos MM. *"Length of postoperative hospital stay after transurethral resection of the prostate"*. Ann R Coll Surg Engl 1997;79:284-288.

Kitchiner D and Harper A: *"Pathways in Paediatrics"*. In Pathways of Care. Ed Johnson Sue. Blackwell Oxford 1997 pag 91-119.

Koch MO, Smith JA Jr, Hodge EM, Brandell RA: *"Prospective development of a cost-efficient program for radical retropubic prostatectomy"*. Urology 1994;44:311-318.

Koch MO, Smith JA Jr: *"Clinical outcomes associated with the implementation of a cost-efficient programme for radical retropubic prostatectomy"*. Br J Urol 1995;76:28-33.

Kwan - Gett TS Lozano P Mullin K and Marcuse EK: *"Once - year experience with an inpatient asthma clinical pathway"*. Arch Pediatr Adolesc Med.1997;151:684-689.

Litwin MS, Smith RB, Thind A, Reccius N, Blanco-Yarosh M, deKernion JB: *"Cost-efficient radical prostatectomy with a clinical care path"*. J Urol 1996;155:989-993.

Litwin MS; Shpall AI; Dorey F: *"Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy"*. Urology, 1997;49:898-905.

Lord J. *"Practical strategies for implementing continuous quality improvement"*. *Mag Care* 1993;1:43-52.

McArdle CS *"Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival"* *BMJ* 1991;302.

Moreno Juara Angel: *"Estudio de la variabilidad de la amigdalectomía en España"*. Tesis doctoral 1998 Universidad Complutense.

Ogilvie-Harris DJ Bosford DJ and Hawker W: *"Elderly patients with hip fractures : Improved outcome with the use of care maps with high quality medical and nursing protocols"*. *J Orthop Trauma* 1993; 7:428-437.

Palmer JS; Worwag EM; Conrad WG; Blitz BF; Chodak GW : *"Same day surgery for radical retropubic prostatectomy: is it an attainable goal?"* *Urology* 1996;47:23-8.

Pérez-Blanco V, García Caballero J, Martínez L, Arroyo. *"Diseño y validación de una vía clínica para la apendicitis aguda infantil"*. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(3):124-30.

Seller C, Dezell A. Case management plans: *"Design for transformation. Boston"*. New England medical Center Hospitals, 1987.

Walker K: *"Pathways in Ortopaedics"*. In *Pathways of Care*. Ed Johson Sue .Blackwell Oxford 1997 pag 68-90.

Wennberg JE. *"Variations in Medical Practice"*. In: O'Graham N. *"Quality in Health Care"*. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. Pág. 47-63.

Williams SA. *"Quality and care: patients"* perception. *J Nurs Care Qual* 1998;6:18-25



## Tema 4.4

# La seguridad del paciente

Fuencisla Iglesias Alonso.  
Ricardo Pardo García.  
Juan Fernández Martín.

## 1. La seguridad del paciente. Gestión de riesgos sanitarios

### *1.1. Los riesgos de la asistencia sanitaria*

Los adelantos científicos y tecnológicos de las últimas décadas han creado un sistema de salud de enorme complejidad en el que interactúan factores inherentes al sistema –estructurales, organizativos, relacionados con las actuaciones profesionales, etc.- con factores clínicos de los pacientes.

Por ello la práctica clínica entraña cada vez más riesgos potenciales e incertidumbre y ningún sistema es capaz de garantizar por completo la ausencia de sucesos adversos a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal. Pero los sistemas sanitarios que aspiren a la excelencia, con un incremento en la calidad de los servicios, deben realizar las acciones de mejora oportunas para intentar disminuir al máximo esos sucesos.

En los últimos años la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. La Seguridad clínica es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica,

una de sus dimensiones clave que debe ser considerada de forma transversal. Es necesario abordar la seguridad del paciente de manera planificada para que en las actuaciones sanitarias se tenga presente dónde pueden existir deficiencias, para poder proponer medidas correctoras que disminuyan las probabilidades de que esos efectos ocurran.

El riesgo es definido por la Real Academia Española como “la contingencia o proximidad de un daño”. En el campo de la atención a la salud el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc. Además de la dimensión epidemiológica, cuantificable mediante el cálculo de la fuerza de la asociación, el riesgo tiene una dimensión de aceptabilidad social y otra de apreciación individual, relacionada con la forma de comunicación y la participación en la toma de decisiones.

El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo. Podemos considerar que la seguridad de pacientes abarca desde el clásico principio “Primum non nocere”, atribuido a Auguste François Chomel, pasando por las distintas etapas de gestión de la calidad en general: control de calidad, aseguramiento de la calidad, gestión de la calidad y modelos de excelencia, hasta llegar a conceptos más novedosos como el de “prevención cuaternaria”, entendida ésta como la “intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario”. Una práctica clínica segura exige conseguir tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

Los efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales y gestores sanitarios. Los sucesos adversos de la atención sanitaria son acontecimientos relacionados con el proceso asistencial que tienen o pueden tener consecuencias negativas para el paciente: lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte. Los sucesos adversos incluyen tanto los incidentes o sucesos que son susceptibles de provocar un daño en otras circunstancias, así como los efectos adversos que efectivamente han provocado una lesión en los términos antes expuestos. Algunos de estos sucesos pueden ser evitables y otros son inevitables.

En el entorno complejo de la asistencia sanitaria, los efectos adversos son una combinación de errores activos de las personas que operan en el sistema (suelen ser de corta duración y con frecuencia impredecibles) y de estados latentes del propio sistema, que suelen ser persistentes, pueden identificarse y eliminarse antes de que ocasionen problemas de seguridad para el paciente.

Mientras que los efectos adversos son trastornos objetivos, ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la no intencionalidad; las complicaciones, por su parte, son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica.

Tampoco se incluyen dentro de los efectos adversos en la asistencia sanitaria los efectos secundarios ni los efectos colaterales de los medicamentos, en cuanto que son manifestaciones no buscadas de los mismos que surgen como consecuencia de la acción fundamental del fármaco, bien sin ser inherente a esa acción o bien por la propia acción farmacológica del mismo.

### ***1.2. Magnitud de los efectos adversos***

Como se ha mencionado en el apartado anterior, la preocupación por los sucesos adversos no es algo novedoso. Ya en los años 50 Barr estudió el precio a pagar por los riesgos de los últimos métodos diagnósticos y terapéuticos del momento.

En 1999 el estudio publicado por el Instituto Americano de Medicina (IOM, Institute of Medicine): *To err is human: building a safer health system*, pone en evidencia la relevancia de la magnitud que tienen los errores en la atención sanitaria. El informe indica que entre 44.000 y 98.000 errores eran fatales en EE.UU. cada año, entre los que destacaban los fallos en la medicación y en la prescripción de fármacos.

En diferentes estudios de EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá la incidencia de efectos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que se han considerado evitables alrededor de un 50%.

Cuando se consideran ámbitos específicos de asistencia sanitaria se observa que: en Anestesia se producen entre 2.000 y 10.000 muertes/año, en Cuidados Intensivos 2 errores por día, en Medicina de Urgencia existe entre un 8 y un

10% de desacuerdo en la interpretación de radiografías entre médicos de urgencia y radiólogos.

En España el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) de 2005, informa sobre una incidencia de pacientes con efectos adversos en la Asistencia Hospitalaria del 9,3% si se incluye la pre-hospitalización. De ellos el 42,8%, según los criterios prefijados, se consideraron evitables. Las consecuencias de estos efectos adversos fueron variadas: un 31,4% ocasionaron un incremento de la estancia, con una mediana de 4 días más de hospitalización en los efectos que alargaron la estancia y de 7 días en los que causaron un reingreso. En total las estancias adicionales fueron 3.200 de las cuales 1.157 corresponden a efectos adversos evitables.

A pesar de ser más numerosos los estudios del medio hospitalario cada vez hay más estudios de efectos adversos en Atención Primaria, donde se espera una media de 10,6 sucesos, por médico y por año, susceptibles de ser un efecto adverso. Como fuentes más frecuentes de estos efectos adversos en este medio se señalan: carencias en la comunicación entre médicos y pacientes, falta de información sobre el paciente desde Atención Especializada y descoordinación de tratamientos.

El estudio APEAS (Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria en España), de 2007, parte de la afirmación de que la práctica clínica en Atención Primaria es razonablemente segura y resalta la importancia de la prevención de los efectos adversos como una estrategia prioritaria en la seguridad del paciente. Los datos obtenidos indican que un 10,11 por mil pacientes sufre algún efecto adverso; en un 11,18 por mil consultas acontece algún efecto adverso, de los que un 47,8% son debidos a efectos de la medicación. Como consecuencia una cuarta parte no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivada a atención especializada y la mitad fue resuelta en atención primaria. Lo que tiene mayor trascendencia es que la gran mayoría de efectos indeseados se clasificaron como evitables.

Por otro lado hay que tener presente que muchos efectos adversos ocurren en otros centros sanitarios distintos a los mencionados, en las farmacias, en el domicilio de los pacientes, etc.

Además de los daños ocasionados a los pacientes otro aspecto importante de la “no seguridad de los pacientes” son los costes que se producen. Algunos

estudios añaden variables como la estancia hospitalaria, la mortalidad, la capacidad funcional del paciente y los años de vida ajustados por calidad en su valoración. El estudio de Zhan y Miller en 2003 refiere un coste adicional por paciente con sepsis postoperatoria de 57.727 dólares americanos; de 10,89 días de estancia y un incremento de 21,92% de mortalidad.

Más difíciles de medir son los aspectos sociales y el impacto que los efectos adversos tienen en la sociedad. Según el Eurobarómetro de enero de 2006, de la Comisión Europea, la sociedad es consciente de que los errores médicos son un problema y en concreto en nuestro país son causa de una pérdida de confianza en el sistema sanitario y sus profesionales. En España, según el Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad en el año 2007, un 38,2% de ciudadanos tiene la percepción de que la cantidad de errores que se producen en la asistencia sanitaria son bastantes o muchos.

### ***1.3. Evaluación de los riesgos asistenciales***

Cada punto del proceso del cuidado de los pacientes contiene un cierto grado de riesgo inherente; los efectos secundarios de los medicamentos, las reacciones adversas y la variabilidad biológica del ser humano hacen que en la práctica sea imposible la desaparición total de los posibles efectos adversos. Sin embargo, se debe actuar sobre aquellos efectos que puedan ser prevenibles y por tanto evitables. Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en el estudio y la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas, en las deficiencias en el diseño y en la organización más que en la actuación individual.

#### **Metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)**

El AMFE fue aplicado por vez primera por la industria aeroespacial en la década de los 60. En la actualidad es un método básico de análisis en el sector del automóvil que se ha extrapolado satisfactoriamente a otros sectores. Aunque la técnica se aplica fundamentalmente para analizar un producto o proceso en su fase de diseño, este método es válido para cualquier tipo de proceso o situación, entendiendo que los procesos se encuentran en todos los ámbitos de la empresa, desde el diseño y montaje hasta la fabricación, comercialización y la propia organización en todas las áreas funcionales de la empresa. Este método es usualmente aplicado a elementos o procesos clave en donde los fallos que pueden acontecer, por sus consecuencias puedan tener repercusio-

nes importantes en los resultados esperados. El principal interés del AMFE es el de resaltar los puntos críticos con el fin de eliminarlos o establecer un sistema preventivo (medidas correctoras) para evitar su aparición o minimizar sus consecuencias, con lo que se puede convertir en un riguroso procedimiento de detección de defectos potenciales.

### **Análisis Causa Raíz (ACR)**

Es una herramienta de análisis reactivo de las causas que producen los errores. Fue utilizado en la industria, especialmente en la nuclear y en la aviación, ya en la década de los setenta. El objetivo del análisis es desarrollar sistemas más seguros.

En el caso de la asistencia sanitaria se orienta a la búsqueda de las causas origen o raíz, cuando se produce un efecto adverso. Para realizar el análisis se definen los sucesos centinelas, aquellos efectos adversos que tienen una gran trascendencia clínica. En el análisis participan profesionales diversos de las distintas partes del proceso y se investiga el mal funcionamiento de las barreras que el proceso tiene, como pueden ser alertas mecánicas, protocolos...

Se trata de un análisis secuencial, estructurado, con preguntas definidas para detectar errores subyacentes latentes del proceso y de los elementos que lo integran. La identificación de las causas puede simplificarse aplicando distintos métodos como el diagrama de causa-efecto o diagrama de Ishikawa, el grupo nominal, la tormenta de ideas o los cinco por qué, entre los más citados.

### **Sistemas de notificación de sucesos adversos**

Los objetivos del establecimiento de un sistema de notificación de errores y sucesos adversos son: aprender de la experiencia ajena, valorar la evolución de los progresos en prevención, y detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas. Por las implicaciones legales que puede tener la notificación de efectos adversos la tendencia es que los sistemas de notificación lo sean de incidentes.

Sistemas de notificación voluntaria se están implantando en muchas organizaciones, y se inspiran en los diseñados en el entorno de la seguridad aérea. Las cualidades que contribuyen al éxito de un sistema de estas características han sido analizadas por Leape, debiendo destacarse en particular el carácter no

punitivo y anónimo de los sucesos incluidos. El sistema debe ser:

<b>No punitivo</b>	No debe producir miedo a castigo o represalia como resultado del mismo.
<b>Confidencial</b>	La identificación del paciente, el informador y la institución no debe ser nunca revelada.
<b>Independiente</b>	El sistema debe ser independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización.
<b>Análisis por expertos</b>	Los informes deben ser valorados por expertos que consideren las circunstancias del suceso reportado.
<b>Ágil</b>	Los informes deben ser analizados con prontitud, haciendo llegar las recomendaciones a las personas que las precisen, especialmente si se han identificado riesgos importantes.
<b>Orientado hacia el sistema</b>	Las recomendaciones deben centrarse en cambios en el sistema, los procesos y los recursos, más que en el comportamiento de los individuos.
<b>Sensible</b>	La agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con las organizaciones implicadas.

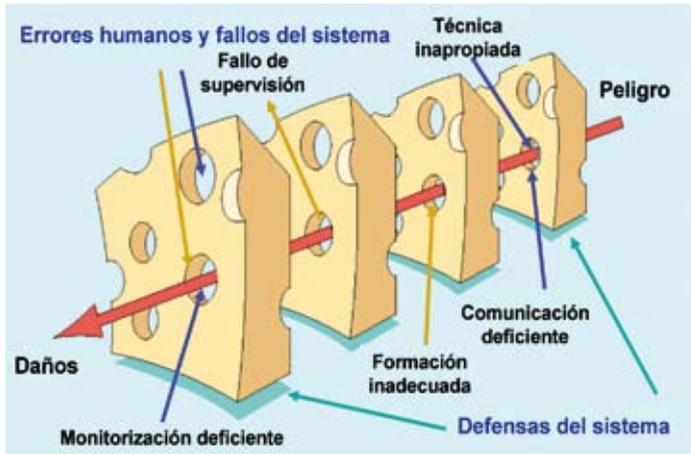
#### ***1.4. Estrategias de reducción del riesgo asistencial***

La aparición de un efecto adverso es la parte más visible del iceberg de los riesgos asistenciales y, con frecuencia, es la última secuencia de un proceso que ha comenzado con anterioridad, en el que han influido múltiples factores humanos y relacionados con los distintos niveles organizativos del sistema sanitario.

En el nivel de la macrogestión del sistema es precisa una estrategia que establezca, como una prioridad, la calidad y seguridad de la atención sanitaria. En esta línea, pueden ser de aplicación general, actuaciones como las propuestas por un comité canadiense creado con el fin de incrementar la seguridad del sistema sanitario de dicho país. Entre las medidas más relevantes destacan las siguientes:

- Creación de un organismo para la seguridad de los pacientes.
- Exigencia de evidencia científica a cualquier nueva práctica, tecnología y programa que se introduzca.
- Puesta en práctica de aquellas medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Introducción de la cultura de rendimiento de cuentas respecto a calidad y seguridad de la atención sanitaria.
- Desarrollo de un entorno no punitivo como mecanismo de mejora de la calidad en todos los niveles del sistema.
- Realización de esfuerzos en formación sobre calidad y seguridad.
- Creación y mantenimiento de sistemas de notificación y registro de sucesos adversos, incidentes, casi errores y buenas prácticas.

A nivel de la meso y la microgestión de los servicios sanitarios existen dos formas de enfocar las actuaciones dirigidas a reducir los riesgos asistenciales: centrándolas en las personas o dirigiéndolas hacia el sistema en que desarrollan su actividad. La orientación centrada en el sistema asume las dificultades de cambiar la condición humana, y dirige sus actividades hacia la eliminación de ciertas condiciones latentes dependientes de los distintos niveles de decisión, y la modificación de las condiciones en que trabajan las personas por medio de la construcción de barreras dirigidas a evitar la aparición de sucesos adversos o limitar sus consecuencias. Entre los factores a considerar destacan: sobrecarga e inadecuada definición de puestos de trabajo, formación insuficiente, supervisión insuficiente de tareas, fallos en los sistemas de comunicación, conflictos de intereses entre los recursos disponibles y las necesidades asistenciales, recursos obsoletos, escaso nivel de automatización, incorrecto mantenimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, insuficiente estandarización de procesos, etc. Estos fallos latentes se muestran en el llamado "modelo del queso suizo" de Reason.



*Adaptado de Reason J.*

La mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, potenciar el liderazgo, implicar a los profesionales y evaluar sin culpabilizar.

Relacionando la seguridad con la teoría de la complejidad, el experto en complejidad Yaneer Bar-Yam señala que la prescripción y la administración de medicamentos a los pacientes es una tarea altamente compleja por el amplio abanico de posibilidades existentes en cuanto a la cantidad de medicamentos disponibles en el mercado y en relación a las múltiples alternativas de dosis, frecuencia y modos de administración. El autor analiza una serie de propuestas, tales como feedback para la corrección, eliminación de pasos, redundancia, automatización y reducción de la complejidad de las tareas para determinar su efectividad como estrategias de reducción de errores médicos.

La implantación de prácticas seguras basadas en la evidencia es una base sólida en la reducción de los riesgos asistenciales. De estas prácticas seguras se espera, con alta probabilidad, obtener beneficios significativos en la seguridad de los pacientes. Deben contar, estas prácticas, con una evidencia de su efectividad, buscar las que tengan un impacto potencial considerado alto y que no presenten una gran complejidad de implantación.

### ***1.5. Unidades de gestión de riesgos clínicos***

Dado que es imposible evitar completamente el daño al paciente, ya que toda actividad humana conlleva un margen de error, lo que sí es posible es identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño, o lo que es lo mismo, gestionar el riesgo que puede sufrir el paciente. La gestión de riesgos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan un daño al paciente secundario al tratamiento recibido.

En los Estados Unidos y el Reino Unido, países pioneros en seguridad del paciente, se han creado distintos tipos de Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos (UGRC) con objetivos variables que van desde la orientación predominantemente judicial en el caso americano hasta unidades formadas por personal clínico dedicado exclusivamente a resolver esos problemas en el mundo hospitalario como es el caso de Inglaterra.

La experiencia en nuestro ámbito habla a favor de la creación de UGRC en las que la labor sea realizada directamente por el personal médico y de enfermería implicado directamente en la atención a los pacientes. Hasta el momento actual en España existen pocas experiencias de la puesta en marcha de Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos. En el año 2003 se creó la primera Unidad en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia que fue coordinada por Inspectores Médicos, enfermeras y asesores legales. La experiencia fue limitada en el tiempo dada la continua movilidad del personal que trabajaba en la Unidad.

En Castilla-La Mancha la UGRC del Hospital General de Ciudad Real ha sido una de las primeras en desarrollarse y en el momento actual muchos de los hospitales de la región desarrollan proyectos para poner en marcha unidades con similares objetivos. Esta Unidad tiene como peculiaridad el estar formada exclusivamente por personal sanitario, médicos y enfermeras con dedicación exclusiva a su trabajo hospitalario que intentan compaginar su actividad diaria con el desarrollo de líneas de investigación o aplicaciones prácticas para la mejora de la seguridad de los pacientes.

#### **Los objetivos de la UGRC del Hospital General de Ciudad Real son:**

1. Mejorar la calidad asistencial mediante el perfeccionamiento de los niveles de seguridad de los pacientes, evitando en lo posible que se produzcan situaciones que originen un riesgo para su salud.

2. Conocer el nivel de riesgo de los distintos servicios hospitalarios. Para ello se está aplicando el protocolo ALARM para el estudio de incidentes adversos. Mediante este protocolo se analizan todos los ingresos de forma prospectiva o en el momento del alta con el fin de registrar incidentes que sólo son conocidos por el equipo que ha atendido al paciente y que en ocasiones no queda reflejado en la historia clínica del paciente. El protocolo es aplicado por los cirujanos y enfermeras responsables del cuidado de los pacientes después de realizar un curso específico de formación.
3. Una vez conocido el nivel de riesgo de los distintos servicios se procedería a diseñar las medidas correctoras con la posterior comprobación de la eficacia de las mismas. Todos esos pasos son realizados por los médicos y enfermeros responsables directos de los pacientes.
4. La creación de un sistema de notificación de incidentes adversos fue uno de los objetivos iniciales de la Unidad, pero las dificultades encontradas para la notificación voluntaria de los incidentes ha hecho que la línea de investigación se haya desviado al análisis de historias de forma prospectiva o en el momento del alta, forma de trabajo que se ha demostrado superior a la notificación voluntaria ya que es capaz de detectar el doble de incidentes adversos. C. Vincent afirma que el propósito inicial de los informes de incidentes voluntarios debería ser aprender de los errores pero puede que al final no nos digan nada de los mismos dudando de que los informes voluntarios de incidentes sean realmente una forma efectiva de mejorar la seguridad de los pacientes.
5. Asesoramiento al personal sanitario en los casos de reclamaciones patrimoniales o denuncias. El asesoramiento se basa en el análisis exhaustivo del caso y la emisión de informes completos que se ajusten lo más posible a los hechos ocurridos.

Para poner en marcha una Unidad de estas características es necesario seguir al menos 5 pasos:

1. Alguien del hospital debe saber algo de gestión de riesgos clínicos. Es preciso formar al personal sanitario.
2. Las personas que reciben esa formación deben luego aplicar sus conocimientos en sus lugares de trabajo. Desgraciadamente muchos de los

cursos realizados no tienen aplicación práctica porque los profesionales no pueden desarrollar sus programas en sus centros.

3. La Administración Sanitaria debe poner los medios necesarios para que estos programas puedan ser llevados a cabo.
4. Las personas que reciben la formación deben empezar en aquellos servicios en los que crean que van a tener más respuesta por parte del personal sanitario.
5. Cada hospital y cada servicio genera sus riesgos y hay que llegar a un alto nivel de especialización para conocer la situación existente y poder proponer medidas de corrección.

La creación de Unidades de Gestión de Riesgos Clínicos intenta centralizar y realizar de forma uniforme los estudios de incidentes adversos en las distintas unidades hospitalarias. Cada servicio de un hospital genera sus propios riesgos que pueden ser completamente diferentes de un Servicio situado en la misma planta de hospitalización. Conocer ese nivel de riesgo hasta ese límite de especialización es esencial para mejorar en Seguridad.

Es muy importante conseguir implicar a los profesionales que están en contacto con los pacientes para que colaboren en la investigación de los incidentes, las propuestas de mejora y el estudio de la efectividad de las mismas. La colaboración de las Gerencias es esencial para el desarrollo de estas Unidades.

Las líneas de investigación de incidentes adversos se deben dirigir al análisis de las historias clínicas de forma prospectiva o en el momento del alta, siendo el estudio de las historias realizado por el personal sanitario directamente implicado en la atención de ese paciente.

La formación en gestión de riesgos clínicos debe ser uno de los puntos prioritarios de los distintos sistemas sanitarios con el fin de que el personal formado pueda desarrollar y poner en marcha las Unidades en sus centros.

## 2. Experiencias internacionales en gestión de riesgos

La Organización Mundial de la Salud enuncia, en relación a la asistencia sanitaria: “La combinación compleja de tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención a la salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran efectos adversos”. Se afronta de manera explícita la seguridad de los pacientes.

En la 55ª Asamblea Mundial, en mayo de 2002, se insta a los Estados Miembros a prestar la atención más cercana posible a la seguridad del paciente y a crear sistemas basados en pruebas científicas para mejorar la seguridad y la calidad de atención, a través de la Resolución HWA55.18. En octubre del 2004, se crea la “World Alliance for Patient Safety”. Esta Alianza Mundial surge como instrumento de intercambio de experiencias, con el propósito de facilitar el desarrollo e implementación de políticas de seguridad. Entre sus objetivos están: disminuir la duplicación de actividades e inversiones, apoyar iniciativas colectivas, servir de vehículo para compartir conocimientos y recursos...

El trabajo que realizan lo desarrollan a través de amplios programas con actuaciones muy detalladas. En la actualidad son 7 los Programas que presenta la Alianza:

**I.- Minimización de la Infección Nosocomial (IN).** Es el primer Reto Global de la Alianza: “Una atención limpia es una atención más segura”. Es un Programa básico para la Seguridad del paciente, que aborda a lo largo de ciclos de dos años un aspecto importante del riesgo de los pacientes que reciben atención sanitaria. Tiene como elemento clave el fomento de la higiene de las manos para prevenir la transmisión de patógenos.

**II.- Pacientes por la seguridad del paciente.** Es un Programa para crear vías de participación e información y desarrollar normas y consejos para consumidores, pacientes y organizaciones, sin los cuales cualquier iniciativa podría estar abocada al fracaso.

**III.- Taxonomía para la Seguridad del Paciente.** El objetivo es preparar un marco internacional para definir y clasificar sucesos adversos y casos que permitirán apoyar el análisis y agregación de la información. No pretende sustituir la taxonomía ya existente pero sí suministrar un marco en que los diversos conceptos puedan ser alineados.

**IV.- Investigación para la Seguridad del Paciente.** La investigación es esencial para entender la incidencia, prevalencia y causas de los daños a los pacientes y poder desarrollar soluciones apropiadas. La investigación es importante en el desarrollo de las agendas de seguridad del paciente y contribuye al aumento de su visibilidad.

**V.- Identificar y divulgar las mejores soluciones,** con el fin de reducir los riesgos de la atención sanitaria y mejorar su seguridad.

Entre sus documentos la Alianza cuenta con las High 5 s, Soluciones de alto valor e impacto. Se trata de un proyecto conjunto con la Commonwealth Fund y WHO Collaborating Centre for Patient Safety. Las High 5 s, son:

1. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
2. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
3. Comunicación entre profesionales durante el traspaso de los pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el sitio correcto.
5. Mejora de la higiene de las manos para prevención de infecciones.

Junto con la Joint Commission International, la Alianza presentó un documento con nueve soluciones obtenidas a través de una revisión exhaustiva, sobre la base de la evidencia en las recomendaciones. Las nueve medidas sugeridas son:

1. Similitud fonética u ortográfica en los nombres de los medicamentos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Continuidad correcta de la medicación en las transiciones asistenciales.

7. Prevención de los errores en la conexión de catéteres y dispositivos de administración.
8. Uso único de los dispositivos de inyección.
9. Mejora de la higiene de las manos para la prevención de infecciones.

**VI.- Notificando y aprendiendo.** A través de la notificación se aumentará la Seguridad por medio del aprendizaje de los fallos. La premisa fundamental es que el sistema de comunicación sea seguro para las personas, quien informe no debe ser castigado, porque este sistema de comunicación de incidentes tendrá valor si conduce a una respuesta constructiva.

**VII.- Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas.** Segundo Reto Mundial, lanzado por la Alianza. Desde hace más de un siglo la atención quirúrgica constituye un elemento esencial de los sistemas sanitarios a nivel mundial. También se conocen las mejoras que ha experimentado en las últimas décadas, pero la calidad y seguridad de la atención quirúrgica sigue siendo muy variable en el mundo. Este Programa busca aumentar los niveles exigibles por los pacientes en cualquier entorno.

Aparte de los Programas de la Alianza, existen múltiples iniciativas internacionales que han surgido desde organismos de reconocido prestigio, muchos de los cuales colaboran con la propia Alianza, pero también han desarrollado y difundido sus propios objetivos, que en ningún caso, lógicamente, contradicen las líneas de la Alianza.

Su enumeración sería larga. Algunas de las iniciativas se citan a continuación: en 2001, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) encargó al Evidence-Based Practice Centre de la Universidad de Stanford la tarea de estudiar la documentación científica para la mejora de la seguridad. El informe Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, ofrece una excelente información sobre las prácticas sanitarias más seguras. Un segundo informe que complementa el informe "Errar es humano", es "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century", que pone de manifiesto lo difícil que es garantizar la seguridad en un sistema tan complejo como el sanitario.

La Joint Commission International, en su programa “The National Patient Safety”, recoge entre sus objetivos 6 líneas relacionadas con: mejora de la exactitud de la identificación del paciente, mejora de la efectividad de la comunicación entre el personal sanitario, mejora del uso seguro del medicamento, continuidad y precisión de la medicación a utilizar a lo largo del proceso de atención, reducción del riesgo de infecciones relacionadas con la atención recibida y reducción del riesgo de lesiones para el paciente producidas como consecuencia de las caídas.

En el año 2005, La Unión Europea suscribió la Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente. En ella, se realizan varias recomendaciones a los proveedores, a los Estados Miembros, y a las Instituciones Europeas. Entre estas últimas, la declaración recomienda:

- Establecer un foro europeo, con participación de los principales agentes implicados, para discutir actividades europeas y nacionales en relación con la seguridad del paciente.
- Trabajar conjuntamente con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, estableciendo un “banco europeo” de buenas prácticas, ejemplos y estándares.
- Crear mecanismos de soporte para las iniciativas nacionales en este campo, desde la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor.
- Asegurar que las regulaciones de la UE sobre productos y servicios médicos se establecen teniendo en cuenta la seguridad del paciente.
- Facilitar el desarrollo de estándares internacionales sobre seguridad y rendimiento de la tecnología médica.
- Asegurar que el marco regulatorio europeo recoge la privacidad y la confidencialidad de la historia clínica, a la vez que se facilita su acceso por parte del profesional sanitario.

En el Reino Unido la preocupación por los errores médicos ha llevado a promover la política de identificación y reducción de errores médicos y efectos adversos; así, tras la publicación del informe del “National Health Service (NHS): An organisation with a memory” se puso en marcha un plan del Gobierno con

el objetivo de promover la seguridad del paciente, que queda recogido en el Programa: "Building a safer NHS for patients". La Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA) del National Health Service ha publicado una guía denominada "La Seguridad del Paciente en siete pasos", que consisten en: construir una cultura de seguridad, liderazgo del equipo de personas, integrar las tareas de gestión de riesgos, promover que se informe, involucrar y comunicarse con pacientes y público, aprender y compartir lecciones de seguridad, e implementar soluciones para prevenir daños.

El National Quality Forum propone, a partir de criterios de especificidad (criterio excluyente), evidencia de efectividad, beneficio, capacidad de generalización y factibilidad, 30 prácticas seguras que pueden ser agrupadas en cinco grupos:

1. Crear cultura de seguridad
2. Equiparar necesidad de atención con capacidad de ofrecerla
3. Facilitar transferencia de información y claridad en la comunicación
4. Adoptar buenas prácticas en entornos específicos y para procesos de atención específicos
5. Incrementar el uso seguro de la medicación (13 de las 30 prácticas están directamente relacionadas con la medicación).

### 3. Gestión y prevención de riesgos sanitarios en España

#### 3.1. Las crisis sanitarias

Como señala Lamata F, la situación de crisis en salud pública se produce cuando aparece un problema de salud, o hay una probabilidad de riesgo, con una incidencia o mortalidad mayor de lo normal para una determinada época y lugar; además, no se puede garantizar la dimensión final del problema. Casi siempre se produce también un enorme interés informativo. Las crisis sanitarias han existido y van a existir siempre. Van a aparecer situaciones nuevas, más o menos graves, accidentes, catástrofes y problemas de salud derivados de los mismos. Los directivos y la Administración deben ser capaces de gestionar los

servicios públicos con eficacia. Esto supone utilizar de manera razonable los recursos asignados, que son los que la sociedad –en función de su renta y sus prioridades– pone a su disposición. Ante una situación de crisis, estos principios no siempre se cumplen. Habitualmente, los directivos aplican el llamado “principio de precaución”, es decir, poner a disposición de la crisis muchos recursos, incluso más de los necesarios, en detrimento de otras acciones necesarias.

En una organización sanitaria descentralizada como la nuestra, la gestión de la información en las crisis requiere el esfuerzo y la lealtad de todas las administraciones sanitarias. Este punto falló por ejemplo, en la crisis de la epidemia de meningitis del año 1997. También son claves los sistemas de información sanitaria de la Unión Europea, con sus redes de alerta, y los de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los problemas de salud pública, que pueden afectar a muchas personas, generan preocupación. Pero, además, en una crisis sanitaria existe, por definición, incertidumbre. El desconocimiento de lo que puede ocurrir añade dramatismo. Para tener una audiencia, los medios de comunicación buscan titulares. Por eso las informaciones sobre crisis sanitarias son muy demandadas y difundidas. Por otro lado, los formatos informativos requieren brevedad. Es muy difícil hacer llegar un mensaje completo y comprensible en tan poco tiempo. Las noticias crean presión, y pueden generar reacciones en la población, no ya a la crisis, sino a la visión de la crisis que plantean los medios de comunicación.

La gestión de la comunicación es fundamental. ¿Qué información se debe dar?, ¿cómo se debe tratar?, ¿quién debe ser el portavoz en cada momento?. La no información no es recomendable nunca, ya que las crisis siempre se conocen, y por lo tanto la autoridad política sanitaria debe dar su punto de vista. Por ejemplo, en la crisis por temperaturas extremas del verano de 2003 en Francia, se falló por falta de información. Tampoco es bueno exagerar; se puede generar alarma innecesaria y perder credibilidad en un futuro. En la gestión informativa sobre la gripe aviar tanto la OMS como la Comisión Europea proporcionaron información exagerada en determinados momentos; también ocurrió con la crisis de la encefalopatía espongiforme bovina. La oposición política, en general, suele hacer una crítica frontal al Gobierno en situaciones de crisis sanitarias. La oposición se preguntará, como la sociedad, si ha habido fallos en el sistema que hayan producido el problema, o bien si se ha hecho todo lo que se debería para prevenir esta situación. Durante las crisis sería deseable dejar fuera de la lucha partidaria la gestión de la propia crisis.

### ***3.2. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud***

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado el Plan de Calidad del SNS. La Estrategia 8 de dicho Plan consiste en “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud”, y se plasma en los objetivos siguientes:

- Objetivo 8.1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de la atención sanitaria.
- Objetivo 8.2. Diseñar y establecer sistemas de información y para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- Objetivo 8.3. Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud.
- Objetivo 8.4. Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.
- Objetivo 8.5. Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

## **4. Proyectos para mejorar la seguridad del paciente en Castilla-La Mancha**

En el Decreto 1/2002 sobre la estructura orgánica y funciones del SESCAM se establece que es competencia de la Gerencia el establecimiento de políticas encaminadas al fomento de la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos de Castilla-La Mancha. Por su parte, el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010 obliga a alcanzar un modelo integrado de resolución de los problemas de salud. Esta responsabilidad se plasma en el Plan de Calidad del SESCAM, que es una herramienta operativa en constante mejora. Cada año, se revisa en función de los resultados del año anterior y de las sugerencias de expertos y profesionales la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias con niveles de excelencia. El SESCAM se compromete con la calidad y la seguridad desde la redacción de su misión y sus valores: “el SESCAM pretende ser una organización de servicios sanitarios públicos moderna y de vanguardia, que se caracterice

por la innovación y la calidad del servicio global (medicina, enfermería, servicios auxiliares, hostelería), por la precisión en el diagnóstico y en el tratamiento, su seguridad, cercanía y agilidad...”.

Durante 2006 se generalizaron los programas de identificación inequívoca de los pacientes, prevención de la infección nosocomial y vigilancia de la contaminación microbiológica en los hospitales, evaluándose los resultados e incorporando posteriormente sus conclusiones a la mejora de la seguridad en todas las Gerencias. Además, objetivos como la incorporación de guías de práctica clínica o de vías clínicas contribuyen también a la mejora de la seguridad del paciente en el SESCAM.

Ese año se comenzó a elaborar el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, que finalmente recoge 17 objetivos agrupados en 7 estrategias, con 123 actuaciones, de las cuales una gran parte hacen referencia a la implantación de prácticas seguras en los distintos ámbitos asistenciales.

## 5. El profesional y el paciente ante el error médico. Aspectos éticos

### 5.1. *El papel de los profesionales sanitarios*

El 11 de mayo de 2006, las principales sociedades científicas españolas suscribieron la Declaración de los profesionales por la seguridad del paciente. En ella, reconocen la seguridad del paciente como un elemento clave en su actuación, y se comprometen a:

- Apoyar las políticas y estrategias que en materia de seguridad y gestión de riesgos se desarrollen tanto en el nivel del Sistema Nacional de Salud Español como de las Comunidades Autónomas.
- Facilitar y en su caso promover acciones dirigidas a:
  - Mejorar la cultura sobre seguridad de los pacientes.
  - Fomentar la información y la participación de los pacientes en su proceso asistencial.

- Impulsar el desarrollo de buenas prácticas clínicas.
- Formar a los profesionales en la gestión de riesgos.
- Desarrollar sistemas de vigilancia y control, y de notificación de efectos adversos.
- Promover la investigación en seguridad y gestión de riesgos.

### **5.2. Comunicación con los pacientes**

Según diversos estudios, las cualidades que los pacientes esperan de los profesionales sanitarios son bastante elementales pero, en ocasiones, complejas de poner en práctica: contacto visual, comunicación, información adecuada a las necesidades, tiempo suficiente de dedicación y no demasiado tiempo de espera para ser atendido. La comunicación del riesgo debe ser un proceso bidireccional de intercambio de información y opinión sobre el mismo a distintas audiencias, tales como gestores, público, medios de comunicación, etc., con el fin de conseguir la mejor comprensión y la toma de decisiones más adecuada. Algunos de los aspectos que influyen negativamente sobre la percepción de los riesgos por parte de las personas son la concurrencia, entre otras, de algunas de las siguientes circunstancias: involuntariedad, falta del control personal, manifestación retardada de sus efectos, afectación de personas conocidas o próximas causantes de opiniones controvertidas o poco explicables científicamente.

Entre los factores de la comunicación que pueden contribuir a la reducción de los riesgos en los servicios de salud, pueden destacarse, los siguientes:

- Una discusión abierta y participativa de los riesgos.
- Un cambio cultural de una responsabilización retrospectiva y culpabilizante a una responsabilización prospectiva y capacitante.
- El análisis de los factores que rodean accidentes e incidentes.
- La información verídica y puntual sobre errores, problemas de seguridad y esfuerzos dirigidos a mantener y mejorar la seguridad del paciente.
- El feedback informativo sobre los errores a todos los implicados.
- La implicación del paciente y de asociaciones de pacientes.

### ***5.3. Los pacientes y la prevención de riesgos asistenciales***

La implicación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud es una cuestión de actualidad. En el terreno de la prevención de los sucesos adversos, es de particular importancia la cuestión de la comunicación abierta de los riesgos y sucesos adversos, así como la participación real de aquellos en el proceso de toma de decisiones, particularmente cuando estas implican riesgos graves y variaciones importantes de la calidad de vida.

La limitación que puede suponer para la información sobre los sucesos adversos, en particular, el temor de los profesionales a litigios o a suscitar una atención excesiva de los medios de comunicación, no parece demostrada en organizaciones que han realizado un seguimiento al respecto. Por todo ello puede afirmarse, que una manera efectiva de evitar errores y sucesos adversos es hablando sobre ellos y estimulando a los pacientes a preguntar al respecto.

La iniciativa SPEAK UP (“hable claro”), de la OMS, está dirigida a concienciar a los pacientes y aumentar su grado de compromiso y participación en su propia seguridad. Esta iniciativa ofrece los siguientes consejos a los pacientes:

- Hable si tiene preguntas o preocupaciones, y si no entiende, vuelva a preguntar. Se trata de su salud y tiene derecho a saber.
- Asegúrese de que está recibiendo los tratamientos y medicamentos apropiados por parte del profesional de la salud adecuado. Ponga atención al servicio que está recibiendo. No dé nada por hecho.
- Busque información y edúquese respecto a su diagnóstico, las pruebas médicas a las cuales se está sometiendo, y su programa de tratamientos.
- Logre que un miembro de su familia o un amigo de confianza actúe como representante suyo.
- Estudie los medicamentos que Ud. está tomando y por qué los toma. Los errores de medicación constituyen la equivocación más común en el ámbito de cuidados de la salud.
- Participe en las decisiones que se tomen en su tratamiento.

#### ***5.4. Responsabilidad ética del profesional sanitario en caso de error***

El ocultamiento sistemático de los errores conocidos, o la incapacidad para detectar otros igualmente producidos, pero que quedan ocultos por la complejidad de la atención sanitaria, ha sido la práctica habitual en todos los sistemas sanitarios hasta hace bien poco. Como ya se ha comentado, fue la publicación en noviembre de 1999 del informe "To err is human: building a safer health System", el que por fin consiguió atraer sobre esta cuestión la atención de los profesionales y de los gestores sanitarios. El resultado inmediato fue el inicio de una auténtica explosión de iniciativas tanto gubernamentales como privadas destinadas a investigar, detectar y paliar el fenómeno. Desde entonces, la bibliografía científica sobre este tema ha crecido de forma abrumadora y ha explorado casi todas las facetas del problema. Sin embargo, hay una cuestión que no ha merecido toda la atención que seguramente mereciera. Se trata de la dimensión ética, la pregunta por las obligaciones morales que la seguridad del paciente genera en todos los actores implicados.

El informe del Hastings Center de 2003, "Promoting Patient Safety: An ethical basis for Policy Deliberation", acomete una lectura ética del Informe Error es humano, y constituye un punto de referencia en la reflexión ética sobre esta materia. Una primera cuestión es aclarar las motivaciones éticas que subyacen a la preocupación por la seguridad de los pacientes. En este sentido las argumentaciones pueden agruparse en torno a las dos grandes familias de argumentación en ética: las predominantemente teleológicas y las argumentaciones deontológicas. A ellas, Simón Lorda añade una tercera, la que trata de articularlas desde la óptica deliberativa de una ética de la responsabilidad.

En las argumentaciones teleológicas el juicio moral acerca de lo que debe hacerse nace fundamentalmente del análisis de las consecuencias de los diversos cursos de acción. Maximizar las consecuencias beneficiosas es por tanto el objetivo prioritario. El principio de utilidad establece que se debe maximizar el beneficio obtenido por el mayor número posible de personas. En esta línea, un argumento posible para justificar éticamente la preocupación por la seguridad de los pacientes tiene que ver con la dimensión económica del problema. En un análisis coste-beneficio, existiría un amplio margen de inversión presupuestaria rentable en términos globales y de economía de escala.

Otro argumento de corte teleológico incide en la preocupación por el bienestar de las personas. Las políticas públicas tienen la obligación de maximizar el

bienestar para la mayor cantidad posible de ciudadanos. El problema del error médico y la seguridad de los pacientes se ha revelado como una fuente importante de perjuicio y malestar para la ciudadanía, por lo que es obligación de los poderes públicos atajar el problema mediante planes generales que se planteen metas poblacionales. Un tercer argumento incide en la necesidad de disminuir las demandas judiciales.

Para las argumentaciones predominantemente deontológicas el juicio moral debe ser iluminado prioritariamente por valores, principios o normas éticas. El deber de respetar estos valores o principios es el que marca el sentido de la acción. Es el principio de no-maleficencia el que habitualmente se utiliza para fundamentar éticamente los programas de seguridad de los pacientes. De hecho, la Alianza Mundial de la OMS ha escogido como lema, precisamente, la frase "Ante todo, no hacer daño", versión moderna de la tradicional expresión latina "Primum non nocere". El mundo moderno trajo una manera diferente de articular las dos obligaciones clásicas, la de hacer el bien y la de no perjudicar. Ahora, lo prioritario será no dañar, porque la realización efectiva del bien del paciente ya no podrá hacerse sin el concurso de su voluntad, de su autonomía. Pero conviene apuntar que los principios éticos son siempre proporcionados, esto es, que deben aplicarse de forma prudente, lo que implica la posibilidad de que no siempre se cumplan completamente.

Probablemente, los juicios morales que ayudan a saber qué hacer en un momento determinado precisan de ambos momentos, deontológico y teleológico, de forma complementaria. El momento deontológico nos dice lo que deberíamos hacer en principio según la norma moral. El momento teleológico nos ayuda a ponderar la aplicación proporcionada de dichos principios a la luz de las posibles consecuencias. Y la forma de realizar en la práctica esta ponderación es mediante procedimientos deliberativos. Los responsables sanitarios, los equipos directivos de las organizaciones, las comisiones de calidad o los comités éticos serán las instancias apropiadas para realizar responsablemente esta deliberación moral en torno a la seguridad de los pacientes, cada uno desde su propio ámbito de responsabilidad.

Según Simón Lorda, las obligaciones relativas a la seguridad de los pacientes derivan, en primer lugar, del principio de no-maleficencia. Pero además, en un segundo lugar, derivan del principio de justicia, por cuanto el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste de oportunidad. Una vez ha ocurrido uno cobran protagonismo los principios de autonomía y

beneficencia. El paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado. De esta manera, las obligaciones éticas en torno a la seguridad quedan configuradas por los cuatro principios, y no sólo por uno de ellos. Además estas obligaciones no son sólo personales de cada uno de los profesionales, sino también de las organizaciones en conjunto.

Una de las razones que explican la dificultad para arrojar luz sobre los problemas de seguridad de los pacientes es que la perspectiva tradicional de análisis ha sido sobre todo personal y retrospectiva. Los errores médicos han sido analizados habitualmente, primero, cuando ya han sucedido, o sea retrospectivamente, a la luz de un determinado resultado obtenido. Cuando ese error ocurra, entonces, la pregunta a hacerse no será tanto “¿quién es culpable?”, sino “¿en qué ha fallado el sistema?”. La metodología retrospectiva de investigación no será, por tanto, de tipo interrogatorio policial, sino organizacional.

### ***5.5. La responsabilidad ética de la organización sanitaria frente al efecto adverso***

La ocurrencia del daño desencadena otra obligación ética personal del profesional: informar a la organización de lo sucedido para que ésta adopte las medidas que estime oportunas. A pesar de todos los esfuerzos preventivos, los errores ocurren, y las organizaciones tienen que asumir las responsabilidades derivadas de ellos. Una primera cuestión importante con potenciales repercusiones éticas es cómo llega a saber una organización que se ha producido el error. Hay varias posibilidades. Una es mediante los propios procesos de vigilancia activa de “eventos centinela” o demás sistemas de calidad o mediante la propia notificación del profesional que ha cometido el error. En principio esto no plantea problemas éticos. Pero hay una que sí los plantea. Es la figura del informador no directamente implicado en lo sucedido: el “whistle-blower” o “soplón”, que puede ser anónimo o no. Esta persona puede filtrar la información directamente a la organización de forma interna, saltándose habitualmente los cauces normales, o hacerla llegar a la propia organización por medios externos, habitualmente filtrándola previamente a los medios de comunicación. El manejo por parte de una organización de información sensible como es la relativa a posibles errores médicos cuando proviene de este tipo de fuentes es algo muy delicado. De hecho puede inducir un conflicto muy grave en la organización, con consecuencias a veces difícilmente reparables. El conflicto de la sedación paliativa ocurrido en 2005 en el Hospital

de Leganés de Madrid es un buen ejemplo de lo que puede suceder si no se filtran bien este tipo de informaciones.

El informe del IOM plantea otra posibilidad que es a su vez problemática. Para "To err is human" el derecho a saber de los pacientes no es un derecho a saber individualizado. Consiste en el derecho a acceder a la información sobre errores y seguridad que ocurren en una determinada organización en términos epidemiológicos o poblacionales, pero no en el derecho a saber que el resultado obtenido por tal paciente se debió a un error y no al azar o a la fragilidad del cuerpo humano. El informe argumenta esta posición desde la necesidad de ponderar prudencialmente las obligaciones del principio de autonomía con las de la no-maleficencia, que obligan a generar una cultura de la seguridad. Según este razonamiento, esto sólo puede hacerse si los profesionales confían en que informar a la organización sobre lo producido no los expone a la demanda judicial o la represalia interna. Las excepciones a la limitación de la información a los pacientes deben ser ponderadas y adecuadamente justificadas.

Con todo, al igual que en el caso de los profesionales, la organización tiene el deber de reparar el daño producido, no sólo en el orden físico sino también en el orden moral. Esta obligación nace de la preocupación por el bienestar del paciente, ligada al principio de beneficencia. La organización también tiene obligación de pedir perdón y de apoyar emocionalmente a los pacientes dañados o a sus familias, por ejemplo, mediante servicios profesionales adecuados, como psicólogos o mediadores. Estos servicios también deberían ofrecerse a los profesionales. Otra forma de hacerlo es permitir a los afectados participar activamente en los procesos de mejora de la calidad que tengan que ver con el daño que ellos han sufrido (pacientes), o que han producido (profesionales).

Por último, señalar que la realización efectiva de las obligaciones éticas organizacionales respecto a la seguridad de los pacientes exige poner en marcha instrumentos operativos adecuados. Estos instrumentos son los mismos que plantea la ética de las organizaciones en general. Uno de ellos es el desarrollo de la perspectiva ética inherente a cualquier sistema de acreditación o certificación de la calidad. Todos los sistemas de acreditación están incorporando estándares en torno a la seguridad de los pacientes, que son, por tanto, estándares intrínsecamente éticos. El otro es la necesidad de que los comités asistenciales de ética aborden también estas cuestiones, sobre todo reforzando la protocolización y la formación de las dimensiones éticas de la seguridad de los pacientes.

## Bibliografía

Agencia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Declaración de profesionales por la seguridad del paciente. 2006.

Aranaz J, Vitaller J. *“De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria”*. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Valencia 2004.

Aranaz J, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez E, Gea MT. *“La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica”*. Gac Sanit 2006; 20 (Suppl 1): 41-7.

Donaldson L. *“When will health care pass the orange-wire test?”*. The Lancet 2004; 364: 1567-1568.

*“Estrategia en Seguridad del Paciente”*. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y el 9 de febrero de 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2005.

*“Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización”*. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2006.

*“Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos en Atención Primaria”*. APEAS 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2008.

Fundación Víctor Grífols i Lucas. *“La gestión de los errores médicos”*. Barcelona 2002.

García Barbero M. *“La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”*. Humanitas 2006. Monografía num. 8.

Institute of Medicine. *“To err is human. Building a safer health system”*. National Academy Press. Washington DC 1999.

Lamata Cotanda F. *“Crisis sanitarias y respuesta política”*. Rev Admin Sanit 2006; 4(3): 401-6.

Leape LL. *"Reporting of adverse events"*. New England Journal of medicine 2002;14:1633-8.

National Health Service. NPSA. *"La seguridad del paciente en siete pasos"*. Adaptación de Recio Segoviano M. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

Pardo R, Jara A, Menchen B et al. *"Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria"*. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 211-5.

Pérez Blanco V, Mateos Rubio J, Moreno G, Rubio Gómez I, Alarcón Gascueña P, Delgado García A. *"Mejorando la seguridad del paciente: iniciativas desde el Complejo Hospitalario de Toledo"*. Primer Congreso de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha. Toledo, 14 de junio de 2007.

Reason J. *"Human error: models and management"*. BMJ 2000; 320: 768-70.

Ruiz-Pérez P, Rodríguez-Salinas C, Alcalde-Escribano J. *"Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores"*. Rev Calidad Asistencial 2005; 20(2): 71-8.

Sharpe VA. *"Promoting patient safety. An ethical basis for policy deliberation"*. The Hastings Center 2003.

Terol E. *"Seguridad del paciente: una prioridad del Sistema Nacional de Salud"*. XXV Congreso Nacional de Hospitales. Roquetas del Mar, Almería, mayo 2007.

*"World Health Organization. Quality of care"*: patient safety. 55 World Health Assembly. 2002.

## TEMA 4.5

# El proceso enfermero

Isabel Rubio Gómez.  
Alfonso Javier Muñoz Menor.  
Pilar Lillo Tejeda.

### 1. Introducción

Abordar un cambio que signifique aplicar de manera sistemática el método científico en la forma habitual de trabajo de un profesional, es tarea harto complicada cuando las actitudes del profesional no han sido modeladas en este sentido desde el inicio de su formación en la profesión de la que hablemos.

Canalizar las actuaciones de este profesional sobre el sujeto u objeto de trabajo sin cuestionarse ¿por qué?, o cuando estas actuaciones vienen determinadas por un paradigma diferente al fin último para el que se ha formado como profesional, contribuye al estancamiento, deterioro o desaparición de una profesión, esto último debido fundamentalmente a la usurpación de competencias por parte de otras profesiones y desconocimiento incluso del propio fin para el que esta profesión se ha desarrollado.

La enfermería goza de un modelo propio de desarrollo profesional basado en el método científico ideado por y para enfermeras, que aún se encuentra en constante cambio de alguno de sus parámetros, pero en esencia inamovible, ya que su base es la misma que para cualquier ciencia.

Si tenemos claro que la enfermería se encuentra para proporcionar cuidados profesionales a todo el que lo necesite, independientemente del estado en que

se encuentre el continuo salud-enfermedad del usuario, y que la enfermería debe avanzar con el único objetivo profesional de proporcionar los mejores cuidados basados en la evidencia científica, favorecer la gestión de los cuidados y la atención integral y continuada, entonces podemos empezar a pensar en implantar el Proceso Enfermero. (P.E.)

## 2. La práctica enfermera. Conceptos y definiciones

La práctica enfermera engloba multitud de intervenciones o actividades relacionadas con la atención sanitaria, fundamentadas en la prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y bienestar de las personas, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias).

### **Según el Artículo 54, del III Título del Real Decreto 1231/2001:**

“1.- Las funciones de la enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el código deontológico de la enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

2.- Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia o a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

3.- Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.”

La prestación de cuidados enfermeros podemos agruparla en tres dimensiones interrelacionadas entre sí, con una mayor o menor representatividad y campo de actuación cada una de ellas, según el ámbito de atención sanitaria y situación de salud del usuario, grupo o comunidad, pero siendo todas ellas competencia y responsabilidad de la profesión enfermera:

I.- Una dimensión interdisciplinaria o interdependiente, que comprende los cuidados compartidos que desarrollan las enfermeras con el resto de profesionales que integran el equipo de salud y que abarca principalmente los cuidados dirigidos a procedimientos terapéuticos, administración, control y supervisión de tratamientos farmacológicos, procedimientos diagnósticos, y el seguimiento y vigilancia de complicaciones o alteraciones fisiopatológicas.

II.- Una dimensión autónoma o específica que depende exclusivamente de la competencia enfermera, con un fundamento científico y que, para su ejercicio, precisa que la enfermera desarrolle su facultad de juicio y tome decisiones sobre el cuidado de la salud, de acuerdo a un modelo filosófico, conceptual o teórico de cuidados.

III.- Una dimensión gestora administrativa, complementaria y propia de una profesión cualificada e integrada en una empresa de servicios. Esta dimensión es el soporte para la gestión de la información y de la calidad, la optimización de los recursos sanitarios o sociales y la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Si analizamos estas dimensiones y determinamos las actividades que comprenden cada una de ellas, con fundamento científico, podemos considerar que la mejor práctica de enfermería posible se dará cuando confluyan las tres, integradas en un Proceso de Mejora Continua, con el único objetivo de alcanzar la excelencia en la calidad de la atención sanitaria.

*Existen diferentes conceptos, filosofías y teorías en enfermería que proporcionan una perspectiva determinada del receptor de cuidados en su conjunto y que son la base para la prestación de cuidados. Su puesta en práctica favorece un enfoque sistemático de los cuidados centrado en las necesidades básicas del ser humano (Marriner-Tomey).*

### 3. Descripción y desarrollo del Proceso Enfermero

Los conceptos y consideraciones expuestos permiten clarificar el fin de la profesión enfermera y describir hacia dónde queremos llegar en un futuro. Como punto de partida, en un intento de compartir el porqué es precisa la implantación del P.E., se definen la Misión y Visión de la enfermera.

#### **Misión:**

“La Misión de la enfermera es identificar y satisfacer las necesidades de cuidados de los ciudadanos a lo largo de las distintas etapas de la vida, tanto en el centro de salud, domicilio, hospital, centro escolar y en los demás ámbitos donde desarrollen su actividad, mediante una actuación, con fundamento científico, de apoyo, suplencia, fomento, protección y educación, considerando los valores, cultura y creencias de los ciudadanos a los que se dirige”.

#### **Visión:**

“La Visión de la enfermera es ser reconocida y valorada por su competencia científica y su contribución en la mejora continua y mantenimiento de la salud de los ciudadanos. Ser referente en la gestión de la calidad y de los recursos del sistema sanitario ofreciendo elementos que permitan contabilizar los resultados, la efectividad de los cuidados y garantizar la continuidad asistencial”.

#### **El Proceso Enfermero:**

El P.E. se puede describir como el conjunto de actividades asistenciales, que integran la práctica enfermera, ordenadas, organizadas y planificadas, según el método científico, basadas en las necesidades de las personas a las que vayan dirigidas y que son decisivas para asegurar una atención de calidad.

Esta metodología de trabajo, desde el plano teórico, está compuesta por cinco etapas dinámicas inmersas en un ciclo de mejora basado en la evaluación continua, con el fin de obtener los mejores resultados. En el plano práctico todas las fases se superponen y la 3 y 4 se funden en una para denominarse Tratamiento. (Figura 1)



Figura 1.- Etapas del Proceso Enfermero

### 3.1. Valoración

Es la identificación de la situación, mediante la recogida de datos concretos, mensurables, del estado de salud de la persona, la respuesta como consecuencia de su estado y la posterior organización de la información obtenida.

Los datos se obtienen directamente, mediante la observación, exploración y entrevista al usuario, familia, grupo o comunidad e indirectamente, a través de la información proporcionada por otros miembros del equipo de salud y/o documentación de referencia.

- La exactitud de la valoración garantiza la eficacia de ulteriores actuaciones. Por ello, debe contemplar la siguiente estructura:
- La incorporación y registro de la valoración enfermera a la historia de

Salud será oportuna y continua, con el objeto de favorecer la continuidad asistencial y la coordinación intradisciplinar. La identificación de la situación integral de la persona debe incorporarse cuando ésta demande atención sanitaria o contacte con el sistema sanitario ya sea para la apertura de historia de salud o por programas de detección y captación de problemas de salud o factores de riesgo.

- Se establecerá un sistema unificado y ordenado de recogida de información, con el fin de favorecer la interpretación de los datos y su posterior agrupación, selección, organización y registro en la documentación clínica correspondiente.
- Se contemplará a la persona en su totalidad, incluyendo:
  - Datos fisiológicos, características personales, sociales y culturales, hábitos y costumbres.
  - Antecedentes o datos históricos de problemas de salud y situación relacionada con sus capacidades de respuesta, adaptación y manejo de tratamientos si es el caso.
  - Determinación de las capacidades, limitaciones o alteraciones y factores contribuyentes.

La interiorización de un modelo teórico como marco de referencia favorece la descripción de la práctica enfermera y ayuda a organizar la valoración para la posterior interpretación y análisis de los datos obtenidos. Entre los diferentes modelos existentes destacan, por su fácil aplicación práctica y aceptación en España, el de Virginia Henderson y las "14 necesidades básicas de salud" y el de Marjory Gordon y los "11 patrones funcionales de salud". Ambos fundamentan su clasificación en la jerarquía de necesidades descrita por Abraham Maslow.

#### *Necesidades básicas de Virginia Henderson*

El modelo de Virginia Henderson es un modelo basado en la suplencia o ayuda y concibe el rol de la Enfermería como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas (Luis MT).

“La función única de la enfermera es atender al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación, o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”.  
(Marriner-Tomey)

Las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson son las siguientes:

1. Respirar.
2. Comer y Beber de forma adecuada.
3. Eliminación por todas las vías fisiológicas.
4. Mantener la postura adecuada.
5. Dormir y Descansar.
6. Usar ropas adecuadas, Vestirse y Desvestirse.
7. Mantener la temperatura Corporal.
8. Mantener la Higiene corporal y la Integridad de la Piel.
9. Evitar Peligros y Lesionar a otros.
10. Comunicarse.
11. Valores y Creencias.
12. Trabajar y Realizarse.
13. Participar en Actividades Recreativas.
14. Aprender.

### Patrones funcionales de *M. Gordon*

Los patrones funcionales de salud se emplean debido a que al valorar respuestas humanas, la catalogación de uno de los patrones como eficaz permite cerrar el área definitivamente, es decir, con la no existencia de problemas o necesidades en ese patrón concreto.

“... Son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano...” (Proyecto NIPE).

Existen dos formas más de catalogar cada uno de los patrones. Una es como ineficaz, es decir, que se ha detectado un problema que es necesario diagnosticar y establecer intervenciones para solucionarlo, y otra como riesgo de alteración, lo cual indica que es necesario diagnosticar el potencial problema y poner en marcha intervenciones conducentes a prevenirlo.

#### **Patrón 1.- Percepción-control de la salud**

Este patrón hace referencia a cómo el paciente percibe su propia salud, recojiéndose en él respuestas acerca de las necesidades y síntomas expresados por el paciente, hábitos tóxicos, frecuencia cardíaca, tensión arterial, respiraciones, cumplimiento del tratamiento, automedicación, aseo personal, cuidado en el vestido, caídas, ingresos hospitalarios, etc.

#### **Patrón 2.- Nutricional-metabólico**

En este patrón se valoran datos acerca de los hábitos alimentarios y de ingesta de líquidos de los individuos, al mismo tiempo que la piel, pues se tiene en cuenta al paciente como un ser en constante intercambio de energía con el entorno, estos son; peso, talla, índice de masa corporal, tipo de dieta, apetito, frecuencia de las comidas, ingesta de líquidos, preferencias y restricciones alimentarias, prótesis dentarias, problemas de masticación, lesiones de la mucosa oral, problemas de deglución, estado de piel y mucosas, temperatura, descripción de lesiones y escaras, etc.

#### **Patrón 3.- Eliminación**

Se tienen en cuenta todos aquellos datos que hacen referencia a las pérdidas

que el individuo tiene, bien se produzcan a nivel urinario, intestinal o de la piel; estos son: frecuencia, cantidad y aspecto de la orina, molestias, tipo de incontinencia, uso de compresa, pañales, sonda vesical, frecuencia y características de las heces, necesidad de ayuda para evacuar, incontinencia fecal, sudoración, etc.

#### **Patrón 4.- Actividad-ejercicio**

Se valoran datos acerca de la movilidad del individuo, como son; tipo de ejercicio físico si lo realiza, actividades de ocio en las que se ocupa, tipo de deambulación, si precisa ayuda para ella o necesita silla de ruedas, así como si se encuentra encamado, si tiene temblores, parestesias o tics, recogiendo también los resultados del índice de Katz, la escala de Barthel, etc.

#### **Patrón 5.- Sueño-descanso**

Se tienen en cuenta todos los datos que puedan recogerse con respecto a los ritmos de vigilia y sueño del individuo, como son: horas de sueño, se despierta a media noche y si vuelve a dormirse, se levanta descansado, duerme la siesta, emplea fármacos para dormir, etc.

#### **Patrón 6.- Cognitivo-perceptivo**

Cómo se percibe la realidad es lo que aparece reflejado en este patrón. Se recogen datos sobre la agudeza visual, auditiva, disfonía, afasia, etc. y el uso de prótesis correctoras. Diferentes datos acerca del sentido del gusto, tacto u olfato. Si tiene dolor y datos acerca de su intensidad, localización, momentos de aumento, métodos de control, etc. El resultado del cuestionario de Pfeiffer y si se mantienen o se han alterado ciertas capacidades como el lenguaje, leer, escribir, tomar decisiones, etc.

#### **Patrón 7.- Autopercepción-autoconcepto**

Cómo se percibe el propio paciente y su nivel de autoestima son los datos que se recogen en este patrón, es decir, qué imagen corporal tiene de sí mismo, cuáles son sus características personales, qué opinión tienen de él los demás, etc.

#### **Patrón 8.- Rol-relaciones**

Todos los aspectos del individuo como parte de una sociedad se describen en

este patrón, es decir, con quién vive, cuál es su estado civil, si puede cuidarse a sí mismo o necesita de un cuidador, si la persona cuidadora está en condiciones de ejercer ese rol, depende alguna persona de él, tiene problemas sociales, familiares, personales, económicos, afectivos, etc. pertenece a alguna asociación, rol que desempeña en la familia, etc.

### **Patrón 9.- Sexualidad-reproducción**

Describe datos físicos en relación con la sexualidad y reproducción, así como la satisfacción en las relaciones. Los datos que se pueden recoger son: la edad de la menarquia y menopausia, existencia de hemorragia posmenopáusica, el uso de métodos anticonceptivos, dificultades en la relación sexual como dolor, escozor o prurito, o impotencia masculina, frecuencia de las revisiones ginecológicas/ urológicas, etc.

### **Patrón 10.- Afrontamiento-tolerancia al estrés**

Describe la capacidad de adaptación del individuo a los cambios y cómo tolera y afronta el estrés; así pues recoge datos acerca de si ha habido crisis de estrés últimamente, si el paciente y familia conocen la existencia de problemas de afrontamiento, si existe estrés en el cuidador, cuál es el grado de aceptación o rechazo ante el problema, cómo es tolerado el estrés y cuáles son los sistemas de apoyo empleados, etc.

### **Patrón 11.- Valores-creencias**

Se incluyen datos que hacen referencia a los valores y creencias que el individuo valora como importantes a la hora de adoptar una decisión, estos pueden ser algunos como si su religión le proporciona ayuda para afrontar su problema, si existe algún problema de conciencia entre los tratamientos administrados y la religión del paciente, ¿qué opina de la enfermedad, la muerte y el dolor?, etc.

## **3.2. *Diagnóstico***

Podemos definirlo como la interpretación y denominación de las alteraciones o problemas observados durante la valoración.

El Diagnóstico Enfermero define las necesidades y respuestas humanas y se centra en problemas relacionados con la adaptación y las limitaciones impuestas por la enfermedad y con el mantenimiento de la salud, bienestar y satisfacción.

Existen diferentes clasificaciones de diagnósticos enfermeros, con una estructura taxonómica determinada, pero la más conocida y utilizada internacionalmente es la Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). La NANDA introdujo la primera clasificación de diagnósticos en 1973; en 1989 la ANA (American Nurses Association) declara a la NANDA como la organización oficial para desarrollar un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería.

Un diagnóstico enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990)”

Los Diagnósticos que incluye la Taxonomía NANDA, basados en la evidencia y codificados, son aptos para ser incluidos en los sistemas de Información clínica, de hecho se encuentra registrada en la organización Health Level Seven (HL7), dedicada al desarrollo de estándares de información sanitaria y acreditada por la autoridad oficial de estandarización americana (ANSI).

En España, la Sociedad Científica dedicada a los lenguajes y taxonomías enfermeras es la AENTDE. Esta Sociedad se constituyó en 1996 con el propósito de organizar y fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera.

### **3.3. Tratamiento (Plan de Cuidados)**

Tras definir, mediante el diagnóstico enfermero, las necesidades y respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, es preciso establecer los objetivos a alcanzar y decidir los cuidados necesarios para alcanzarlos.

La planificación de cuidados debe responder a las siguientes cuestiones:

- a) ¿Dónde se puede llegar? → Resultados posibles.
- b) ¿Cómo llegar? → Intervenciones a realizar.
- c) ¿Cuándo? → Orden y secuencia de la ejecución.
- d) ¿Quién? → Profesionales responsables.

Está enfocada a la administración de los cuidados planificados por las enfermeras para la resolución de problemas y necesidades asistenciales de cada persona tratada. La realización de dichos cuidados requiere que la enfermera establezca prioridades de acuerdo a los resultados de la valoración y notifique al equipo cuáles son los problemas que hay que abordar de una forma ordenada y organizada.

Cuando se pone en práctica el Plan de Cuidados elaborado, del que la enfermera es responsable, pueden participar activamente otros profesionales que forman parte del equipo de salud.

Con el objeto de minimizar riesgos y que la administración de cuidados no sea un factor causante de incidentes o eventos adversos, es preciso tener en cuenta los siguientes requerimientos (La seguridad del paciente en siete pasos):

- Coordinación y comunicación eficaz entre todos los profesionales implicados.
- Conocimientos y nivel de competencia, de los profesionales que participan en la atención, adecuados a las necesidades del usuario.
- Verificación de la correcta identificación del usuario o paciente.
- Información y explicación previa al usuario o paciente (si su estado sensorial o cognitivo no lo permite se informará a su cuidador o tutor) de qué se le va a hacer y por qué.
- Registro legible de la realización de la actividad derivada del Plan de Cuidados, con un lenguaje unificado, incluyendo la correcta identificación de la enfermera responsable.

“...El contenido mínimo de la historia clínica del paciente será la siguiente: ... m) La evolución y planificación de los cuidados de enfermería.” (Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente).

- Continuidad en la recogida y valoración de datos.

Los Planes de Cuidados, de acuerdo a su estructura y contenido, pueden clasificarse en Individualizados o Estandarizados (Mayers, 1983):

### **Planes de Cuidados Estandarizados (P.C.E.)**

La estandarización de los cuidados refleja la línea de decisión y de actuación por parte de las enfermeras/os para posteriormente adaptarla de forma coordinada a los flujos de trabajo definidos en el área de producción clínica o asistencial. Su aplicación, en forma de planes de cuidados estandarizados, supone la normalización/protocolización de los cuidados de enfermería, reduciendo la variabilidad en la práctica asistencial.

Los P.C.E. son pautas detalladas, fundamentados en el P.E. como método de solución de problemas, que guían a la enfermera para intervenir en una situación determinada y homogenizan los cuidados para una categoría precisa de pacientes o población susceptible, garantizando una calidad en su prestación.

Facilitan la gestión de la calidad de los cuidados prestados y la administración de los recursos sanitarios (imputación de costes enfermeros, consumo de recursos materiales) al conocer anticipadamente las necesidades de cuidados de los usuarios a quienes van dirigidos, optimizando, a la vez, la continuidad asistencial al definir una cronología de la atención y cuidados.

En las Organizaciones de servicios sanitarios que están trabajando en la aplicación de la metodología de la Gestión por Procesos se incorporan los Planes de Cuidados Estandarizados al proceso asistencial, una vez que éste ha sido definido y delimitado, estableciendo un principio y un fin e identificando a todos los profesionales participantes como elementos decisivos del mismo, lo que supone un paso adelante hacia la Calidad Total.

Los principios a tener en cuenta en los P.C.E. son los relacionados con el proceso de Normalización/Protocolización:

- Estar de acuerdo con la filosofía y objetivos de la Organización.
- Participación en su elaboración y cumplimiento de los implicados o profesionales que los van a cumplir.
- Realistas con las condiciones de trabajo.
- Formulación en términos de resultados a lograr por los usuarios.
- Claros y expresados por escrito.
- Aplicabilidad en la clínica y en los demás ámbitos de atención sanitaria.
- Basados en validaciones científicas. (bibliografía actual, evidencia científica)
- En continua revisión.

#### **Metodología para la elaboración de un P.C.E.:**

a.- Elección de los procesos, ordenados de mayor a menor, según:

- Necesidad de cuidados.
- Prevalencia en el Centro o Área de Salud.
- Complejidad del proceso.
- Riesgo.

b.- Definición y descripción del grupo o población diana al que va dirigido el Plan de Cuidados y sus características y especificidades determinadas, referido a:

- Diagnósticos médicos (ACVA, IAM, Pancreatitis, Diabetes...)
- Grupos de población con necesidades homogéneas (Paciente con cirugía programada, Anciano, Recién Nacido Sano, Adolescente...)
- Estancias hospitalarias similares (Parto, Tratamientos o Intervenciones programadas...)

- Diagnóstico Enfermero (Deterioro de la integridad cutánea, riesgo de caídas, manejo inefectivo del régimen terapéutico...).

c.- Búsqueda bibliográfica relacionada con generalidades sobre el grupo o población seleccionada.

d.- Descripción de las Alteraciones del grupo o población al que va dirigido el Plan.

e.- Formulación de los Diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA.

f.- Inclusión de complicaciones potenciales derivadas de técnicas, procedimientos o tratamientos farmacológicos.

g.- Determinación de resultados mensurables, en función de lo que se espera que consiga el cliente.

La Clasificación de Resultados en Enfermería (NOC) desarrollada por un equipo de investigación de la Universidad de Iowa, describe los resultados de los pacientes que dependen de los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería con indicadores asociados que sirven como base para medir la mejora o empeoramiento de un paciente en relación con la valoración previa. (Johnson M).

h.- Establecimiento de Intervenciones de Enfermería que requiere el paciente para alcanzar los resultados.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería, incluida en los requisitos de autorización de la Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations como un sistema de clasificación de enfermería que puede utilizarse para satisfacer los estándares de datos uniformes. (McCloskey JC).

i.- Descripción del sistema de recogida de información y registro.

j.- Indicadores y estándares de cumplimiento y eficacia del Plan de Cuidados.

### Planes de Cuidados Individualizados

Los Planes de Cuidados Individualizados abordan todo el contenido de los P.C.E. sumando todos los problemas derivados de las características propias y específicas de cada persona, observadas e identificadas en la valoración. (Figura 2).

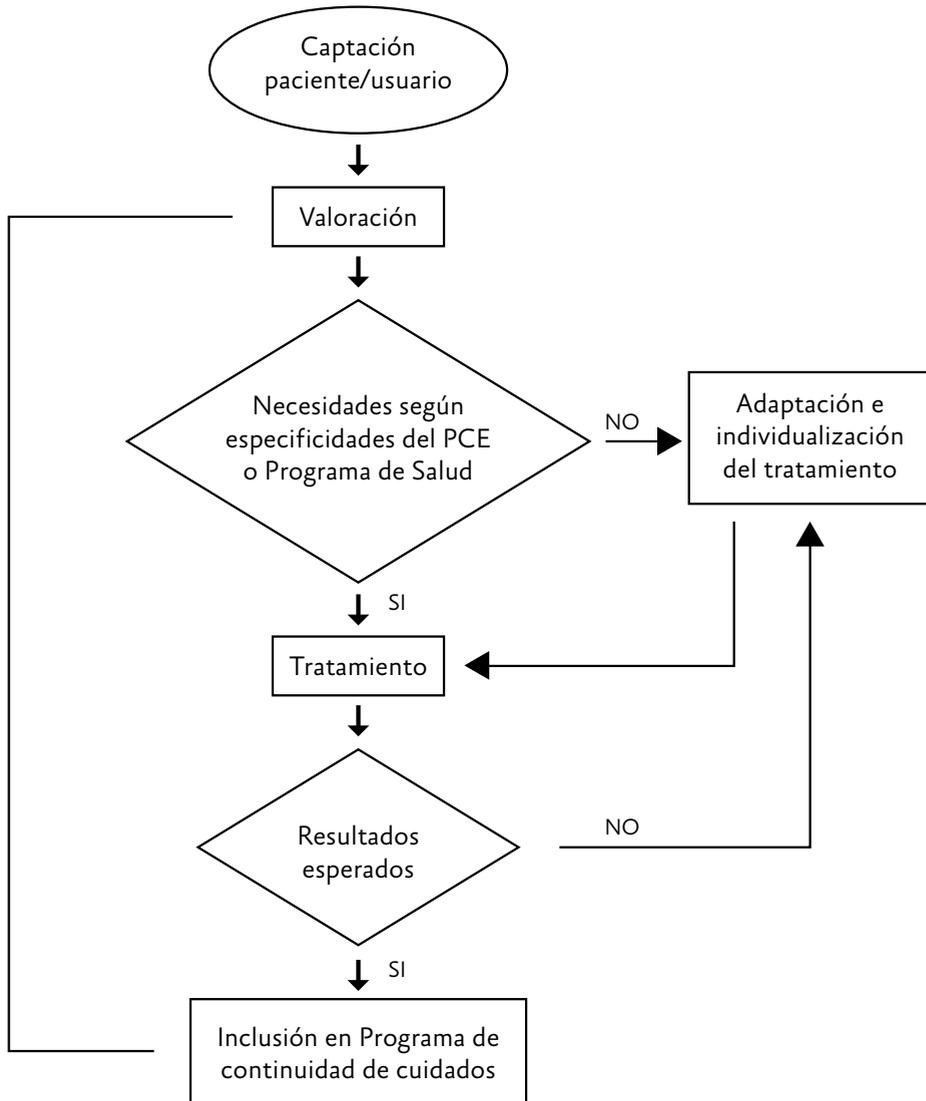


Figura 2. Individualización del Plan de Cuidados

Cabe esperar que la enfermera individualice el P.C.E. mediante:

- La incorporación de cuidados en función de las necesidades detectadas en un momento determinado.
- La adaptación y adecuación del nivel teórico de resultados a alcanzar por la persona a la que va dirigido dicho P.C.E., teniendo en cuenta sus capacidades y, a su vez, el ámbito de atención asistencial (el nivel de resultados a obtener está directamente relacionado con el tiempo de actuación, por ello hay que tener en cuenta si el P.C.E. se aplica en Atención Especializada o en Atención Primaria).

### **3.4. Evaluación del Plan de Cuidados**

Es la comparación planificada y sistematizada de las decisiones previas sobre los resultados alcanzados, analizándolos e introduciendo los cambios necesarios con el objetivo de conseguir lo esperado. Ahí, radica la importancia de registrar la actividad derivada del Plan de Cuidados.

La evaluación se caracteriza por realizarla durante la atención o asistencia de forma continua, con el fin de actualizar el Plan de acuerdo a las necesidades del paciente/usuario. Es llevar a la práctica la individualización del Plan de Cuidados.

## **4. Estrategias de implantación del Proceso Enfermero**

Como premisa antes de intentar inducir algún cambio, se debe crear el caldo de cultivo necesario para que germine la idea a implantar, luego es necesario conocer cuáles son los problemas percibidos por los profesionales, analizarlos, priorizarlos, desechar los inabordables, tomar los solucionables y explicar a cada enfermera el por qué de cada actuación, para que se sientan protagonistas del cambio y se genere un feed-back en la información que permita detectar nuevos problemas.

Así mismo, si queremos que la implantación vaya unida a la interiorización del Proceso Enfermero como plan de trabajo continuo en el ejercicio de la práctica enfermera, obliga a la Organización y a los líderes de todos los niveles a un compromiso con la finalidad de favorecer el entorno y garantizar el apoyo y la

aceptación de la responsabilidad en la Gestión de elementos esenciales:

1. Formación en metodología enfermera (Riopelle L).

Este es sin duda el aspecto más difícil de tratar, pues depende de la suma de voluntades de la Organización y de los profesionales, ya que se debe planificar convenientemente la formación para que deje impresas nuevas aptitudes y actitudes.

2. Apoyo a la investigación y a la innovación.

Su inclusión como parte de la actividad permite un compromiso de los profesionales en el avance de la práctica de acuerdo a la mayor evidencia científica.

3. Adecuación de recursos.

El exceso de trabajo es un argumento discutible, pero se debe aceptar que es necesario una reordenación de recursos, y una gestión de plantilla centrada en la oferta de servicios enfermeros según las necesidades y expectativas de los usuarios que atienden.

4. Implantación de programas informáticos.

La tecnología informática es un apoyo esencial en la aplicación del P.E. y que favorece la gestión de la información que genera. La aplicación incorporada debe contemplar un sistema preciso y ágil que sirva de apoyo a los profesionales y facilite la recogida de datos y la evaluación de todo el Proceso.

5. Enmarcar el P.E. en un Plan General de Mejora de la Calidad, Seguridad y Continuidad asistencial.

La incorporación de Indicadores de Resultados en Salud de los cuidados enfermeros, la participación en la toma de decisiones y el establecimiento de un diálogo intraprofesional e interniveles asistenciales para el logro de objetivos comunes es un factor motivador muy importante.

## 5. Sistema integral de evaluación del Proceso Enfermero

Si tenemos en cuenta que el P.E. está basado en las necesidades de salud de las personas, su evaluación irá dirigida fundamentalmente a conocer las necesidades satisfechas tras su aplicación, o lo que es lo mismo, a medir los Resultados en Salud tras su aplicación.

De forma correlacionada con el Resultado, la evaluación a su vez, debe identificar la influencia del P.E. en la Continuidad y en la Seguridad asistencial, en la Aceptabilidad y en la Satisfacción de las personas a las que va dirigido, así como el correcto desarrollo y Aplicación y Adecuación del Proceso, y de los elementos o Estructura sobre los que se asienta.

### 5.1. Descripción general de Indicadores de Estructura y de Proceso

#### 5.1.1.- Aplicación del P.E.

El establecimiento de indicadores de proceso en el P.E. debe hacerse coincidir con cada una de sus fases (Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, MSC, 2001), pero no sólo verificar que existe un número de pacientes con un porcentaje de diagnóstico evidenciado, o con otro de intervenciones (NIC) practicadas, se debe tener en cuenta que la correlación entre valoración, diagnóstico e intervención es la adecuada, además de estar orientado a la consecución de los resultados marcados. Es necesario tener en cuenta que de acuerdo al ámbito de atención deben establecerse estándares relacionados con los tiempos de ejecución, resultados a obtener y grupo de pacientes sometido a evaluación.

Los criterios comunes a todos los Programas de Salud o Carteras de Servicio sometidos a evaluación deben ser los siguientes:

#### **Criterio 1. Valoración**

Se ha de evaluar la presencia de las características definitorias, a través del sistema de valoración empleado, en las diferentes historias clínicas de los pacientes, que inequívocamente nos conduzcan al diagnóstico de enfermería. Los planes de cuidados estandarizados establecidos como guías de práctica clínica deben servirnos para, según el tipo de paciente, buscar dichas características definitorias, al mismo tiempo que nos ayudan a realizar una valoración integral del paciente.

### Criterio 2. Diagnóstico NANDA

Debe apreciarse que este es consecuencia de las anteriormente citadas características definitorias. Desde un punto de vista purista, debe tenerse en cuenta la aparición de la relación causal junto al diagnóstico.

### Criterio 3. Tratamiento

Los planes de cuidados han de estar establecidos a partir de las intervenciones NIC marcadas en los tratados internacionalmente reconocidos, salvo que por consideraciones sociales, sanitarias, políticas, geográficas, económicas, etc. se demuestre que otras actividades que conformen la intervención son más efectivas. El resultado NOC esperado ha de evaluarse dentro de este criterio, y la evaluación se encuentra también aquí integrada como revisión o cita para la siguiente visita o entrevista con el usuario.

Para poder establecer que una historia clínica cumple con estos criterios es necesario ponderar cada uno de ellos, como se refleja en la siguiente tabla y para darla como válida debe alcanzar como mínimo el 80%.

<b>VALORACIÓN</b> →	C 1	SUBC.1 Cognitivo- perceptivo	100	33,33 %
		SUBC.2 Rol-relaciones	100	
		SUBC.3 Eliminación	100	
		SUBC.4 Actividad-ejercicio	100	
		SUBC.5 Nutricional-metabólico	100	
<b>DIAGNÓSTICO</b> →	C 2	SUBC.1 Etiqueta	175	33,33 %
		SUBC.2 Relación causal	25	
<b>TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN</b> →	C 3	SUBC.1 Resultado	50	33,33 %
		SUBC.2 Plan de cuidados	200	
		SUBC.3 Evaluación	50	

Tabla 1. Ejemplo de ponderación de criterios

### Ejemplo 1

Mediante el siguiente ejemplo práctico puede observarse la dinámica de evaluación a seguir.

El Centro de Salud Y tiene 4 enfermeros, de los cuáles 3 desarrollan su labor en el Área del adulto y 1 en la de la infancia.

Sus declaraciones de cobertura (N) en los Programas de la Cartera de Servicios que se van a evaluar son las siguientes:

PROGRAMA	ENF. A	ENF. B	ENF. C	ENF. D	TOTAL
0- 2 años	158				158
Climaterio		92	83	62	237
Ancianos		104	92	88	284
Inmovilizados		49	29	32	110
Terminales		2	0	1	3
Total	158	247	204	183	792

El número de historias clínicas a evaluar (n), ha sido fijado en 40, extraídas de manera aleatoria; por ejemplo, se ordenan los listados por CIAS, y comenzando por el número 2 del primero, se extrae 1 de cada X hasta completar el total, lo que queda reflejado en el siguiente cuadro:

PROGRAMA	N	n
0- 2 años	158	40
Climaterio	237	40
Ancianos	284	40
Inmovilizados	110	40
Terminales	3	3
Total	792	163

De todas las historias clínicas evaluadas corresponderían a cada profesional las que se reflejan en el siguiente cuadro:

PROGRAMA	ENF.A	ENF.B	ENF.C	ENF.D
0- 2 años	40			
Climaterio		16	14	10
Ancianos		13	12	15
Inmovilizados		17	11	12
Terminales		2	0	1
Total	40	48	37	38

El resultado tras la aplicación de los criterios y su correspondiente ponderación es la siguiente:

PROGRAMA	ENF.A			ENF.B			ENF.C			ENF.D		
	C	NC	EXC									
0 - 2 años	29	5	6									
Climaterio				13	0	3	11	0	3	5	4	1
Ancianos				9	2	2	7	0	6	10	0	5
Inmovilizados				12	3	2	9	1	1	11	0	1
Terminales				1	0	1				1	0	0

*C; cumplen los criterios. NC; no cumplen los criterios. EXC; excepciones a los criterios*

Los profesionales con historias clínicas que no han superado el porcentaje mínimo tras la ponderación en alguna de sus historias clínicas declaradas son el A, B, C y D. Siguiendo el cuadro anterior no sería necesario extraer el 15% de las historias clínicas declaradas para el enfermero A, puesto que dicho porcentaje representan 24 historias, número inferior a las 40 ya evaluadas, luego pasaría a aplicársele directamente la fórmula del intervalo de confianza.

Para el enfermero B el 15% en el Programa de Detección y Prevención de Problemas en el Anciano supone un total de 16 historias clínicas, y en el Programa de Atención a Pacientes Inmovilizados un total de 8. En este caso sólo se extraerá de manera aleatoria una muestra de 16 historias clínicas en el Programa del Anciano y se aplicará directamente la fórmula en el Programa de inmovilizados.

Para el enfermero C no se extraería el 15% de historias clínicas puesto que su declaración no es igual o superior a 30. En este caso se evaluarían todas sus historias clínicas declaradas en el Programa de Atención a Pacientes inmovilizados.

Para el enfermero D el 15% en el Programa de Atención a la Mujer en el Climaterio supone un total de 10 historias clínicas, número igual que el evaluado, luego se aplicará directamente la fórmula del intervalo de confianza con los resultados ya existentes.

Los resultados para la nueva muestra de los programas abajo expuestos son los siguientes:

PROGRAMA	ENF.B			ENF.C		
	C	NC	EXC	C	NC	EXC
ANCIANO	14	1	1			
INMOVILIZADO				23	4	2

*C; cumplen los criterios. NC; no cumplen los criterios. EXC; excepciones a los criterios*

Los intervalos resultantes tras aplicar la fórmula; en los casos en los que se hace necesario son los siguientes:

$$IC_{95\%} = p \pm \sqrt{\frac{p \times q}{n}} \times 100$$

PROGRAMA	ENF. A	ENF. B	ENF. C	ENF. D
0- 2 años	79,22-91,37			
Climaterio		100	100	38,99-72,11
Ancianos		86,89-99,77	100	100
Inmovilizados		76,36-95,07	85,19	100
Terminales		100		100

Según este último cuadro se darían por buenas las coberturas declaradas por cada enfermero y por cada uno de los Programas, excepto en el enfermero D en el Programa de climaterio, donde la cola del intervalo no supera el 60%. y en el enfermero C en el Programa de inmovilizados se reduciría de 29 a 23 por no tener instaurado plan de cuidados en cuatro de sus pacientes y dos ser excepciones.

PROGRAMA	ENF. A	ENF. B	ENF. C	ENF. D
0- 2 años	158			
Climaterio		92	83	0
Ancianos		104	92	88
Inmovilizados		49	23	32
Terminales		2		1
Total cumplido	158	247	198	121
Total declarado	158	247	204	183
% conseguido	100	100	98,02	66,12

Un estándar de calidad que se puede establecer tras la definición y evaluación de los criterios anteriormente descritos es el siguiente:

CRITERIOS	EXCEPCIONES	ACLARACIONES
1° Todo paciente incluido deberá tener una valoración por patrones funcionales o necesidades básicas (según modelo adoptado)	Ninguna.	Se entenderá cumplido cuando existan las características definitorias de los diagnósticos enunciados en el criterio 2°, salvo que sean catalogados como eficaces.
2° Todo paciente incluido deberá tener al menos un diagnóstico de enfermería con taxonomía NANDA.	Ninguna.	En el caso de existir varias etiquetas diagnósticas en el periodo de evaluación, se tendrá en cuenta, cronológicamente hablando, la primera de ellas.
3° Todo paciente incluido deberá tener instaurado un plan de cuidados.	Ninguna.	Se entenderá cumplido cuando este plan de cuidados se encuentre encaminado a la resolución de los diagnósticos mediante intervenciones NIC.
4° Todo paciente incluido deberá tener marcados unos Resultados esperados en relación a los problemas diagnosticados.	Ninguna.	Se entenderá cumplido cuando estos sean formulados según Resultados NOC.
5° Todo paciente incluido deberá ser evaluado hasta la consecución de los Resultados esperados.	Pacientes con cita para revisión posterior a la fecha de finalización del periodo de evaluación.	Sólo se realizará la evaluación en el periodo comprendido entre el diagnóstico de un problema y la consecución de los Resultados.

### 5.1.2.- Adecuación o eficacia de los PCE:

- P.C.E. elaborados y documentados de acuerdo a la metodología diseñada.
- Relación NANDA-NOC-NIC de acuerdo a las características del grupo o población al que va dirigido y al tiempo y ámbito de atención.
- Población diana con Intervenciones / cuidados aplicados de acuerdo al PCE.

### Ejemplo 2

Aplicación de la Intervención 5618: Enseñanza: procedimiento/tratamiento en pacientes con Angor o IAM que ingresan en un hospital.

Criterio: La Intervención 5618 se realizará a los pacientes que ingresan con criterios de inclusión para la aplicación del P.C.E.: Angor o IAM.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Pacientes con Intervención 5618 realizada}}{\text{Total pacientes incluidos en el P.C.E. Angor o IAM}} \times 100$$

El estándar de calidad se fija en mayor o igual al 85%.

### 5.1.3.- Indicadores de Continuidad asistencial.

- Transferencia de información entre los diferentes niveles asistenciales.
- Emisión de Informes de Continuidad de Cuidados.
- Informes de Continuidad de cuidados que incluyen diagnósticos, intervenciones realizadas y problemas pendientes de resolver en el momento del traslado a otro nivel asistencial.
- Informes de Continuidad de cuidados legibles y con identificación correcta de los profesionales que lo realizan.

### Ejemplo 3

Nivel de cumplimentación de los Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta (ICCE)

Criterio: Todo paciente dado de alta en un hospital deberá recibir un ICCE que incluya intervenciones realizadas y problemas pendientes de resolver.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Total pacientes con ICCE}}{\text{Total pacientes con alta médica hospitalaria}} \times 100$$

El estándar de calidad se fija en mayor o igual al 85%.

### 5.2. Descripción general de Indicadores de Resultado

Los criterios e indicadores de resultados que incluye la taxonomía NOC abarcan todos los campos de actuación de las enfermeras y su incorporación proporciona fiabilidad para evaluar la eficacia y efectividad del P.E.

### Ejemplo 4

Evaluación de Resultados en salud relacionados con el P.C.E. "Trombosis de Venas Profundas (TVP). GRD 128".

Intervención NIC	Indicador NOC	Aclaración al Indicador	Estándar	Nivel aceptable
5602: Enseñanza: Proceso / Enfermedad.	180310: Conocimiento: Proceso de enfermedad	El paciente al alta conoce los signos y síntomas de la TVP y cuidados para evitar complicaciones	> = 85%	Sustancial (1)
5612: Enseñanza: Actividad / ejercicio.	181101: Conocimiento: Actividad prescrita	El paciente al alta describe la actividad prescrita		Extenso (2)

(1): El paciente/familia conoce al alta el 75% de los síntomas.

(2): El paciente/familia describe al alta el régimen de actividad prescrito

### Ejemplo 5

Evaluación de Resultados en salud relacionados con el P.C.E. "Deterioro de la mucosa oral en pacientes mayores de 65 años", implantado en Atención Especializada.

Intervención NIC	Indicador NOC	Aclaración al Indicador	Estándar	Nivel aceptable
1730: Restablecimiento de la salud bucal.	110012: Integridad de la mucosa oral	El paciente al alta mejora el estado de la boca, dientes, encías y lengua	> = 85%	No comprometida

### Ejemplo 6

Evaluación de resultados en salud relacionados con "Lactancia materna eficaz en recién nacidos sanos.", en un área de Atención Primaria. Se excluyen los recién nacidos que han precisado ingreso en Neonatología y los que han sido alimentados con leche artificial durante su estancia en el hospital.

Intervención NIC	Indicador NOC	Aclaración al Indicador
5244: Asesoramiento en la lactancia materna.	1000-1001: Establecimiento lactancia materna.	Unión de madre y lactante con succión al pecho durante 2-3 semanas.
1054: Ayuda en la lactancia materna.	1002: Mantenimiento de la lactancia materna.	Unión de madre y lactante con succión al pecho durante 6 meses.

## 6. Conclusiones

Muchas de las decisiones que continuamente tomamos los profesionales tienen una respuesta directa e inmediata sobre la frágil, inestable y vulnerable situación por la que atraviesan las personas cuando demandan servicios sanitarios. La prestación de servicios sanitarios comporta un especial riesgo en relación con el resultado, este hecho justifica la necesidad de mantener en permanente alerta al profesional de la salud.

El proceso de Cuidar en las Organizaciones Sanitarias, no puede aislarse del resto de los procesos que tienen lugar en su seno y que están afectados por un conjunto de relaciones mutuas entre ellos. Los cuidados de enfermería que se prestan a los pacientes afectan de forma directa e indirecta a los resultados de salud y el gasto del Sistema Sanitario por lo que su evaluación debe integrarse como una actividad propia y específica.

El reconocimiento de una profesión por parte de los ciudadanos se fundamenta en los servicios bien hechos que esta profesión presta.

La identidad, es decir, la imagen por la que es conocida la profesión enfermera, va a depender de la capacidad y del interés que tengamos los enfermeros en desarrollar los conocimientos de nuestra disciplina, en mejorar continuamente los servicios que prestamos y en participar junto con los demás profesionales sanitarios que forman parte del Servicio Nacional de Salud en el desarrollo de herramientas de gestión clínica y seguridad de la atención, de ahí la necesidad imperiosa de normalizar la práctica de los cuidados enfermeros.

Si el Objetivo principal del P.E. es alcanzar la excelencia en la calidad de los cuidados, su inclusión como parte esencial de la atención sanitaria exige asentarse en un Proyecto Institucional que contemple su regulación, defina directrices y determine estándares para los resultados que es preciso obtener y de las acciones que son precisas llevar a cabo para su implantación y progresiva cobertura a la población en general (Bohigas L).

## Bibliografía

Bohigas L. *“La Política de Calidad en el sistema Nacional de Salud”*. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:476-478.

*“Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria”*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.

*“Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006”*. NANDA INTERNATIONAL. Elsevier, 2005.

Johnson M, Maas M, Moorhead S, Editors. *“Clasificación de Resultados de Enfermería”*. Tercera edición. Ed. Harcourt, S.A.

*“La seguridad del paciente en siete pasos”*. Agencia Nacional para la Seguridad del paciente. Sistema Nacional de Salud Reino Unido. Ministerio de Sanidad y Consumo, noviembre 2005.

*“Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”*. BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002.

*“Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias”*. BOE num. 280 de sábado 22 de noviembre de 2003.

Luis, M.T., Fernández, C. y Navarro M.T.: *“De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI”*. 20 edición. Masson. 2000.

Marriner-Tomey. *“Modelos y teorías en enfermería”*. 5ª Edición, España, 2003.

McCloskey JC, Bulechek GM, Editors. *“Clasificación de intervenciones de Enfermería”*. Cuarta Edición, 2005. Ed. Harcourt, S.A.

Proyecto NIPE: *“Normalización de las Intervenciones para la Práctica de Enfermería”*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de enfermería. 2002.

*“Real Decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo general y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería”*. BOE num. 269 de viernes 9 de noviembre de 2001.

Riopelle L y Teixidor M. *“La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista. Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados, en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson, en los centros de Atención primaria del Insitut Catalá de la Salut”*. La salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras. EUI Santa Madrona de la Fundación “La Caixa”, adscrita a la Universidad de Barcelona. Barcelona 2002; 47-62.

## TEMA 4.6

### Gestión clínica

Blanca Parra Vázquez.  
Juan Fernández Martín.

#### 1. Gestión clínica para afrontar el nuevo escenario de la atención sanitaria

##### *1.1 El reto: un nuevo escenario para los Servicios de Salud*

Tres grandes factores condicionan en estos momentos la gestión en los Servicios de Salud y aparecen como determinantes para la modernización y sostenibilidad del sistema sanitario público:

##### **El nuevo usuario**

Algunos de los problemas y retos principales de los sistemas de atención sanitaria proceden de la emergencia del nuevo papel desempeñado por los ciudadanos. El usuario de los servicios sanitarios ha dejado de ser un sujeto pasivo; el incremento de su capacidad de elección, cada vez mejor informada, le lleva a exigir más y mejores prestaciones, con mayores niveles de calidad, lo que condiciona la necesidad de introducir cambios continuos en la organización y en la prestación de los servicios. La tradicional asimetría existente en la relación clínica, basada en un modelo paternalista y autocrático está desapareciendo para dar paso a un nuevo tipo de relación más horizontal y equilibrada en la que los pacientes exigen el reconocimiento del derecho de autonomía y el ejercicio de su capacidad de decisión.

## **El nuevo profesional**

El prestigio de la mayoría de los profesionales sanitarios, y de los médicos en particular, se basa en la exclusividad de acceso y en la regulación de un campo de conocimiento altamente valorado por la sociedad en general y por el Estado. La cantidad y calidad de la atención médica prestada en cualquier sistema sanitario están fuertemente determinadas por las decisiones clínicas de los médicos. Desde un punto de vista microeconómico los médicos son agentes principales en la asignación de la mayoría de los recursos sanitarios por lo que, de forma inevitable, se encuentran necesariamente implicados en la realización de ajustes entre la demanda y la oferta de los servicios.

En estas condiciones, los profesionales demandan también una mayor autonomía y responsabilidad en el desempeño de sus funciones dentro del sistema sanitario público. Exigen por ello, un nuevo marco de gestión que les permita desarrollar sus proyectos y aspiraciones, dentro de una posición ética y de valores de servicio público. Los profesionales aspiran a que el sistema reconozca su labor, y les facilite el ejercicio de las funciones asociadas a su labor: asistencial principalmente, pero también formativa, docente e investigadora.

## **El marco institucional**

El nuevo marco descentralizado de gestión en todo el Sistema Nacional de Salud ha permitido acercar la asistencia a las necesidades de los ciudadanos. La mayor proximidad al usuario debe facilitar que sus demandas y preferencias sean tenidas más en cuenta en el diseño de los servicios asistenciales. Por otra parte, los Servicios Regionales de Salud, como organizaciones integradas en un proyecto global de atención a sus ciudadanos, son conscientes de la necesidad de obtener los mejores resultados posibles manteniendo la eficiencia en el uso de los recursos públicos puestos a su disposición. Un Servicio de salud adecuado debe lograr que el crecimiento del gasto sanitario sea sostenible.

### ***1.2. La respuesta: gestión clínica basada en evidencia y centrada en el paciente***

La mejora continua de la calidad asistencial en el entorno antes descrito exige aplicar una gestión precisa y adecuada en los servicios de salud. La gestión sanitaria abarca desde la política sanitaria general, pasando por la gestión de servicios de salud y centros sanitarios, y acabando en la gestión de unidades y servicios clínicos.

Una buena respuesta ante los retos planteados es potenciar la gestión clínica, como instrumento innovador, de gran utilidad para la transformación de los sistemas sanitarios. Según Vicente Ortún, la Gestión clínica tiene como objetivo restaurar la salud de los pacientes en la medida de lo posible, mediante acciones que afectan a pacientes individuales o a grupos de pacientes. Las decisiones directas sobre cada enfermo o usuario las adopta el profesional sanitario, mientras que las decisiones que afectan a grupos de pacientes las adoptan los directivos asistenciales. Durante mucho tiempo, los profesionales han estado apartados de las decisiones de gestión en las instituciones sanitarias. La finalidad última de la gestión clínica es la de implicar al profesional dotándole de la responsabilidad que le corresponde en el proceso asistencial, y los medios adecuados para ejercerla.

La gestión clínica es el lugar de encuentro entre dos actores fundamentales del sistema sanitario: gestores y clínicos, manteniendo siempre la perspectiva del usuario como eje del sistema. Esta metodología permite a ambos compartir conocimientos y preocupaciones, enriquecer su trabajo y a abordar los actuales problemas de la atención sanitaria con más garantías de éxito. Es además un estilo de dirección que involucra a los profesionales sanitarios y que cambia la idea de gestionar los centros sanitarios como cualquier empresa industrial por otra que parte de la consideración de estos como organizaciones basadas en el conocimiento, lo que lleva a buscar otras formas de estructurar las unidades clínicas.

A nivel organizativo, la gestión clínica supone dotar a una unidad asistencial (servicio, departamento, centro de salud, etc.), de una estructura de gestión, con autoridad suficiente e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades. Este diseño permite crear unidades con gran autonomía, que facilitan el trabajo en equipo, y consiguen realmente una descentralización de la capacidad de decisión de la organización. Las experiencias desarrolladas en diversos lugares nos permiten contar en la actualidad con múltiples herramientas que facilitan la atención sanitaria y la toma de decisiones apoyada en la mejor evidencia científica y técnica disponible.

### ***1.3. El Proyecto: las Unidades de Gestión Clínica***

Las Unidades de Gestión deben organizarse en torno a las necesidades y expectativas de los usuarios, en la búsqueda de los mejores resultados para el paciente, en el sostenimiento de los valores de la organización y el uso óptimo de los recursos disponibles. Para ello, debe establecerse un modelo integrado

de gestión, basado en la gestión por procesos, que garantice la continuidad de cuidados, que ofrezca una mayor autonomía de gestión, tanto en los recursos humanos como en los materiales, desarrollado a través de intervenciones basadas en la evidencia, con un coste asumible y con una orientación al usuario.

Una Unidad de Gestión Clínica es una estructura de responsabilidad que presta una Cartera de Servicios de productos finales. Están integradas por profesionales y trabajadores de uno o de varios Servicios, mediante agregaciones o desdoblamientos de los Servicios ya existentes. Los profesionales que las integran son los facultativos, el personal de enfermería, etc. Las unidades o áreas de gestión clínica (áreas clínicas funcionales, o institutos clínicos), son diversas, pero comparten algunos principios:

- La agrupación organizativa obedece a criterios anatomofuncionales (neurociencias, digestivo, etc.)
- Las unidades tienen gran autonomía de gestión.
- Están gobernadas en gran medida por los propios profesionales, y lideradas por un clínico con habilidades en gestión.

Fernández-Avilés F señala los siguientes requisitos que se deben cumplir para crear con éxito unidades de gestión clínica:

- La agrupación de áreas debe resultar natural desde el punto de vista clínico.
- El cambio debe contar con el apoyo de profesionales y directivos.
- Debe existir en número adecuado de personas, compatibilidad entre las mismas, y un liderazgo claro.
- Disponibilidad de un espacio físico único.
- Desarrollo e implantación de un plan estratégico para la unidad.

Además, estas unidades deben:

- Identificar de una línea de trabajo claramente definida (determinadas patologías, tratamientos, etc.)
- Disponer de recursos humanos y materiales adecuados a los objetivos.
- Contar con sistemas eficaces de información.
- Situarse en un marco institucional que favorezca la innovación.
- Tener capacidad real para la negociación presupuestaria y de objetivos.
- Diseñar un Plan de la unidad, que incluya elementos de incentivación.
- Contar con un Responsable de Calidad de la Unidad, que preste apoyo metodológico a los profesionales en la evaluación y en el diseño de los ciclos de mejora.

## 2. Misión, visión, valores y liderazgo en la unidad clínica

La visión que tienen los responsables sobre lo que se quiere hacer y en qué se quiere convertir la unidad dentro de la organización constituye la misión, que va a determinar la evolución y los perfiles futuros de la unidad acerca de “quiénes somos, qué hacemos y hacia dónde nos dirigimos”. Quizá algunos ejemplos nos ayuden a entender mejor este concepto:

“La Unidad tiene como misión la prevención, tratamiento y rehabilitación de las patologías de su ámbito, ofreciendo un servicio de alta calidad y una atención personalizada a los usuarios”.

“La Unidad X se proyectó como una unidad funcional multidisciplinaria constituida para la atención integral de los enfermos y con un cometido docente y de investigación. La atención sanitaria se presta por procesos, de forma que el paciente sea considerado de forma integral, y su enfermedad, tratada con la misma calidad en el ámbito de la atención primaria y la especializada.” (Miño Fugarolas G).

También es necesario definir los valores que guían la actividad de la Unidad. Nosotros proponemos los siguientes:

- La excelencia de la atención sanitaria.
- La consideración del ciudadano como centro de la actividad.
- El respeto a los valores de los pacientes.
- La continuidad asistencial.
- La innovación.

Una unidad debe contar con un responsable, líder, que debe reunir tres condiciones: responsabilidad, autoridad y autonomía, que le permitan entre otras ejercer las siguientes competencias:

- Dirigir la Unidad para alcanzar los objetivos establecidos en el Contrato de Gestión.
- Establecer la organización de la Unidad en relación a horarios, turnos y funciones.
- Proponer el reparto de incentivos.
- Proponer a la Dirección del Centro la contratación de bienes y servicios para la Unidad.

### **Cartera de Servicios de la Unidad. Catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias**

La Unidad dispondrá de una cartera de servicios asistenciales, procesos, procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias, que se elaborará teniendo en cuenta la actividad realizada los años anteriores y que debe ser autorizada por la Dirección del Centro.

## Personas y recursos

En gran medida, el éxito de una organización depende de la manera en que sus trabajadores la asumen y se sienten partícipes de ella, es decir, de cómo se sienten vinculados, comprometidos e integrados en sus objetivos.

Partiendo de esta necesidad principal y en base a la Cartera de Servicios y al catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias, se establecerá el mapa de competencias de la Unidad Clínica. En él constará el personal autorizado para las distintas actividades asistenciales, según categoría profesional, formación específica, habilidades y actitudes.

Los profesionales tienen el conocimiento y el poder de decisión sobre los recursos, los costes, y en definitiva, sobre la calidad final del producto sanitario. Por todo ello, deben estar implicados en la función de responsabilidad y toma de decisiones en su ámbito de trabajo.

## 3. Orientación al usuario

### 3.1. Satisfacción del usuario

La Unidad de Gestión Clínica debe orientar su actuación hacia la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, procurando dar respuesta a sus expectativas. Existen diversos métodos para medir la satisfacción del usuario. El más habitual es la encuesta, que debe contemplar al menos los aspectos siguientes:

- Accesibilidad del paciente a la atención sanitaria (tiempos de espera, etc.).
- Relaciones con el paciente y con sus familiares o acompañantes.
- Participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de atención, incluyendo información suficiente y comprensible sobre el mismo.
- Habilidades y aptitudes de los profesionales de la Unidad para la atención a los pacientes.

- Facilidad del usuario para expresar sus demandas y grado de receptividad de la Unidad para poder satisfacerlas.
- Grado de confianza en la competencia y cualificación de los profesionales de la Unidad.

Además de las encuestas y estudios de opinión, uno de los métodos existentes para escuchar la voz del usuario es la medición indirecta de la satisfacción, a través de la recogida y análisis de las quejas y reclamaciones que interponen los ciudadanos, por ello la Unidad de Gestión deberá:

- Colaborar en la realización de las encuestas de satisfacción generales: del Servicio de Salud y del Centro.
- Realizar las encuestas propias incluidas en las vías clínicas.
- Realizar, si lo considera oportuno, otras encuestas o estudios para conocer el grado de satisfacción.
- Analizar las quejas y reclamaciones interpuestas por sus usuarios, su número y principales causas.

Por otra parte, la Unidad de Gestión deberá aplicar el Plan de Recepción de Usuarios para ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.

### **3.2. *Derechos de los usuarios***

En España los derechos de los ciudadanos usuarios del sistema sanitario tienen su fundamento en el artículo 43 de la Constitución de 1978, que reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y los servicios necesarios. La norma fundamental también prevé que la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

En desarrollo de esta previsión, los artículos 10 y 11 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establecen los derechos y obligaciones de los ciudadanos en relación con las diferentes administraciones públicas sanitarias; asimismo, determina de entre los referidos derechos los que pueden y tienen

que ser ejercitados con relación a los servicios sanitarios privados, respetando su peculiar régimen económico.

La especificidad y singularidad del ámbito sanitario en lo que se refiere a la regulación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto a las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, ha supuesto que la mayoría de las CC.AA. hayan desarrollado diferentes disposiciones normativas. El centro donde estén ubicadas las Unidades habrá establecido aquellos mecanismos que hagan más efectivo el respeto a sus derechos, su nivel de exigencia y la incorporación de nuevos aspectos relacionados con el avance de la ciencia y las distintas disciplinas biomédicas.

Los derechos de los ciudadanos en relación con la Unidad Clínica, en particular, pueden agruparse en cinco grandes apartados:

- Derechos en relación con los principios de igualdad y no-discriminación de las personas.
- Derechos en relación con la autonomía del paciente.
- Derechos en relación con la información asistencial, el acceso a la documentación clínica y la confidencialidad de la misma.
- Derechos en relación con el acceso a la atención sanitaria.
- Derechos en relación con la información sobre los servicios de salud y la participación de los usuarios.

El ejercicio de los derechos de los ciudadanos y de los intereses generales, se desprende una concepción del derecho que no es posible sin la referencia a los deberes. De esta manera, los ciudadanos usuarios de los servicios de salud tienen derechos, pero también tienen deberes, que hace falta que sean conocidos, tanto por los mismos ciudadanos como por los profesionales sanitarios.

En el Tema 5.2. de este manual se abordan estos aspectos con mayor detalle.

## 4. Actividad de la unidad clínica

### 4.1. Actividad asistencial

Para evaluar la actividad desarrollada por la Unidad, es preciso disponer de un cuadro de mando como el que se propone a continuación.

Actividad asistencial			
	Año 2007	Año 2008	Objetivo 2009
Datos de actividad hospitalización			
Nº de camas			
Ingresos programados			
Ingresos urgentes			
Estancias totales			
Estancias esperadas			
Puntos GDR			
Reingresos no programados			
Indicadores de actividad hospitalización.			
Estancia media			
Índice de utilización de estancias			
Complejidad de la casuística			
% Ocupación			
% de reingresos no programados			
Presión de urgencias			
Frecuentación de hospitalización			
% Altas codificadas válidas			
Datos de Actividad consultas			
Primeras consultas			
Consultas sucesivas			
Consultas de alta resolución			
Interconsultas			
Consultorías para Atención Primaria (presencial y/o telefónica en los Centros de Salud)			
Indicadores de actividad consultas			
Frecuentación de consultas			
% altas en consulta			
% pacientes vistos en consultas de alta resolución			
Datos de actividad quirúrgica			

Actividad asistencial			
	Año 2007	Año 2008	Objetivo 2009
Intervenciones programadas con ingreso			
CMA desagregada			
Intervenciones urgentes no diferidas			
Intervenciones urgentes diferidas			
Intervenciones programadas suspendidas			
Horas semanales disponibles de quirófano para cirugía programada			
Indicadores de actividad quirúrgicas			
Indicación quirúrgica por 100.000 h de los procedimientos básicos de la Unidad.			
EMPO intervenciones programadas			
% Intervenciones programadas suspendidas			
% Anestesia epidural en cirugía			
% Anestesia epidural en partos			
Datos de actividad en urgencias			
Nº Urgencias atendidas			
Nº Urgencias ingresadas			
Indicadores de actividad en urgencias			
% de urgencias que ingresan			
Frecuentación de urgencias			
Datos de actividad en HDM			
Actividad Hospital de Día Médico desagregada			
Indicadores de actividad en HDM			
Frecuentación en HDM			
Datos de actividad en Pruebas complementarias			
Petición de pruebas funcionales/diagnósticas desagregadas (10 más frecuentes)			
Nº de pruebas funcionales/diagnósticas realizadas y desagregadas			
Indicadores de actividad en pruebas complementarias.			
Promedio de pruebas funcionales/diagnósticas realizadas por día laborable			
% de las pruebas funcionales/diagnósticas realizadas desagregadas para los pacientes ingresados, los urgentes y los ambulatorios.			
Datos de actividad en Educación para la Salud			
Sesiones de educación para la salud			

<b>Actividad asistencial</b>			
	Año 2007	Año 2008	Objetivo 2009
Nº de programas sobre manejo efectivo del régimen terapéutico.			
<b>Indicadores de actividad en Educación para la Salud</b>			
Nº de pacientes/familiares que han recibido educación sobre su proceso			
<b>Indicadores de cuidados</b>			
% de diagnósticos enfermeros resueltos al alta			

Adaptado del Acuerdo de Gestión 2003. Unidades de Gestión Clínica. Servicio Andaluz de Salud.

#### **4.2. Actividad docente**

##### **Docencia impartida**

En los sistemas sanitarios, la calidad del servicio depende de varios factores. Uno de ellos, crítico, es la formación de los profesionales. En los servicios sanitarios se da una curva de aprendizaje, de tal manera que con una inversión adecuada en formación, se produce una reducción del coste por proceso y un aumento de la calidad y la seguridad del paciente.

Los miembros de la Unidad de Gestión deberían compartir su experiencia con otras Unidades de nueva creación, a través de actividades docentes: cursos, ponencias, sesiones, etc. Asimismo, la Unidad de Gestión participará en la formación de profesionales sanitarios, MIR, etc.

##### **Formación continuada**

La formación continuada trata de lograr que el personal sanitario y no sanitario mejore los servicios que presta, respecto a la manera de tratar, informar, diagnosticar, curar y cuidar a los pacientes. Además, la formación consigue mejorar la participación de los profesionales en la gestión de la institución. Por ello la Unidad de Gestión deberá facilitar la formación continuada de sus componentes.

### **Actividad investigadora**

Investigar es sinónimo de conocimiento y de progreso para una sociedad, pero son muchas las condiciones necesarias para que aumente el número de profesionales que realizan tareas de investigación. Es indudable que hacen falta recursos, organización, formación, decisión personal, comunicación con otros compañeros y espíritu crítico.

Las Unidades de Gestión deben participar en la medida de lo posible en proyectos de investigación. Su experiencia puede permitir la publicación de trabajos en el ámbito de la mejora de la calidad y la gestión sanitaria.

## **5. Sistemas de Información**

### ***5.1. Información para la gestión clínica***

Para la correcta implantación de un modelo de gestión clínica, es necesario que los médicos cuenten con un sistema de información que les permita conocer los resultados de su actividad.

El registro y la gestión de la información específica del paciente sirve para facilitar la asistencia, la investigación y la docencia. Además, facilita la planificación y la gestión de la institución y sirve de registro legal.

La Unidad de Gestión Clínica deberá cumplimentar y codificar correctamente las historias clínicas de sus pacientes.

### ***5.2. Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)***

El registro sistemático de un conjunto de variables básicas de todos los pacientes dio lugar a un estándar conocido como CMBD (conjunto mínimo básico de datos). Su implantación en atención especializada ha permitido disponer de datos con las características más importantes de los pacientes ingresados, los diagnósticos, los cuidados ofrecidos y los datos administrativos.

Los sistemas de clasificación de pacientes permiten describir el producto de la hospitalización por centro, servicio o profesional. Se expresa de forma descriptiva la casuística de pacientes atendidos o case mix. Algunos sistemas

de clasificación exigen un conjunto de datos clínicos muy amplio, y exigen un alto coste para su aplicación. Otros, sin embargo, se basan en el CMBD, y son los que han sido utilizados con más éxito. El sistema más validado es el de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).

Los GRD clasifican los episodios de hospitalización en distintos grupos, cada uno con un consumo de recursos parecido. No tienen en cuenta la historia patológica previa de los pacientes. Su valor predictivo sobre el coste hizo que fuera adoptado por Medicare para el pago de servicios hospitalarios.

Cada episodio de hospitalización se asigna aun GRD, siguiendo estos pasos:

- Asignación a una de las categorías diagnósticas mayores (CDM) según el diagnóstico principal.
- Asignación a un conjunto médico o quirúrgico de cada CDM, según haya existido o no intervención quirúrgica.
- Subclasificación de los episodios médicos en enfermedades concretas, y subclasificación de los episodios quirúrgicos en base a las intervenciones específicas.
- Otras variables, como la comorbilidad, edad, defunción, etc., pueden modificar la subclasificación.

Posteriormente, el sistema GRD fue mejorado y derivó en los llamados All Patient Diagnosis Related Groups (AP-GRD). Otra línea de evolución de los GRD ha mejorado la consideración de la gravedad de los episodios, siempre medida en términos de intensidad de consumo de recursos. De esta forma surgen los sistemas llamados “refinados”.

En la actualidad, se están desarrollando sistemas de medida del producto de la atención primaria, atención ambulatoria, etc.

### 5.3. Cuadro de mando

Tal como afirma Ortún Rubio, “se gestiona lo que puede medirse”.

Se deberá elaborar un Cuadro de mando de la Unidad de Gestión, que recoja indicadores sobre los siguientes aspectos:

---

Actividad asistencial
Formación continuada
Actividad docente
Actividad investigadora
Cumplimiento económico
Calidad asistencial
Satisfacción de los usuarios
Satisfacción de los profesionales

---

La mayor parte de los indicadores utilizados en gestión son todavía de producto intermedio. Se debe tender a desarrollar cada vez más medidas sobre el resultado final de la asistencia prestada.

Por otra parte, aún no se utilizan adecuadamente los indicadores ya disponibles. Deberían aplicarse en mayor grado para diseñar y evaluar ciclos de mejora continua, comparación entre unidades clínicas similares, sistemas de incentiva- ción y carrera profesional, etc. El desarrollo reciente de la carrera del profesio- nal sanitario en distintas CC.AA. es una buena oportunidad en este sentido.

## 6. Procesos

### 6.1. Gestión de procesos en la unidad

Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs o entradas: productos o ser- vicios obtenidos de otros proveedores) y tareas particulares que implican valor añadido, con el objetivo de obtener ciertos resultados. Se trata de gestionar todas las actividades de la Unidad que generan un valor añadido.

### **Los procesos:**

- Tienen una misión o propósito claro.
- Contienen entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.
- Deben ser susceptibles de descomponerse en operaciones o tareas.
- Pueden ser analizados y estabilizados mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

Aunque la Unidad tiene que describir sus procesos principales (Mapa de procesos) y después aplicar herramientas para gestionarlos, hay dos de ellos que nos parecen muy importante destacar: El Proceso Enfermero y el Proceso de Consentimiento Informado. El Proceso Enfermero es un método sistemático y organizado de proporcionar Cuidados, centrado en la respuesta de los usuarios a los problemas de salud reales o potenciales. Consta de cinco fases: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación.

Respecto al segundo, la Ley General de Sanidad recoge el derecho de los pacientes a conocer la información disponible sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad. La Ley de Autonomía del Paciente establece el derecho de los pacientes a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud. Asimismo, indica que la información comprende como mínimo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Dicha normativa nos obliga a asegurar un correcto proceso de información continuada y consentimiento por parte de los pacientes sometidos a técnicas que impliquen riesgos.

### **6.2. Guías de práctica clínica. Vías clínicas**

También deberá utilizar Guías de Práctica Clínica (GPC) Acreditadas y las vías clínicas. Las GPC son “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias clínicas específicas”. Pueden mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, siempre que estén bien diseñadas y se apliquen en la práctica.

Las vías clínicas son planes asistenciales que definen y ordenan secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible. La Unidad de Gestión Clínica deberá coordinar su actividad con la del resto de Unidades y Servicios del Centro y participar en las vías clínicas que le afecten. En el Tema 4.3 se desarrollan las vías clínicas con más detalle.

## 7. Gestión económica

El presupuesto de una unidad debe ser, necesariamente, prospectivo y basarse en el histórico de actividad y costes, teniendo en cuenta las variaciones previsibles que puedan afectar a uno cualquiera de estos dos componentes. La cuenta de resultados será la diferencia entre ingresos y gastos, teniendo en cuenta, en principio, que el fin de la gestión clínica es la autogestión y, por tanto, la financiación debería estar sustentada al 100% por la actividad realizada.

Es necesario realizar un análisis de costes monetarios, si es posible, de acuerdo a diferentes tipos de clasificación (Fernández Avilés F):

- Con arreglo al grado de identificación y asignación (directos, indirectos, depreciación).
- Con arreglo al grado de variabilidad (fijos, variables, semifijos, semivariables).
- De acuerdo al grado de controlabilidad (controlables o atribuibles a un centro de coste, no controlables).
- Según el proceso de toma de decisiones (evitables, insalvables, incrementales, de oportunidad).
- Según el control presupuestario de los costes de la calidad (de prevención, de baja calidad, de medición de las características de calidad)

### Incentivación

Cada Unidad debe contar con una bolsa inicial y máxima de incentivos cuya cuantía vendrá determinada por el número y categorías de los profesionales que la constituyen.

Serán los Directores de las Unidades los encargados de valorar a todos y cada uno de los miembros en función de su contribución a los resultados de las mismas y propondrán al Director Gerente del Hospital o de Atención Primaria la asignación a cada uno de ellos. La valoración del personal de enfermería debe ser llevada a cabo por el Director de la Unidad con la ayuda del responsable de cuidados. En ningún caso la distribución interna será lineal, ni por persona ni por categoría profesional.

A petición expresa del Director de la Unidad y con el visto bueno del Director Gerente del Hospital podrá proponerse la asignación de incentivos económicos individuales a otros profesionales ajenos a la Unidad, por su especial contribución al logro de los objetivos de la misma

Esta cuantía se modificará, en su caso, por:

- La evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.
- La valoración global del cumplimiento de los objetivos del Contrato de Gestión deberá ser superior al 60%. Cumplimientos inferiores supondrán que los miembros de la Unidad no percibirán los incentivos ligados a este Acuerdo, sin menoscabo de que el complemento de rendimiento profesional pueda percibirse, en su caso, según los objetivos y la evaluación que se establezca. La asignación de incentivos en función de los objetivos cumplidos se ajustará a lo establecido por cada Servicio Regional de Salud.

## 8. Conclusión

El desarrollo de la Gestión Clínica, debe convertirse en un elemento esencial para la mejora de la gestión de nuestro sistema sanitario. En un instrumento que permita adecuar la realidad de nuestro Sistema a las expectativas y posibilidades de la realidad de la sociedad española actual, y esto se puede conseguir mediante la participación real de los profesionales en la gestión de los centros sanitarios y en la toma de decisiones, asumiendo sus propias responsabilidades, sin trasladarlas a otras instancias, y sin olvidar que cualquier éxito es un éxito de la organización a la que pertenecen.

Así en un futuro inmediato, sólo desde una práctica profesional eficiente, orientada a la excelencia y centrada en las necesidades de los pacientes, será posible prestar una atención sanitaria que garantice la equidad y dé respuesta a las diferentes demandas que se plantean en una sociedad abierta, plural y en cambio constante.

## Bibliografía

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. *“Manual de estándares. Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica”*. Sevilla. Septiembre 2004.

Asenjo MA. *“Gestión clínica: los antecedentes”*. En: Reflexiones de una década decisiva en la gestión hospitalaria española. Colección Todo Hospital num 1. Barcelona 2002.

Casas M. *“Gestión clínica: una visión actual del hospital”*. En: Asenjo MA. Gestión diaria del hospital. 2ª ed. Masson. Barcelona 2001.

Costa Estany JM. *“Organización por procesos”*. En: Gené Badia J, Contel Segura JC. Gestión en Atención Primaria. Masson. Barcelona 2001.

Díaz R. *“Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios”*. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:22-9.

Fernández Avilés F, De la Fuente Galán L. *“Gestión de unidades y áreas funcionales: pautas de excelencia clínica y revisión de experiencias”*. En: Oteo Ochoa LA. Gestión clínica: gobierno clínico. Ed Díaz de Santos. Madrid 2006.

Gestión Clínica. Servicio Andaluz de Salud. [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_gestionClinica](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica).

Martín Moreno JM; Gené Badia J. *“Introducción a la gestión en la práctica clínica”*. En: Del Llano Señarís J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona 2000.

Meneu R; Ortún Rubio V; Rodríguez F. *“Innovaciones en gestión clínica y sanitaria”*. Ed. Elsevier-Masson. Barcelona 2005.

Miño Fugarolas G, Temes Montes J, Parra Vázquez B. Unidad Clínica de Aparato Digestivo del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba. *"Proyecto y primeras experiencias"*. En: Temes JL, Parra B. Gestión Clínica. Ed McGraw Hill Interamericana. Madrid 2000.

Ortún Rubio V. *"Claves de gestión clínica"*. En: Ortún Rubio V. Gestión clínica y sanitaria. Ed. Elsevier-Masson. Barcelona 2004.

Oteo Ochoa LA. *"Gobierno clínico: entorno estratégico y dimensiones"*. En: Oteo Ochoa LA. Gestión clínica: gobierno clínico. Diaz de Santos. Madrid 2006.

Oteo Ochoa LA. *"Gestión clínica: desarrollo e instrumentos"*. Ed Diaz de Santos. Madrid 2006.

Pastor y Aldeguer V, Sanz Sebastián C. *"Unidades de gestión clínica"*. En: Aranaz JM. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Mapfre. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 2008.

Ramos Fernández de Cañete. *"Creación de las Unidades de Gestión Clínica"*. <http://www.samiuc.es/Opin14.htm>(consultado el 21 de enero de 2004)

Ruiz López, P; Martínez Hernández J, Alcalde Escribano J. *"Gestión de procesos en el Hospital Universitario 12 de Octubre"*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Abril 2006; Vol 4: 233-249.

Temes Montes JL, Parra Vázquez B, Sélter Rebellón I. *"Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes"*. En: Temes JL, Parra B. Gestión Clínica. McGraw Hill Interamericana. Madrid 2001.

Uriarte JJ. *"Márgenes en Rehabilitación. Gestión Clínica y Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico: Organización y Planificación de Servicios Orientados a la Recuperación"*. IV Jornadas de la A.M.R.P. <http://www.osakidetza-svs.2002>.

Varela J, Castells X, Iniesta C, Cots F. *"Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas"*. Med Clin 2008; 130 (8): 312-318.

## TEMA 4.7

# El Modelo de gestión por Competencias, instrumento para la mejora de la calidad sanitaria

Sagrario Almazán González.

### 1. Introducción

Para las organizaciones de hoy, resulta indispensable contar con las personas que posean las características adecuadas para desempeñar su trabajo de manera eficiente y, con ello, contribuyan a la consecución de los objetivos y metas de la organización.

La gestión por competencias, cuyo concepto es planteado por primera vez en 1973 por David MacClellan, es un modelo de gestión de recursos humanos que se hace cada vez más vigente en nuestros días y que se ha convertido en una forma útil y eficiente de obtener un alto rendimiento y desempeño en las organizaciones, en la última década.

En el sector sanitario, el Modelo de Gestión por Competencias, puede dar respuesta a la necesidad de garantizar una asistencia de calidad y eficiente a los ciudadanos, a la vez que nos permite explorar nuevos sistemas de gestión de los recursos humanos que den respuesta a los requerimientos actuales de los sistemas sanitarios; calidad de la atención, eficiencia en la gestión de los recursos, escasez de algunos perfiles profesionales, desarrollo profesional continuo, etc.

Por otra parte, las instituciones sanitarias representan un “banco de conocimientos” cuyo capital intelectual es preciso gestionar adecuadamente. Median-

te la gestión de las competencias se facilitará la movilización del conocimiento e impulsará la capacidad de aprender de la organización, de forma que se beneficien de ello todos sus componentes.

Las organizaciones sanitarias eficientes, han de aspirar a la máxima autonomía de sus profesionales en el desempeño de su trabajo, para ello es necesario la integración y sintonía de su labor con la misión, la visión, los valores y los objetivos estratégicos de la organización. En este contexto, el modelo de gestión por competencias, surge como una alternativa que facilita una gestión de los recursos humanos desde una mirada integral, mediante objetivos comunes y un modo de acceder a ellos también común, de forma que los procesos productivos resulten coherentes entre si.

## 2. Modelo de gestión por competencias

El Modelo de Gestión por Competencias y su aplicación abarca las áreas tradicionales de la gestión del talento humano aplicadas al mundo laboral, de forma que persigue el desarrollo continuado de los profesionales como factor esencial para contribuir a garantizar la calidad y el cumplimiento de los fines de las organizaciones sanitarias.

El objetivo general del enfoque de gestión por competencias es aportar a la organización un sistema integral para la gestión de los recursos humanos de manera más efectiva.

Además, por medio de la gestión por competencias, se pretende alcanzar otros objetivos, como:

- Contribuir a generar un proceso de mejora continua de la calidad y desempeño de los profesionales.
- Impulsar, mediante la gestión de las competencias profesionales, las líneas estratégicas de la organización.
- Implicar a las personas de los distintos niveles de la organización en la gestión eficiente de los recursos humanos.
- Dotar a la organización de profesionales con las competencias necesarias y actualizadas, según sus necesidades presentes y futuras.

- Contribuir al impulso de la innovación y del desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de la organización, en un entorno cambiante.
- Aportar información para la toma de decisiones, de forma objetiva y eficiente, fundamentalmente relacionadas con las personas:
  - Perfiles de puestos de trabajo
  - Grado de adecuación entre el profesional y las competencias requeridas
  - Necesidades de formación y adiestramiento
  - Potencial de los profesionales
  - Aplicación de sistemas de incentivos, etc.

El Modelo de Gestión por Competencias, en definitiva, pretende atraer, desarrollar, reconocer y mantener el talento, mediante su aplicación a la gestión de los recursos humanos y en concordancia con la misión, visión y valores de la organización.

El enfoque de competencias, como sistema integral de gestión de los recursos humanos, tiene su aplicación en los siguientes procesos:

- Selección de personas
- Formación, tanto formación pregrado como especializada y continuada.
- Carrera profesional.
- Reconocimiento y acreditación de competencias.
- Evaluación del desempeño profesional (EDP)

Para implementar y desarrollar, de forma eficiente y que aporten valor a la organización, los anteriores procesos, la formación y la evaluación constituyen los procesos básicos sobre los que se sustentan.

### 3. ¿Qué son las competencias? Definición

Insatisfecho con el valor predictivo de los test convencionales en relación con los desempeños profesionales, David MacClellan, psicólogo y docente de la Universidad de Harvard, publicó en 1973 “Testing for competence rather than for intelligence” (“Evaluar la competencia en lugar de la inteligencia”), un artículo en el que sugería que tendría más sentido en los procesos de selección de personal, examinar cada una de las características o repertorios de conductas que contribuyen directamente a un desempeño óptimo en un trabajo específico, en lugar de las pruebas de aptitud tradicionales, presentando las competencias como “aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo”.

Desde entonces han sido muchos los intentos por definir este concepto. En el año 1982, Richard Boyatzis, profesor de conducta de las organizaciones de la Case Western Reserve University y coautor con Daniel Goleman de obras sobre liderazgo e inteligencia emocional, define las competencias como “el conjunto de características subyacentes en una persona que están relacionadas causalmente con una actuación de éxito en un puesto de trabajo o función”. Según diferentes autores, esta definición, probablemente, ha sido una de las que más ha influido en todos los planteamientos posteriores sobre el concepto “competencia”.

Para Levy-Leboyer (1996), profesora de psicología laboral de la Universidad René-Descartes de Paris, “las competencias ponen en práctica, de forma integrada, aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos adquiridos, desarrollándose de distinta manera ya que cada persona es única e irrepetible”. Según Levy-Leboyer “las competencias son repertorios de conocimientos, que algunos dominan mejor que otros, lo que les hace más eficaces para una situación dada” (Levy L).

En 1996, Leonard Mertens, economista holandés, en un intento por encontrar elementos comunes a las distintas acepciones del término planteadas, define las competencias como “el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que posibilita a las personas realizar su trabajo con garantías de éxito”.

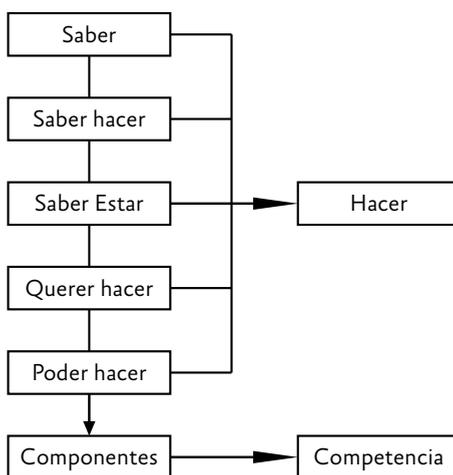
En este punto se plantea un nuevo interrogante; ¿nos encontramos ante tres componentes de la competencia o estos tres componentes podrían considerarse como competencias diferenciadas?

Sobre esta pregunta se plantean diferentes modelos y sistemas, fundamentalmente a la hora de operativizar la gestión del stock de competencias de una organización, pero la mayoría de los autores coinciden en que las competencias se definen en el contexto laboral en el que se han de poner en práctica, por lo que una competencia no es un conocimiento, una habilidad o una actitud, sino la unión integrada de estos elementos, que permite el desempeño de una actividad laboral concreta de forma óptima (Mertens L).

De las aportaciones de MacClellan (1973); Boyatzis (1982); Levy-Leboyer (1996) y Mertens (1996), se deduce que, para operativizar la gestión de los recursos humanos a partir de las competencias, es necesario tener en cuenta, además de sus componentes, dos aspectos básicos: en primer lugar han de ser susceptibles de ser observadas y medidas. En segundo lugar, han de ofrecer posibilidades de ser mejoradas a través de la formación y/o el entrenamiento.

El valor de las competencias, desde el punto de vista de la gestión de los recursos humanos, también estriba en el hecho de que puedan, no sólo identificarse, observarse y medirse, sino también evaluarse, por medio, sobre todo, de comportamientos observables (Gan F). En ocasiones y en función de para qué aspecto de la gestión de los recursos humanos vamos a utilizar las competencias, es preciso desagregarlas en sus componentes para facilitar su gestión.

El siguiente gráfico representa los diferentes elementos/componentes que están presentes en las competencias para que se puedan poner de manifiesto (García Sáiz M):



En este modelo, se definen los componentes de las competencias de la siguiente forma:

“**Saber:** Conjunto de conocimientos relacionados con los comportamientos implicados en la competencia. Pueden ser de carácter técnico (orientados a la realización de tareas) y de carácter social (orientados a las relaciones interpersonales)”.

“**Saber hacer:** Conjunto de habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos que se poseen. Se puede hablar de habilidades técnicas..., habilidades sociales..., habilidades cognitivas, etc.”

“**Saber estar:** Conjunto de actitudes acordes con las principales características del entorno organizacional y/o social (cultura, normas, etc.)”

“**Querer hacer:** Conjunto de aspectos motivacionales responsables de que la persona quiera o no realizar los comportamientos propios de la competencia”.

“**Poder hacer:** Conjunto de factores relacionados con la capacidad personal y las facilidades del medio”.

Este modelo plantea que el conjunto de los anteriores elementos producen una acción, el “**Hacer**”, o sea, la manifestación de la “**Competencia**” que resulta observable para los demás y por tanto, permite medirla y evaluarla, así como establecer diferentes niveles de desempeño de las personas en su ámbito laboral.

En nuestro entorno sanitario, en la Ley de Cohesión y Calidad, se define la competencia profesional como *“la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver las situaciones que se le plantean”* Se trata de un enfoque de competencias basado en lo que el profesional sanitario **hace**, manifestándose las competencias como **buenas prácticas** constituidas por la integración de los conocimientos, habilidades y actitudes del profesional.

#### **Algunas consideraciones sobre el concepto de Competencia:**

- Existe un innumerable catálogo de competencias y de clasificaciones, según los diferentes autores. El conjunto o muestrario de definiciones

sobre competencia nos pone de manifiesto que el concepto de competencia sigue poseyendo un “atractivo singular”, en palabras de Le Boterf (1996), “la dificultad de definirlo crece con la necesidad de utilizarlo”. De forma que, en estos momentos, como destaca este autor, más que un concepto operativo es un concepto en vía de fabricación (Tejada Fernández J).

- Una competencia es un constructo complejo, multifacético y multidimensional (Brailovsky C), que se manifiesta mediante unos comportamientos (buenas prácticas), relacionados con la ejecución exitosa de una actividad y con el resultado excelente en el desempeño del puesto de trabajo.
- Tienen una relación causal con el rendimiento laboral, es decir, no están solamente asociadas con el éxito, sino que se asume que realmente lo causan (Morales Aracena O).
- Una competencia está estrechamente ligada a la actividad del trabajo, de modo que se adquiere, se desarrolla y se mantiene, pero también puede llegar a reducirse.

#### 4. Clasificación de las competencias

Al igual que existe un gran número de definiciones del concepto competencia, así se han desarrollado, por diferentes autores, múltiples clasificaciones sobre el tipo de competencias necesarias para lograr con éxito el desempeño profesional.

Se ha diferenciado entre competencias esenciales y competencias diferenciadoras, que permitirían distinguir entre una actuación media y una actuación sobresaliente (Boyatzis, 1982).

Se habla de competencias generales y competencias transferibles o competencias clave. También se clasifican en competencias técnicas, competencias metodológicas, competencia personal y competencia participativa (Echeverría, 2002).

El modelo propuesto por Spencer y Spencer (1999) es uno de los más extendidos y recoge seis grupos de competencias genéricas, que se expresan en el siguiente cuadro:

Grupos	Competencias genéricas
Competencias de desempeño operativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación al resultado</li> <li>• Atención al orden, calidad y perfección</li> <li>• Espíritu de iniciativa</li> <li>• Búsqueda de la información</li> </ul>
Competencias de ayuda y servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilidad interpersonal</li> <li>• Orientación al cliente</li> </ul>
Competencias de influencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persuasión e influencia</li> <li>• Conciencia organizativa</li> <li>• Construcción de relaciones</li> </ul>
Competencias directivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de los otros</li> <li>• Actitudes de mando, asertividad y uso del poder formal</li> <li>• Trabajo en grupo y cooperación</li> <li>• Liderazgo de grupos</li> </ul>
Competencias cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento analítico</li> <li>• Pensamiento conceptual</li> <li>• Capacidades técnicas, profesionales y directivas</li> </ul>
Competencias de eficacia personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol</li> <li>• Confianza en sí mismo</li> <li>• Flexibilidad</li> <li>• Hábitos de organización</li> </ul>

Teniendo en cuenta la vinculación de las competencias a puestos de trabajo concretos, las competencias habrán de definirse y clasificarse en función de los diferentes puestos de trabajo de la organización y de acuerdo con las funciones y tareas específicas definidas para los mismos (Gil Flores J).

En este sentido, en nuestro entorno existen experiencias en la clasificación de competencias de profesiones sanitarias. En Andalucía, la clasificación de competencias adoptada para la elaboración de los mapas de competencias de las profesiones sanitarias las divide en competencias generales, competencias transversales y competencias específicas (Modelo de Gestión por Competencias del SSPA).

Este modelo contempla las competencias generales como “aquellas que afectan a todos los profesionales de la organización, con independencia de su puesto de trabajo y categoría profesional”. Se trata de un conjunto de competencias cuyo componente actitudinal adquiere mayor peso relativo que el resto:

- Actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Trabajo en equipo.
- Orientación a resultados.
- Orientación al ciudadano.

Las competencias transversales se plantean como aquel grupo de competencias que “plantean semejanzas de unos colectivos a otros, si bien se concretan y expresan en el desempeño profesional, mediante buenas prácticas diferentes”.

Algunos ejemplos de este grupo de competencias son:

- Oferta de servicios y conocimiento organizativo.
- Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención.
- Visión continuada e integral de los procesos.
- Adecuada utilización de los recursos disponibles”.

El tercer grupo de competencias de la clasificación planteada en el modelo andaluz, son las denominadas competencias específicas, “estas competencias se ajustan a las llamadas competencias técnicas, “hard” o funcionales y están relacionadas con un puesto de trabajo o rol concreto (p.e. electrofisiología cardiaca intervencionista, para un repertorio de competencias del cardiólogo que trabaja en una unidad especializada de arritmias)”.

## 5. Aplicaciones de la gestión por competencias

Según se menciona anteriormente, las competencias pueden ser utilizadas en los diferentes subprocesos de gestión de los recursos humanos de una organización: selección, promoción, capacitación, carrera profesional, formación, reconocimiento, acreditación, retribución, e incluso incentivación.

Para que estos subprocesos se lleven a cabo de manera satisfactoria y consigan su finalidad, representa un elemento clave la identificación del tipo de competencias requeridas para el desempeño sobresaliente en los puestos de trabajo de la organización y, una vez identificadas, recogidas en su correspondiente **Mapa de Competencias**.

Cada Mapa de Competencias habrá de recoger el repertorio de competencias requeridas, señalando la importancia relativa de cada competencia que variará en función de la aplicación que se le va a dar y la finalidad y objetivos establecidos.

Para la elaboración de los mapas de competencias se han de contemplar unas normas básicas:

1. Seleccionar las competencias adecuadas que deben ser importantes para la organización, por lo que habrán de estar alineadas con su estrategia de forma que con ellas se contribuya a la mejora de la calidad y el desempeño profesional.
2. Deben estar definidas con claridad, de manera que no den lugar a confusiones ni interpretaciones erróneas.
3. La descripción adecuada de cada competencia resultará, además, de gran ayuda para la búsqueda y elaboración de buenas prácticas e indicadores que hagan evaluable y medible esa competencia.
4. El proceso de elaboración de los mapas de competencias debe realizarse de forma rigurosa, ya que del mismo va a depender la calidad y eficacia en la aplicación de los diferentes subprocesos de gestión de los recursos humanos.

### **5.1. Evaluación de competencias profesionales**

Ya se ha mencionado que el Modelo de Gestión por Competencias y su aplicación abarca las áreas tradicionales de la gestión del talento humano aplicadas al mundo laboral. En este proceso la **evaluación** de competencias, junto con la **formación**, constituyen los procesos básicos para su aplicación y desarrollo.

La evaluación de las competencias podemos entenderla como el proceso mediante el cual se recoge información acerca de las competencias desarrolladas y que posee un profesional, para, posteriormente, compararlas con las competencias requeridas para un determinado cometido o puesto de trabajo.

Según Gil Flores (2007), se podría afirmar que “la evaluación tendría dos finalidades u objetivos básicos: uno de tipo psicosocial y otro de tipo administrativo. Desde el punto de vista psicosocial, la evaluación contribuye al desarrollo individual y a la adaptación de las personas al ambiente laboral. Con este fin, la evaluación pretende conocer el rendimiento de los empleados, su conducta, sus cualidades, deficiencias, logros o su potencial de desarrollo. Desde el punto de vista administrativo, la evaluación sirve: a la selección del personal más adecuado para cubrir los puestos de trabajo de la organización, a la toma de decisiones sobre incrementos salariales o a la puesta en marcha de acciones formativas, entre otros propósitos” (Gil Flores J).

Según el profesor Brailovsky, “la competencia es un constructo complejo, multifacético, multivariado, multidimensional, a menudo en relación con una situación multidisciplinaria, en particular en el campo de la medicina”. Para este autor, “puesto que un constructo es por definición un concepto, no es accesible de manera directa”. Por tanto, la evaluación de las competencias se ha de realizar mediante la identificación y definición de indicadores que nos ayuden a evaluar la competencia mediante su manifestación, es decir, mediante las buenas prácticas.

En 1990 Georges Miller desarrolló un modelo de competencia profesional representado por una pirámide con varios niveles que representa el concepto de competencia y permite operativizar su evaluación y, en particular, la elección de los diferentes instrumentos de medida.

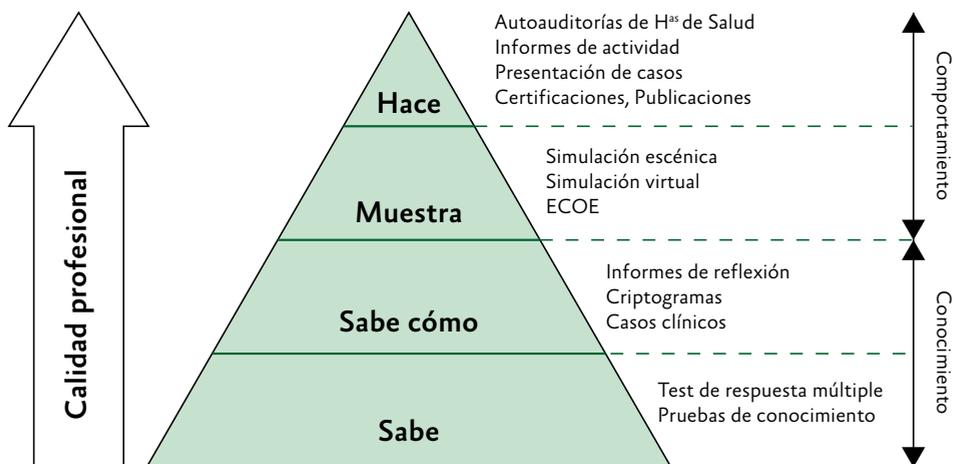


Figura. Pirámide de Miller y los métodos de evaluación

- En el primer nivel de la pirámide se sitúan los conocimientos, el sabe.
- En el segundo nivel se sitúa el **sabe cómo**, que también tiene que ver con el conocimiento y cómo se integra con las habilidades.
- En el tercer nivel, se encuentra el desempeño, el **mostrar cómo**, y se centra en el desempeño profesional cuando se encuentra en situaciones parecidas a las reales.
- Y finalmente, el cuarto y último nivel, se refiere a la **acción en la práctica real**, lo que el profesional hace en su práctica diaria en situaciones reales. Este nivel representa la forma óptima de evaluar las competencias.

Para cada uno de los niveles se identifican los instrumentos adecuados para la evaluación de las competencias, de acuerdo con los componentes de ese nivel.

La evaluación de las competencias profesionales constituye un proceso básico en la gestión de los recursos humanos, necesario para el desarrollo adecuado de subprocesos como: selección, promoción interna, carrera profesional, acreditación de competencias, elaboración de planes de desarrollo y de formación continuada, etc.

Es importante subrayar que en general los instrumentos de evaluación de competencias no tienen un valor en sí mismo que nos indique cuáles son mejores que otros, sino que, para su utilización, se han de tener en cuenta dos aspectos:

- Cualquier instrumento de evaluación que decidamos aplicar se ha de utilizar de forma rigurosa.
- Para cada finalidad hay un instrumento de evaluación más adecuado que otros y que responde mejor que el resto a las necesidades, aportando resultados y valor al proceso.

### ***5.2. Papel de la formación en el desarrollo de las competencias profesionales***

Sobre el papel de la formación en el desarrollo de las competencias profesionales, Levy- Leboyer apunta que hay tres formas de adquirir y desarrollar las competencias:

- En la formación previa, antes de la vida profesional activa y fuera del contexto de trabajo.
- A través de cursos de formación continuada, durante la vida activa profesional.
- Por el ejercicio mismo de la actividad profesional.

En relación con la última forma, la autora argumenta que “las experiencias obtenidas de la acción, de la asunción de responsabilidad real y del enfrentamiento a problemas concretos, aportan realmente competencias que la mejor enseñanza será jamás capaz de proporcionar”.

La formación basada en métodos reactivos, con el docente como protagonista principal, debe considerarse en los procesos de transmisión de conocimientos y destrezas básicas. Por otra parte, los métodos activos, en los que el discente es el protagonista, son imprescindibles para transmitir las competencias de acción, puesto que es mediante la acción como mejor se aprende a actuar. Finalmente ocupan un espacio específico las formas sociales que, sin considerarse métodos, tienen sentido en cuanto a su transmisión por las actuales condiciones de trabajo; en equipo, en grupo, en base a necesidades específicas,

etc. En cualquier caso, parece evidente la necesidad de desarrollo de la propia formación continuada integrada en el trabajo como clave del desarrollo de las competencias a lo largo de la vida (Tejada Fernández J).

En este sentido, la necesidad constante de desarrollo y adaptación de las competencias de los profesionales al mundo laboral, requiere del desarrollo de programas de formación continuada que den respuesta a las necesidades de la organización, además de cubrir el espacio, si lo hubiera, existente entre las competencias requeridas para el desempeño profesional óptimo y las competencias que posee el profesional que ocupa esa posición y/o puesto de trabajo.

Para cubrir este espacio y dar respuesta a las necesidades de la organización, la formación continuada se ha de estructurar en base a planes individuales de formación, que cada profesional debe seguir para su Desarrollo Profesional Continuo.

## 6. Conclusiones

- El Modelo de Gestión por Competencias es un modelo integral de gestión de los recursos humanos, cada vez más vigente en nuestro entorno y que aplicado a las organizaciones sanitarias representa un instrumento eficaz para la gestión del conocimiento y para atraer, desarrollar, reconocer y mantener a los mejores profesionales.
- Para que las competencias se puedan evaluar y medir se han de manifestar en forma de comportamientos observables y buenas prácticas.
- La evaluación de las competencias y la formación representan los procesos básicos para la aplicación de los diferentes subprocesos de gestión de personas.
- Cada organización ha de identificar y definir el repertorio y nivel de desarrollo de las competencias necesarias para sus fines, de forma que den respuesta a sus objetivos y contribuyan a obtener unos resultados de calidad y eficientes.

## Bibliografía

Brailovsky, C. *“Educación médica, evaluación de competencias. Aportes para un cambio curricular”*.

Gan, F. Triginé, J. *“Manual de instrumentos de gestión y desarrollo de las personas en las organizaciones”*. Edic. Díaz de Santos, 2006.

García Sáiz, M. *“El Enfoque de Competencias en la Gestión de los Recursos Humanos”*. [www.capitalemocional.com](http://www.capitalemocional.com), 2003.

Gil Flores, J. *“La evaluación de competencias laborales”*. Educación XXI, 2007. UNED

Gil Flores, J. *“La evaluación de competencias laborales”*. Educación XXI. Facultad de Educación. UNED. 2007.

Levy\_Leboyer, C. *“Gestión de las competencias. Cómo analizarlas, cómo evaluarlas, cómo desarrollarlas”*. Ed. Gestión 2000. S.A. 2003.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Art. 42.1. Mayo 2003.

Mertens, L. *“Competencia laboral, sistemas, seguimiento y modelos”*.

Modelo de Gestión por Competencias del SSPA. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2006.

Morales Aracena, Oria. *“Gestión de Recursos humanos basada en Competencias”*. Marzo 2008.

Tejada Fernandez, J. Navío Gámez, A. *“El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación”*. Grupo CIFO, Universidad Autónoma de Barcelona.



Área temática 5

# El usuario en el centro de la organización



## TEMA 5.1

# Calidad percibida y derechos de los pacientes

M<sup>a</sup> Teresa Marín Rubio.  
Yolanda Álvarez González.  
Susana Hernández Campa.  
David Larios Risco.  
Maria Rubio Casado.

## 1. Calidad percibida

### *1.1. Cambio de enfoque de la satisfacción del paciente*

El tema de la satisfacción del paciente ha sido abordado normalmente desde la perspectiva de los profesionales que, con su experiencia y conocimientos, determinaban lo que era mejor para el paciente. Sin embargo, probablemente como consecuencia del auge del papel de los consumidores, hemos pasado a otra forma de entender la satisfacción del paciente en la que los profesionales intentan organizarse pensando en las necesidades y expectativas de ese paciente. Este nuevo enfoque, que viene denominándose en la literatura como “cuidados centrados o focalizados en el paciente”, supone un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias y, en definitiva, en los profesionales, que deben ver y tratar al paciente “como si de un cliente se tratara”. Desde esta perspectiva es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar la calidad de la asistencia sanitaria.



### ***1.2. Mejora continua de la calidad percibida***

En otros ámbitos del sector servicios, distintos al sanitario, viene aplicándose con éxito una metodología de trabajo relativamente sencilla para incrementar la calidad percibida, que podría trasladarse a las organizaciones sanitarias. Básicamente consiste en averiguar qué necesita y espera el cliente potencial. En segundo lugar, sobre la base de esa idea, se elabora un estándar de calidad que le satisfaga, y se definen las necesidades humanas y materiales para obtener dicho estándar, seguidamente se establece cómo prestar el servicio. Una vez producida la prestación del servicio, se evalúa para determinar si se están alcanzando los objetivos propuestos. En caso de que no sea así, se identifican las áreas de mejora sobre las que actuar y se continúa evaluando periódicamente cómo se presta el servicio preguntándose qué necesitan o esperan los clientes.

El punto de partida, por tanto, es conocer las necesidades y expectativas de los pacientes para convertirlas en requisitos y en objetivos de calidad de la asistencia sanitaria. En definitiva, se trata de reorientar los procesos asistenciales para que incorporen el punto de vista del paciente, lo que debe revertir en una mejora de la efectividad y de la eficiencia en forma acorde al modelo de calidad total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la satisfacción

del paciente. Sin embargo, no es mucha la experiencia en este sector en la aplicación de técnicas para pulsar la “opinión de los pacientes”, requisito básico para implantar este tipo de metodología.

### **1.3. ¿Cómo sabemos lo que opina el paciente?**

Hasta este momento, el paciente participa o aporta información sobre sus necesidades y expectativas merced tanto a métodos “indirectos”, como la libre elección del médico o del centro sanitario, como “directos”: buzones de quejas y sugerencias, hojas de reclamaciones, encuestas de satisfacción, información que brindan las asociaciones de pacientes y de consumidores o los foros de participación como los “jurados populares” y, en algunos casos, mediante la aplicación de técnicas de investigación cualitativa a modo de sondeos de opinión.

La aplicación de técnicas de investigación cualitativa resulta especialmente útil cuando se trata de analizar el punto de vista de los pacientes. Así, por ejemplo, se han analizado los factores que provocan insatisfacción en el paciente con la Atención Primaria de salud, destacándose también aquellos otros elementos que contribuyen a su satisfacción; se han valorado las opiniones de los pacientes sobre el trato y la competencia de los médicos o sobre el funcionamiento de centros de salud; se han determinado los elementos que contribuyen a la calidad percibida de la asistencia hospitalaria, en las áreas de Urgencias y en consultas externas. También, aunque con menor frecuencia, estas técnicas se han utilizado para comparar los puntos de vista de profesionales y pacientes.

Resulta esencial en el ámbito sanitario conocer la opinión del usuario acerca de la atención sanitaria recibida o de algunos aspectos relacionados con la atención sanitaria. Para ello la Fundación para la Investigación sanitaria por encargo de la Conserjería de Salud y Bienestar Social realiza la Encuesta de Satisfacción y el Barómetro Sanitario. La información proporcionada por estos instrumentos permite:

- Detectar problemas y áreas de mejora
- Disponer de datos para la mejora de la calidad del servicio y la planificación sanitaria.
- Obtener las valoraciones y percepciones así como el grado de satisfacción de los usuarios.

- Construir índices sintéticos de satisfacción que faciliten un seguimiento longitudinal en el futuro.
- Determinar perfiles de usuarios satisfechos e insatisfechos describiendo los elementos que están condicionando la satisfacción y su importancia.

#### ***1.4. Necesidades y expectativas***

El usuario juzga si la calidad de los servicios es satisfactoria y si sus necesidades y expectativas se han cumplido. En los últimos años, las expectativas de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios han crecido más que los resultados. Existe más demanda, y la oferta no ha crecido al mismo ritmo. Existe mayor preocupación social por la salud, y más cobertura por parte de los medios de comunicación. Además, los ciudadanos son más conscientes de sus derechos.

Necesidad es la carencia de algo de lo que es difícil prescindir, expectativa es la esperanza de conseguir alguna cosa, y satisfacción es el resultado de la diferencia entre las expectativas de servicio y la apreciación subjetiva del servicio recibido.

Los factores que determinan las expectativas son: experiencias previas, experiencias conocidas de otras personas, y la comunicación externa del sistema sanitario. Todos estos elementos hacen que la satisfacción sea diferente para distintas personas en similares circunstancias, e incluso para la misma persona en diferentes circunstancias.

#### ***1.5. Limitaciones de la satisfacción como herramienta de mejora de la calidad***

El término satisfecho se utiliza frecuentemente como sinónimo de contento y complacido, y no como cliente cuyas necesidades y expectativas han sido satisfechas. Aunque el conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad, no siempre la satisfacción es resultado de una buena atención. Por ello, debemos considerarla como una medida imperfecta de la calidad asistencial.

### ***1.6. El plan de los pequeños detalles del Sescam***

El “Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM” está basado en parte en la aplicación a los servicios sanitarios de la filosofía implícita en las técnicas de CRM (Customer Relationship Management), “marketing relacional” y “marketing one-to-one, una corriente de gestión empresarial que enfatiza la perspectiva del cliente y otorga un nuevo significado a los procesos empresariales en los que éste interviene, como el marketing, las ventas o el servicio. Desde este punto de vista se considera a los clientes como la principal razón de ser de cualquier empresa, puesto que sin ellos su actividad no tendría objeto, ni sentido. El objetivo empresarial del enfoque CRM es obtener nuevos clientes y retener a los actuales y, de esta forma, garantizar los beneficios futuros.

En el ámbito de los servicios sanitarios la reciente adopción de modelos de gestión de Calidad Total en hospitales y centros de salud ha acentuado esta orientación hacia el cliente, introduciendo importantes cambios en la cultura de las organizaciones sanitarias. En su conjunto supone hacer un especial hincapié en la Calidad Percibida y en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes

En cualquier contexto empresarial es evidente que la satisfacción del usuario, junto con la transmisión de una imagen favorable de la propia organización y de sus profesionales, capaz de fidelizar, generar confianza y atraer a potenciales futuros clientes, es un terreno que debe de ser cuidado con un especial esmero, hasta el punto que los criterios sexto y octavo del Modelo Europeo de Calidad (EFQM) analizan “cómo perciben los clientes y la sociedad a la organización”, y los considera como elementos clave de excelencia de la organización.

De acuerdo con la literatura especializada, se sabe que una gran parte de la información sobre los clientes y sus necesidades se encuentra en la propia empresa. En nuestro caso, los cuadros directivos del SESCAM conocen suficientemente cuales son las demandas, expectativas y preferencias de los usuarios y potenciales pacientes de los centros hospitalarios, que condicionarán en última instancia la calidad percibida y su grado de satisfacción con los servicios recibidos. Para recoger las diferentes actuaciones que integrarían el “Plan de los Pequeños Detalles”, se aplicó una técnica de investigación cualitativa mediante la aplicación de una encuesta abierta.

Como idea u objetivo general los centros deberían desarrollar cuantas medidas pudieran contribuir a mejorar la calidad percibida por el usuario y el confort

de su estancia en el hospital, de forma que se disminuyan las molestias producidas, tanto para el paciente como para sus familiares. Además de las medidas contempladas en el Plan corporativo, cada centro podrá poner en marcha en su ámbito otras medidas que puedan sugerirse por el personal de los servicios o centros, y que sean perceptibles de manera favorable por los usuarios.

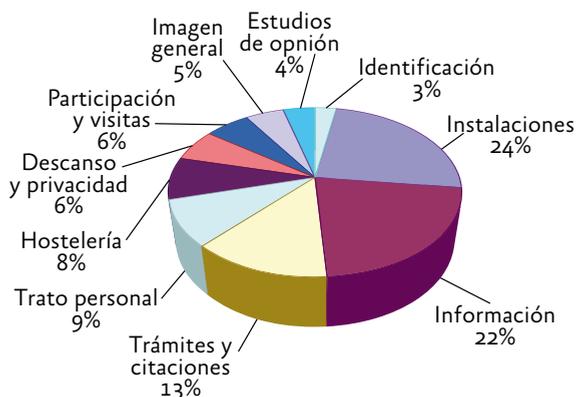
Las acciones de mejora propuestas, “pequeños detalles”, debían tener fecha de comienzo y un responsable asignado, que velaría por el cumplimiento de las mismas. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el “Plan de los Pequeños Detalles” debería perseguir, básicamente, la obtención de los siguientes resultados:

- Aumentar la sensibilidad hacia las demandas de los usuarios.
- Dar una efectiva respuesta a sus expectativas, incrementando los niveles de eficacia, confortabilidad, trato y satisfacción que éstos perciben.

De la encuesta abierta realizada se contabilizaron un total de 462 propuestas que fueron agrupadas en 10 categorías: 1.) Información; 2.) Hostelería; 3.) Descanso y Privacidad; 4.) Instalaciones; 5.) Trato personal; 6.) Identificación; 7.) Estudios de Opinión; 8.) Participación y Visitas; 9.) Mejora de la imagen general; y 10.) Trámites y Citaciones.

Las propuestas más numerosas, (39 en total), se referían a la categoría ‘Instalaciones’. Le seguían las relativas a ‘Información’ (34 propuestas), suponiendo ambos epígrafes casi la mitad (46%) de todas las actuaciones sugeridas por los informantes.

### “PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES”



A partir de las propuestas recogidas, en función de la relevancia que se les atribuyó y el nivel de acuerdo o consenso existente, desde el Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial se procedió a seleccionar una serie de actuaciones que, previsiblemente, podrían tener un mayor impacto en la mejora de la calidad percibida por los usuarios, -pacientes y familiares- de los hospitales del SESCAM, que conforman el Plan corporativo propuesto. Desde un principio se descartaron aquellas medidas que ya eran objeto de otras iniciativas, o que estaban pendientes de adoptarse próximamente, como la entrega de Guías de Información al Usuario o la realización de estudios y encuestas de satisfacción, que se encontraban recogidas en el Plan de Calidad del SESCAM 2003.

En la Tabla 1 se incluyen las doce propuestas que integran el “Plan de los Pequeños Detalles”. Se priorizaron doce medidas que en conjunto agrupan un total de 125 actuaciones. De las doce medidas, cada Hospital seleccionó diez para su puesta en marcha por las Gerencias a partir de abril de 2003, cumplimentando una ficha y designando a un responsable del Plan. Dada la variabilidad y singularidad de los distintos Centros, en algunos de los cuales pudieran estar aplicándose algunas de las medidas contempladas, podrían seleccionarse opcionalmente hasta tres actuaciones diferentes de las establecidas.

**Tabla 1. ACTUACIONES DEL “PLAN DE LOS PEQUEÑOS DETALLES”**

Rango	Categoría y número	MEDIDA - ACTUACIÓN PROPUESTA	Nº de veces citada
1	1.5	MEJORA DE LA INFORMACIÓN EN URGENCIAS	20
2	1.19	INFORMACIÓN A FAMILIARES DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA <sup>1</sup>	8
3	2.3	MEJORA DE LA LIMPIEZA. PLANILLA DE COMPROBACIÓN DE LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE LIMPIEZA EN DISTINTAS DEPENDENCIAS. <sup>2</sup>	6
4	3.3	ADECUAR HORARIO DE MEDICACIÓN Y TOMA DE CONSTANTES AL DESCANSO DE LOS PACIENTES <sup>3</sup>	13
5	4.1 9.3	RETIRADA DE CARTELES NO INSTITUCIONALES, Y ANUNCIOS FUERA DE LOS TABLONES. EVITAR RÓTULOS ESCRITOS A MANO	16

Rango	Categoría y número	MEDIDA - ACTUACIÓN PROPUESTA	Nº de veces citada
6	4.15	RETIRADA DEL MOBILIARIO Y DEL MATERIAL EN MAL ESTADO	10
7	2.2	REPOSICIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LA LENCERÍA EN MAL ESTADO	2
8	6.3	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES (Chapa con nombre y categoría) <sup>4</sup>	13
9	5.1 5.2 5.3	MEJORA DEL TRATO PERSONALIZADO Y CORRECTO A LOS PACIENTES SONREIR MÁS. BUENA RECEPCIÓN. <sup>5</sup>	30
10	4.14	PUNTOS DE AGUA FRIA (FUENTES) EN PLANTAS <sup>6</sup>	3
11	3.4	MANTENER CERRADAS LAS PUERTAS DE LAS HABITACIONES	3
12	9.2	NO SALIR A LA CALLE CON EL UNIFORME O ROPA DEL HOSPITAL	1
TOTAL			125

Con objeto de llevar a cabo un seguimiento y monitorización adecuada de las medidas adoptadas e incluidas en el Plan, con carácter general se estableció la obligación de informar trimestralmente a la Oficina de Atención al Usuario del SESCAM de las posibles incidencias en su aplicación y de su grado de cumplimiento, propiciando el conocimiento del “Plan de los Pequeños Detalles” por parte de los componentes de los servicios hospitalarios. Anualmente, en el marco del Plan de Calidad de cada Hospital, se llevó a cabo la correspondiente evaluación del mismo, valorando los resultados alcanzados.

Aunque fueron las más numerosas, las propuestas relativas a ‘Instalaciones’ (y equipamientos), no se ajustaban en general a la definición establecida y a las condiciones inicialmente fijadas para el “Plan de los Pequeños Detalles”, bien por su dificultad de partida o por el coste económico que podía conllevar su puesta en marcha. Otro tanto puede decirse de algunas de las recogidas en el apartado de ‘Hostelería’; igualmente, a pesar de su indudable interés, las medidas referidas a Atención Primaria no se tuvieron en cuenta por no ser el nivel de aplicación objeto de esta primera fase del Plan (si se tuvieron en cuenta más adelante). Algunas actuaciones sugeridas se correspondían con medidas de

Educación Sanitaria, que no podían ser abordadas desde nuestro ámbito, mientras que otras resultan obvias e inexcusables -incluso desde un punto de vista legal-, y a estas alturas deberían estar asumidas y suficientemente consolidadas (por ejemplo: “no fumar en el hospital” o “respeto a las opciones religiosas de los pacientes”).

El gran número de propuestas recogidas en la categoría ‘Información’ (un 22% del total), referidas en general a la mejora de la comunicación con los usuarios, revela la gran importancia que se atribuye a este aspecto en el ámbito sanitario. En este apartado se incluirían también aquellas acciones relacionadas con la imagen corporativa, mensajes institucionales, señalización y directorios. Se ha descrito que cuando una persona no se siente bien informada, se magnifica su sensación de incertidumbre y aumenta su malestar psicológico, por lo que cualquier medida que se adopte, encaminada a corregir dicha sensación, contribuirá a mejorar la calidad del servicio ofertado. La información en los servicios sanitarios debe contemplarse como una actitud terapéutica más que hay que tener presente, formando parte además del proceso de participación activa de los usuarios en la toma de decisiones.

Con carácter general, además del grado de consenso y coincidencia existentes en las propuestas, se tuvo en cuenta también como criterios para seleccionar las acciones del “Plan de los Pequeños Detalles” el que se tratara de actuaciones con bajo coste económico de implantación, que fueran relativamente fáciles de poner en marcha de forma inmediata y de ser monitorizadas adecuadamente, que fueran entendidas y pudieran ser bien recibidas por todos los profesionales y empleados del hospital.

Las estrategias CRM abarca a la mayoría de los ámbitos de la empresa y se pueden ver como un conjunto de actitudes y aptitudes que distingue a las empresas que están auténticamente centradas en el cliente. En este sentido se ha afirmado como, en gran medida “el valor de una empresa se define por lo que los clientes piensan de ella”. Por lo que se refiere al SESCAM, como servicio sanitario público, y desde esta perspectiva, puesta de manifiesto en los compromisos y valores incorporados en el Contrato de Gestión existente con la Consejería de Sanidad, se trata de atender a los usuarios/clientes del servicio, de forma que cada interacción con ellos sea una oportunidad de satisfacer sus necesidades y exceder sus expectativas. Resulta imprescindible transmitir a toda la organización que la calidad percibida depende de manera muy importante del trato humanizado y de la motivación del personal que atiende al paciente y que, a

través del contacto con el mismo se puede, en muchos casos, suplir algunas de las posibles carencias de tipo estructural y económicas de los centros.

Partiendo de la idea básica de “orientación al cliente”, el “Plan de los Pequeños Detalles” del SESCAM ha contribuido a incrementar la calidad percibida por los usuarios y mejorar la satisfacción de los mismos con los servicios sanitarios públicos. A diferencia del sector privado, en la mayoría de los servicios públicos dependientes de las Administraciones, la búsqueda de la satisfacción de sus usuarios debe perseguir no tanto la “fidelización” de los mismos, como el propósito de generar valor para los ciudadanos, legitimando con ello la propia actividad del sector público al que pertenecen. Como afirmaba Susan Hoyle, Directora de Atención al Cliente y Calidad de la British Railways, “Nosotros tenemos cientos de miles de clientes fieles, ¡qué remedio!. Pero también nos gustaría tenerlos satisfechos”.

Es evidente que el contar con una opinión favorable acerca del hospital en que es atendido, facilita la identificación del ciudadano con su centro. Al mismo tiempo, uno de los factores que más puede influir sobre la satisfacción de los propios profesionales sanitarios es el reconocimiento social, el prestigio, un elemento íntimamente unido a la opinión de los ciudadanos sobre el centro en el cual prestan sus servicios, según distintos estudios.

### ***1.7. Estrategia de confortabilidad***

Continuando con esta línea de actuación el SESCAM está trabajando en la Estrategia de confortabilidad donde se pretende continuar mejorando la satisfacción de la calidad percibida de los usuarios del Servicio de Salud a través de cinco grandes áreas estratégicas:

- Información y Comunicación.
- Humanización y calidad de trato. Personalización.
- Accesibilidad.
- Espacios y confort.
- Reclamaciones, quejas , iniciativas y sugerencias.

## 2. Derechos de los pacientes

### 2.1. *Consentimiento informado*

#### **Introducción al consentimiento informado**

En la práctica clínica moderna cada vez es más necesario contar con la participación del paciente en todas las fases de su relación con el médico. La decisión acerca de las medidas a adoptar debe ser conjunta, obteniendo siempre su consentimiento. Para que este consentimiento sea válido desde un punto de vista ético, el paciente debe estar correctamente informado acerca de los aspectos más relevantes de su enfermedad y las alternativas terapéuticas que se le ofrecen. El documento de consentimiento informado (DCI) puede ser una excelente herramienta de apoyo en el proceso de información al paciente, que no olvidemos, debe ser fundamentalmente oral.

#### **La relación médico-paciente**

La relación clínica es la que tiene lugar entre una persona que considera que su salud está amenazada, y un médico.

La relación médico-paciente tradicional era paternalista. La enfermedad hacía vulnerable al paciente, no sólo desde el punto de vista físico, sino también moral. Se le consideraba incapaz de tomar decisiones.

Actualmente nos hallamos en otra fase en la relación médico-paciente. El proceso de emancipación de los enfermos se produjo en la década de los sesenta, y ha seguido evolucionando de forma continua. Se ha ido estableciendo el derecho de todo paciente que posea suficiente capacidad o competencia a tomar las decisiones sobre su salud, en función de sus creencias y convicciones.

#### **Desarrollo histórico del consentimiento informado**

En los EE.UU. se planteó por primera vez la necesidad de que los pacientes tuvieran una participación activa en las decisiones sanitarias, y es el país donde se ha desarrollado fundamentalmente la teoría del consentimiento informado.

En España el proceso de consentimiento informado es algo relativamente nuevo. La mayoría de los profesionales sanitarios se han formado en un tipo

de práctica paternalista. Hasta 1986 no entró de forma reglada en la práctica clínica, con la promulgación de la Ley General de Sanidad.

### **Definición de documento de consentimiento informado (DCI)**

En Estados Unidos se viene solicitando al paciente que firme un documento, el documento de consentimiento informado (DCI), antes de ser sometido a ciertas intervenciones médicas o quirúrgicas. Este documento también se denomina formulario de consentimiento informado, hoja de consentimiento informado, etc. En España, este documento se exigía sólo en el campo de la investigación, y era poco frecuente en la práctica clínica. En el momento actual el DCI constituye una obligación para los profesionales sanitarios y un derecho para los pacientes.

La obtención del consentimiento del paciente a ser intervenido es un procedimiento básicamente oral, a través del diálogo entre el médico y el paciente. Por ello, la mera obtención de un documento firmado no supone que haya existido un correcto proceso de información. Sin embargo, el DCI tiene una gran utilidad en este proceso. Sirve de apoyo al médico, ya que si está correctamente diseñado y redactado, puede aclarar bastantes dudas al paciente. Además, permite que quede constancia de que se ha obtenido el consentimiento informado del paciente.

Actualmente, el consentimiento informado se encuentra regulado, con carácter básico para todo el territorio nacional por la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). El art. 3 de esta norma define el CI como: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

### **Características del documento de consentimiento informado**

Los primeros documentos que se utilizaron otorgaban un consentimiento general a cualquier intervención. Estos documentos son inaceptables desde un punto de vista ético y legal, y su uso se está reduciendo. Los DCI deben ser específicos para cada intervención, dentro de lo posible.

Los documentos específicos deben contener información en cantidad y calidad suficiente. Podemos considerar dos aspectos dentro de un DCI, que deben

ser correctamente atendidos para lograr un documento de calidad. Una parte es la información, que debe ser adecuada en cantidad y sencillez; otra parte es la que podríamos definir como “legal”, que se refiere a declaraciones, firmas, fecha, etc. Hay que tener en cuenta que en demasiadas ocasiones se ofrece una información que el paciente lee y firma, sin llegar a entenderla.

### **Guía para el diseño de documentos de consentimiento informado**

#### *Información identificativa*

- Nombre del hospital y del servicio en el que se va a realizar el procedimiento.
- Nombre del paciente.
- Nombre del médico.
- Fecha y lugar.

#### *Información sobre la intervención*

Descripción del procedimiento.

- En que consiste.
- Cómo se realiza.
- Cuanto dura.
- Que objetivos persigue.

Posibles riesgos de la intervención.

- Señalar las consecuencias negativas inevitables de la intervención, si existen.
- Indicar y explicar adecuadamente los riesgos más frecuentes o más graves.
- Señalar la posibilidad, si existe, de recuperarse de los efectos secundarios.

Espacio para señalar los riesgos personalizados del paciente, si se considera oportuno.

Beneficios del procedimiento a corto, medio y largo plazo.

Posibilidad de tratamientos alternativos. Si existen, se deben de explicar sus ventajas e inconvenientes.

Posibles consecuencias si el paciente no acepta la intervención propuesta.

Espacio para observaciones.

### **Derechos del paciente**

Debe señalarse la posibilidad de revocar la decisión y retirar el consentimiento.

Derecho a conocer el resultado de la prueba o procedimiento.

Se debe solicitar el permiso del paciente a utilizar imágenes o información personal suyas con fines docentes o científicos, respetando siempre el anonimato.

Se debe señalar el derecho al paciente a recibir y entender la información correspondiente a su enfermedad, indicando la disposición del equipo asistencial a la ampliación y aclaración de la información si se desea.

### **Declaraciones y firmas**

*Relativo al paciente.*

- Declaración de que ha leído y comprendido todo lo expuesto y que se le han dado explicaciones complementarias adecuadas.
- Expresión explícita de su consentimiento voluntario para que se realice la técnica.
- Firma.

*Relativo al médico.*

- Declaración de haber informado convenientemente al enfermo.
- Firma.

*Relativo a los familiares y tutores.*

- Explicación de la declaración de incompetencia del paciente.
- Nombre completo del tutor o familiar.
- Declaración de que ha sido informado correctamente y de su consentimiento.
- Firma.

*Legibilidad*

Redacción del documento con frases cortas y directas.

Utilización de palabras cortas y sencillas.

Calcular el grado de dificultad con alguna técnica de análisis de textos.

Hacer que los pacientes lean y mejoren los formularios.

Evitar la proliferación de números, símbolos o siglas.

Utilizar un estilo directo y personal.

Evitar las mayúsculas y las siglas.

Redactar el texto de forma bilingüe en las comunidades autónomas con dos idiomas.

Utilizar correctamente las normas gramaticales.

Imprimir el documento con un tamaño de letra suficientemente grande para poder ser leído con facilidad.

## **2.2. Acceso a la historia clínica**

La historia clínica es una herramienta fundamental para la gestión del proceso clínico, pero también un documento de gran interés para el paciente. En diversos países, los pacientes tienen derecho a consultar su historia clínica (Jadad A). En España, el derecho a disponer de una copia de la documentación clínica por parte del paciente es recogido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

## **2.3. Documento de instrucciones previas**

Las decisiones en el ámbito de la salud deben ser valorados en cuanto a riesgos y beneficios por el profesional sanitario, con la participación del paciente.

La autonomía moral es una conquista del mundo moderno. La autonomía es la capacidad del ser humano para darse fines, normas a sí mismo y tomar decisiones autónomas (con información veraz y con libertad, siendo capaz y competente).

La organización sanitaria debe considerar los principios de la ética asistencial en su funcionamiento. Los principios éticos han ido pasando desde la práctica clínica a las organizaciones, y finalmente, se ven plasmados en leyes. El Convenio del Consejo de Europa por la protección de los derechos humanos y la biomedicina (Oviedo 1997) fue una iniciativa capital por ser la primera declaración ética internacional de carácter jurídico vinculante (España 1/1/2000), estableciendo el marco común de actuación, resaltando el derecho a la información, al Consentimiento Informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas. En el caso de el llamado "testamento vital" o "voluntades anticipadas", este derecho es recogido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente, denominándose "instrucciones previas".

Un documento de instrucciones previas consiste en unas instrucciones u orientaciones a seguir, que pueden ser más concretas si se conocen las posibilidades evolutivas probables de una enfermedad determinada, o bien más vagas si no se conocen o el usuario no está afectado por ninguna enfermedad. Permite al usuario realizar previsiones respecto a las actuaciones sanitarias que desea recibir si se presentan determinadas circunstancias y se carece de conciencia para manifestar personalmente la propia voluntad. De esta manera, se prolonga la autonomía del paciente cuando éste ya no puede decidir por sí mismo. Se han elaborado ya algunas propuestas sobre el documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas.

La cumplimentación de un documento de instrucciones previas es un proceso de responsabilización de los usuarios en las decisiones relativas a su salud. De esta forma, se mejora la transparencia y confianza de las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios.

Se recomienda que los documentos de instrucciones previas consten de las siguientes partes:

- Criterios, que tengan en cuenta la priorización de los valores y las expectativas personales.

- Situaciones sanitarias concretas en las que el usuario quiere que se tenga en cuenta las instrucciones.
- Instrucciones y límites concretos en la actuación médica.
- Representante, es la persona que se nombra para que actúe como interlocutor con el médico.
- Otras consideraciones (donación de órganos, etc.)
- El Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina afirma en su artículo 9:

#### **Artículo 9 (Deseos expresados anteriormente)**

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Por su parte, el artículo 11 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente recoge lo siguiente:

#### **Artículo 11. Instrucciones previas**

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de

hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

#### ***2.4. Segunda opinión facultativa***

Una visión amplia del derecho a la autonomía del paciente y el reconocimiento del papel protagonista del ciudadano en relación con su salud, han impulsado la regulación del ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en nuestro país.

La Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, en la letra p) del artículo 4, relativo a los derechos de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios públicos de Castilla-La Mancha, contempla el derecho de los mismos a disponer de una segunda opinión médica en los términos que reglamentariamente se determinen, que fortalezca la básica relación médico-paciente y complemente las posibilidades de la atención.

En Castilla-La Mancha, esta Ley ha sido desarrollada por el Decreto 180/2005, de 2 de noviembre, por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica.

Del mismo modo, en la ley 41/2002 de 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente, se establecen una serie de definiciones legales entre las que se incluye la libre elección.

Artículo 3. Las definiciones legales. A efectos de esta Ley se entiende por libre elección la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre cen-

tros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

Este derecho es también recogido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 4. Derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En los términos de esta ley, los ciudadanos tendrán derecho en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, a disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos previstos en el artículo 28.1.

Artículo 28. Garantías de calidad y servicios de referencia.

Las instituciones asistenciales velarán por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan.

En algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, este derecho ha tenido un mayor desarrollo reglamentario. En esta Comunidad, a través del Decreto 127/2003 por el que se establece el derecho a la segunda opinión en el sistema sanitario público de Andalucía, se regulan aquellas circunstancias que pueden motivar la solicitud de segunda opinión médica, garantías de este derecho, etc.

## Biografía

Broggi MA. *“La información clínica y el consentimiento informado”*. Med Clin 1995; 104: 218-220

Fernández Martín J. *“Estructura de los documentos de consentimiento informado del INSALUD”*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid 1998.

Gutiérrez R, Rubio M, Fernández J, Navarro C, Parra B. *“Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM”*. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 88-91.

Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. *"I am a good patient, believe it or not"*. BMH 2003;326:1293-1295.

Mira JJ, Galdón M, García EI, Velasco MV, Lorenzo S et al. *"¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi"*. Rev Calidad Asistencial 1999;14:165-177.

*"Plan de Calidad de Atención Especializada. Memoria 1999"*. INSALUD. Madrid 2000. [www.msc.es/insalud](http://www.msc.es/insalud).

*"Programa de Calidad de Atención Especializada. Memoria 1996"*. Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD. Madrid 1997.

Sáinz A, Quintana O, Sánchez Caro J. *"La información médica: el consentimiento informado. Fundamentos éticos y legales"*. Rev Calidad Asistencial 1994; 2: 68-71.

Sáinz A, Quintana O. *"Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento"*. Rev Calidad Asistencial 1994; 2: 72-74.

Simón Lorda P, Concheiro Carro L. *"El consentimiento informado: teoría y práctica (I)"*. Med Clin 1993; 100: 659-663.

Simón Lorda P, Concheiro Carro L. *"El consentimiento informado: teoría y práctica (II)"*. Med Clin 1993; 101: 174-182.

Varo J, Revert Sempere RM, Fuster Torres R, Rubio Gomis E, Rubini Puig S, García Ibañez JE. *"Satisfacción del cliente de los servicios de salud"*. Todo Hospital 1996; 128: 51-56.



## TEMA 5.2

# Participación del ciudadano

José María Bleda García.  
José Luis Fortes Álvarez.  
Olga Solas Gaspar.

*“Cada vez resulta más difícil realizar cálculos fidedignos y los pronósticos infalibles son ya inimaginables”.*

ZYGMUNT BAUMAN, Vida líquida

## 1. Introducción

Un Sistema Sanitario está condicionado en gran medida por los principios y valores que forman y determinan la sociedad en la que desarrolla sus funciones, fundamentalmente la solidaridad y la cohesión social. En la mayoría de los países de nuestro entorno la filosofía y los valores de los sistemas sanitarios giran fundamentalmente alrededor de las teorías éticas de justicia distributiva y de la valoración de la salud como un derecho de los ciudadanos, que los poderes públicos están obligados a proteger, formando parte y siendo un pilar fundamental del Estado de Bienestar. Es así como el Sistema Público de Salud es sin duda uno de los principales instrumentos de solidaridad y redistribución de la renta, entre sectores sociales y también entre territorios y regiones geográficas. De hecho, nuestro Sistema Nacional de Salud encuentra su legitimación a través de un conjunto de valores esenciales: la solidaridad, la equidad, la calidad y la eficiencia. Solidaridad, como sistema público, porque los ingresos proceden de todos; equidad, porque el gasto se orienta hacia quienes más lo necesitan; calidad en todas las vertientes y aspectos del proceso de atención sanitaria; y eficiencia en el sentido de que todas sus actuaciones están dirigidas a optimizar y hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles para conseguir mejoras de rendimiento y resultados.

El primer compromiso y la prioridad de un Sistema Sanitario han de ser la salud de las personas y de la comunidad, ahora bien, en el contexto social actual en los países más desarrollados se está observando un mayor protagonismo de la sociedad civil, y en el que las políticas públicas deben contemplar la participación ciudadana para su sostenibilidad y legitimidad democrática. El protagonista debe ser el ciudadano y el usuario de sus servicios e instalaciones, pero al mismo tiempo hay que reforzar la percepción del ciudadano como dueño del Sistema de Salud y, simultáneamente, como consumidor y usuario del mismo. En este sentido, es preciso destacar y poner de manifiesto sus derechos y deberes o, en otras palabras, sus responsabilidades, para que el ciudadano sea corresponsable en el buen uso del Sistema y también en el uso adecuado de los servicios, lo que redundará en la mejora de la calidad de los servicios y de las prestaciones sanitarias.

No obstante, tampoco hemos de soslayar otro de los elementos básicos de este sistema que son y serán sus profesionales, que en demasiadas ocasiones han asistido a un progresivo divorcio entre la gestión y su práctica clínica. Es deseable que los profesionales se impliquen más, junto con los ciudadanos y los usuarios, en la toma de decisiones, favoreciendo su participación, tanto en la determinación de objetivos de gestión clínica, como en la determinación y establecimiento de prioridades.

## 2. Contenido teórico

### 2.1. *Marco conceptual*

En los últimos años diversos análisis, investigaciones y estudios realizados en diferentes países occidentales (The Patient of the Future Research Project, Patient and Public Involvement: The Evidence for Policy Implementation, Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, La centralidad del paciente en el Sistema Nacional de Salud) vienen poniendo de manifiesto una serie de cambios sustanciales en la práctica clínica y en la relación establecida entre los profesionales, el sistema sanitario y los pacientes y usuarios del mismo. También es muy importante considerar las relaciones del sistema sanitario público y los ciudadanos; si se consigue que los ciudadanos tengan la sensación de ser propietarios de un Sistema Sanitario valioso, al que pueden aportar ideas de mejora, la sostenibilidad social del mismo está garantizada, sin embargo si el ciudadano siente el sistema como algo ajeno será fácil realizar una descapita-

lización del mismo, lo que conllevará una pérdida progresiva de la calidad y su debilitamiento.

Básicamente en todos estos estudios destacan una serie de cuestiones, todas ellas relacionadas, que pueden agruparse en varias áreas temáticas: derechos de los pacientes, acceso a la información sanitaria, accesibilidad a los cuidados y a la asistencia sanitaria, implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas, e implicación de los usuarios y los ciudadanos en la definición de las políticas sanitarias. La gente está más y mejor informada, quiere un mejor acceso a los servicios, una atención más personalizada y unos mayores niveles de calidad en la asistencia sanitaria. Las personas desean ser atendidas con rapidez, amabilidad y trato respetuoso y digno. Al mismo tiempo, quieren ser escuchadas, tener una mejor comunicación con los profesionales, participando y compartiendo las decisiones clínicas que les afectan. También entienden y consideran que su opinión y sus puntos de vista deben ser considerados por los responsables políticos a la hora de establecer las prioridades sanitarias (What Patients Want: A Summary of The Future Patient Conference).

Si, como se viene formulando desde la mayoría de los Servicios Públicos de Salud, los pacientes constituyen el centro del Sistema, sus valores, opiniones y actitudes deberían ser tenidas en cuenta en las estrategias de diseño y provisión de los servicios. Ello supone adoptar la perspectiva de los pacientes, lo que básicamente consiste en situar a los pacientes como sujeto –y no sólo objeto– de la atención sanitaria, lo cual resulta central para la política y la gestión clínica y sanitaria (Meneu R).

Los resultados de los estudios citados y la mayor parte de la bibliografía evidencian dos grandes tendencias (Jovell A). Por un lado, la aparición de un “nuevo” modelo de paciente-usuario-ciudadano que desea responsabilizarse de su salud y la de su familia. Para ello adopta una conducta de consumidor de servicios en relación a la provisión de servicios sanitarios. En segundo lugar, los usuarios y los pacientes manifiestan tener una gran confianza en la profesión médica como agente principal del sistema. Esta confianza es superior a la depositada en otras profesiones sanitarias y se mantiene a pesar de las posibles quejas en torno a la atención recibida.

Todo ello, además del curso de los acontecimientos de la actualidad más reciente, puede poner en evidencia la necesidad de que la sociedad civil, la ciudadanía, tenga un mayor protagonismo en la gestión de los recursos públicos,

entre los que destaca la sanidad. Ello supondría superar el fenómeno del mero electoralismo y buscar fórmulas de democracia deliberativa (Ovejero Lucas F) y participación activa de la ciudadanía para complementar y superar las limitaciones asociadas al sistema de democracia electoral vigente. Transparencia, cercanía, honestidad, sensibilidad y receptividad ante las demandas de los ciudadanos (responsiveness), responsabilidad –en el sentido de rendir cuentas, dar explicaciones- (accountability), son elementos esenciales para la nueva gobernabilidad en el siglo XXI. Y tal como nos sugiere Astrid Lindström: “Según los estudiosos de la democracia deliberativa, existen pruebas de que la participación puede mejorar la calidad de las decisiones, especialmente cuando deben tomarse decisiones sobre temas complejos con implicaciones éticas”.

Dos estrategias que podrían facilitar el gobierno de los ciudadanos pueden ser la introducción de mecanismos reales de participación de los ciudadanos y de los profesionales en el gobierno de las organizaciones e instituciones sanitarias y el desarrollo de una visión de las mismas estructurada en torno a los principios del contrato social.

El concepto de gobierno de los ciudadanos admite además la introducción de los conceptos de capacitación o empowerment de los profesionales y de los pacientes y los ciudadanos. Este concepto no debe entenderse como una mera transferencia o delegación de autoridad, sino como un proceso de admisión de los profesionales y pacientes en los procesos de toma de decisiones sanitarias. Como dice John P. Kotter: “...empowerment no significa otorgar y transferir a las personas nuevas autoridades y nuevas responsabilidades y luego retirarse. Empowerment significa retirar las barreras que nos separan.”

A la hora de tomar en consideración los servicios y la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos pueden adoptarse diversas perspectivas: en su utilización de servicios asistenciales los individuos ejercen derechos como ciudadanos a los que han de responder los gobiernos; también actúan como consumidores, cuyas decisiones afectan a la industria sanitaria; su comportamiento como usuarios es objeto de atención para gestores e investigadores, mientras que a los profesionales sanitarios les corresponde la búsqueda de la mejor asistencia disponible para cada uno de ellos en su papel de pacientes.

Durante mucho tiempo el concepto de participación en el ámbito sanitario ha sido objeto de controversia y debate. Ya en 1986 la Ley General de Sanidad articulaba la participación comunitaria a través de las corporaciones territo-

riales citando expresamente a las organizaciones sindicales y empresariales. La participación formal se plasma en los Consejos de Salud de Área, llegando en varias CCAA, como es el caso de Castilla-La Mancha, a la creación de Consejos de Salud de Zona. Sus funciones son de carácter meramente consultivo, informativo y sin contenido operativo real. Otro tanto puede decirse de las Comisiones de Participación en el ámbito de la Atención Especializada, con un carácter simplemente asesor, de conocimiento o toma en consideración, sin poder ejecutivo.

Para algunos autores (Irigoyen 1996, 2004; Ruiz-Giménez J; Martín-García M. y otros) el fracaso de los organismos de participación ciudadana se debe, entre otros motivos, a que inicialmente no surge de demanda externa alguna, ni siquiera del propio sistema, que es capaz de proceder y funcionar sin necesidad de dispositivos de participación. Precisamente los asuntos más directamente relacionados con la experiencia de los ciudadanos, la relación con los profesionales, los temas asistenciales, quedan excluidos de cualquier espacio de discusión. Se excluyen los servicios prestados en las consultas, así como el control y la supervisión de la gestión. La participación queda limitada, en el ámbito de la Atención Primaria a los Programas de Salud, a informar, proponer, canalizar, conocer... nunca tienen capacidad de decisión.

De esta manera, la participación exclusivamente asesora, consultiva, con un carácter meramente informativo y de conocimiento, con escasas funciones de gestión y control directo, se muestra profundamente desincentivadora y desmotivadora.

En muchos casos la promulgación de normas reguladoras no ha ido acompañada de políticas públicas que la impulsen. Uno de los dilemas y de las contradicciones más importantes de la participación es que ésta ha de ser regulada, pero ello supone crear moldes demasiado rígidos que, en ocasiones, no encajan en la diversidad de las realidades locales. Cualquier fórmula de reparto de cuotas de representación de asociaciones, funcionales, territoriales, agentes sociales, etc. plantea problemas de difícil solución en su aplicación en un área concreta (Gaminde I).

Por otra parte, las tradicionales asimetrías de relación y conocimiento entre profesionales y pacientes, y entre administradores de la sanidad y ciudadanos, tampoco han ayudado en la implantación y establecimiento de unas fórmulas estables y operativas de participación ciudadana. En muchas ocasiones, desde

el punto de vista de los profesionales se ve con desconfianza y suspicacia la habilidad de los ciudadanos para criticar o comprender la complejidad de las acciones en salud, tanto a nivel personal como político: "(...) Estamos, al mismo tiempo, absolutamente convencidos de la bondad y el mérito científico de nuestra cualificación profesional. Los ciudadanos tienen creencias nosotros tenemos el conocimiento." (Levin LS).

Posiblemente sea necesario y conveniente abandonar viejos esquemas e ideas sobre la participación dirigida a objetivos y metas de salud utópicas o inalcanzables, centrándose en aspectos tangibles y cotidianos sentidos por los pacientes/usuarios/ciudadanos, a través de una información clara, desprovista de terminología técnica o de difícil comprensión.

El desarrollo de la participación ciudadana para influenciar las decisiones políticas y acercarlas a las necesidades o deseos de la población no es un problema que afecte únicamente a la sanidad, sino que afecta al desarrollo general del país y a la satisfacción de los ciudadanos.

Por último, y siguiendo las recomendaciones del Canadian Policy Research Network, "para que la participación tenga sentido -tanto para los representantes del gobierno como para los ciudadanos-, tiene que incluirse la posibilidad de deliberar, siguiendo los siguientes criterios: a) debe estar vinculada -no ajena- al proceso político de toma de decisiones; b) los participantes deben ser representativos de los diferentes grupos poblacionales; c) se da a los participantes información creíble, equilibrada y honesta sobre el tema a resolver; d) durante las deliberaciones se respetan los principios de igualdad y justicia; e) los resultados del proceso de deliberación se comunican de forma efectiva al público en general" (Lindström A).

## **2.2. Marco normativo**

La participación comunitaria, entendida como implicación activa de los ciudadanos, grupos sociales y/o la comunidad en un proceso de toma de decisiones comunitario (Glossaire Européen en Santé Publique), debe contemplarse en el marco de los derechos humanos, basada en principios morales fundamentales, en el cumplimiento de las obligaciones legales de los Estados de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos (en particular, el derecho a la salud), y en el cumplimiento de obligaciones internacionales.

Es un derecho de los ciudadanos participar en las decisiones que afectan a su vida. La Organización Mundial de la Salud en diversos documentos reconoce ese derecho (Declaración de Alma Ata): "Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria". Además, se pide a los Estados Miembros: "... que respalden la participación activa de las comunidades locales y los grupos voluntarios en la atención primaria de salud".

En relación con este tema, en febrero de 2000 el Consejo de Europa adoptó la Recomendación nº R (2000) 5, sobre el desarrollo de estructuras para permitir la participación de los ciudadanos y de los pacientes en el proceso de toma de decisiones relativas a su salud. Entre las líneas directrices más relevantes que se recogen en este documento destacan las siguientes:

- Los gobernantes deben elaborar políticas y estrategias para reforzar los derechos de los pacientes y favorecer la participación del ciudadano en la toma de decisiones sobre su salud.
- Los gobiernos deberían crear condiciones favorables a la participación y a la responsabilidad en los procesos de decisión. A tal efecto deberían:
  - a) Instituir o reforzar los mecanismos o estructuras que permitan la participación; escuchar a los pacientes y a los ciudadanos debería ser una preocupación constante en el conjunto del sistema de salud, en todos los escalones administrativos y en todos los niveles regionales, federales o nacionales de las autoridades sanitarias.
  - b) Disponer los procedimientos democráticos para designar/seleccionar los representantes de los ciudadanos, principalmente en los comités de ética, comisiones sanitarias, consejos consultivos y otras estructuras encargadas de tomar decisiones.
  - c) Implicar a los ciudadanos y usuarios en la gestión de las diferentes estructuras.
  - d) Instaurar una evaluación permanente de los procesos participativos dinámicos en los que intervienen los ciudadanos y los pacientes.
- Los gobernantes deberían adoptar políticas que faciliten condiciones favorables al desarrollo de las organizaciones de usuarios. Para ello deberían:
  - a) Crear un marco jurídico para la participación de los ciudadanos en la gestión de los servicios.
  - b) Disponer de condiciones jurídicas y fiscales que faciliten la creación y el funcionamiento de esas organizaciones; en la medida de lo posible, deberían preverse subvenciones en los

presupuestos. c) Crear las condiciones jurídicas precisas para favorecer la financiación de esas organizaciones por la industria, evitando conflictos de intereses. d) Estimular la cooperación entre organizaciones respetando su diversidad. e) Ayudar a las organizaciones a ofrecer servicios. f) Confiar a las organizaciones la misión de informar a sus miembros y al público sobre situaciones particulares y/o cuestiones generales relativas a la salud. g) Dar a esas organizaciones el sitio que les corresponde al lado de otros grupos de interés [profesionales, aseguradoras...]. h) Dinamizar los debates democráticos y éticos en el seno de las asociaciones.

- Los ciudadanos deberían estar asociados en todas las fases del proceso legislativo concerniente a la salud: elaboración, puesta en marcha y seguimiento de las leyes, y revisión. Esto puede hacerse bajo la forma de participación en las comisiones y en los debates públicos.
- Los ciudadanos deberían tener la posibilidad de participar en la definición de prioridades. Las prioridades deberían estar bien explicadas con el fin de que los ciudadanos pudiesen participar con pleno conocimiento de causa y con discernimiento.
- El punto de vista y las aportaciones de los pacientes deberían ser tenidos en cuenta en la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Los pacientes deberían participar en la evaluación interna e intervenir en la evaluación externa mediante las asociaciones de pacientes. Los contratos efectuados con los proveedores de servicios deberían tener una cláusula obligatoria al efecto.
- Los pacientes y sus organizaciones deberían tener acceso a mecanismos apropiados, eventualmente completados por un mecanismo de supervisión por un órgano independiente, para hacer valer sus derechos en los casos particulares. Para ser eficaces, esos mecanismos deberían ser múltiples y comprender fórmulas de conciliación y de mediación.
- Es necesario recoger y analizar sistemáticamente las quejas de los pacientes para reunir informaciones sobre la calidad de los cuidados y mejorar los sectores y los aspectos necesitados.

En España, en términos generales, la participación ciudadana ha recibido poca atención, y aunque se ha tenido en cuenta a la hora de legislar a nivel

estatal y regional, su desarrollo efectivo en el ámbito sanitario no ha sido hasta ahora todo lo real que hubiera debido ser. Cabe señalar las siguientes normas:

- La Constitución Española contempla la obligación de los poderes públicos de facilitar la participación ciudadana en la vida política, económica, cultural y social.
- La Ley General de Sanidad establece que los servicios públicos de salud deben articular la participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución: “Los servicios públicos de salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales correspondientes, en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución”.
- La Ley reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, establece que los diferentes Servicios de Salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios que especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, prestaciones disponibles, características asistenciales del centro o servicio, y dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos, facilitando a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.
- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se propone asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud: “...participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias”. Establece un Comité Consultivo, órgano dependiente del Consejo Interterritorial de Salud, cuyas funciones serán: “...informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”. Curiosamente, en este Comité no están representados directamente los ciudadanos y usuarios, sino solamente los agentes sociales.

- El Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (R.D. 521/1987, de 15 de abril) contemplaba la existencia de las Comisiones de Participación Hospitalaria y Comisiones de Bienestar Social: “Como Órgano colegiado de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de la asistencia que corresponde al hospital, existirá una Comisión de Participación Hospitalaria”. Estas Comisiones se modificaron posteriormente por el Decreto 571/90, de 27 de abril, sobre la Estructura periférica de gestión de los servicios sanitarios del Instituto Nacional de la Salud, creándose las Comisiones de Participación Ciudadana en el Sector Sanitario.

A nivel autonómico, por lo que se refiere a Castilla-La Mancha, cronológicamente pueden citarse las siguientes normas:

- Decreto 34/86, de 22 de abril, sobre Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud. Define los Consejos de Salud como órganos de información y colaboración con los Equipos de Atención Primaria.
- Orden de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, de 2 de junio de 1986 (modificada parcialmente por la Orden de 14 de enero de 1987), por la que se regulan la composición y funciones de los Consejos de Salud de Zona.
- La ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, garantiza la participación ciudadana en distintos niveles del Sistema Sanitario y considera clave la intervención de la comunidad en la política sanitaria y su control, y para articularlo crea el Consejo de Salud de Castilla-La Mancha. Como vocales del mismo se encuentran directamente representadas las Asociaciones vecinales y de Consumidores y Usuarios.
- Orden de la Consejería de Sanidad, de 12 de junio de 2001, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, máximo órgano de participación institucional y comunitaria en el Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma.

- Ley 16/2001, de 20 de diciembre, del Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha. Establece en su organización la existencia de una Oficina de Defensa del Usuario del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.
- Decreto 64/2002, de 30 de abril de 2002, del Consejo de Administración del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). En este órgano se encuentran también directamente representadas las Asociaciones de Consumidores y Usuarios y las Asociaciones de Vecinos
- Orden de la Consejería de Sanidad, de 20 de febrero de 2003, [por la que se regula la presentación] de las Reclamaciones, Quejas, Iniciativas y Sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Está dirigida a mejorar el funcionamiento y la calidad de los servicios sanitarios, así como a manifestar la posible insatisfacción con los mismos.
- Decreto 13/2005, de 1 de febrero de 2005, de los Órganos de Participación en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha. Regula la estructura, organización y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y de los Consejos de Salud de Zona como órganos de participación institucional y comunitaria en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

### 3. Experiencias prácticas

#### 3.1. *En el mundo*

En la mayoría de los países desarrollados las formas que adopta la participación ciudadana son órganos consultivos (De la Revilla L), sin embargo existen ciertas experiencias como las que se están llevando a cabo en el Reino Unido y en Canadá que es necesario resaltar.

En el Reino Unido a partir de las propuestas de modernización y reforma contenidas en el NHS Plan (2000), y tras la publicación de la Health and Social Act 2001 y la National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002, el NHS puso en marcha en el Reino Unido la Comisión for Patient and Public Involvement in Health (CPPIH), cuyo objetivo era incrementar la implicación y participación de los pacientes y del público en general en la toma de decisiones relativas a la atención sanitaria con el propósito de construir un

Sistema Nacional de Salud centrado en el paciente. Ello supuso la constitución de 572 Patient and Public Involvement (PPI) Forums, uno por cada NHS Trust, Primary Care Trust y Foundation Trust, cuya función es la de monitorizar, inspeccionar, supervisar y aportar la perspectiva y el punto de vista de los pacientes y usuarios sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios prestados por el trust.

La experiencia en el Reino Unido se puede consultar en la página electrónica: <http://www.dh.gov.uk>, y especialmente en los siguientes documentos: 1) The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform. Department of health, 2000; 2) Health and Social Care Act 2001. Department of health, 2001; 3) NHS Reform and Health Care Professions Act 2002. Department of health, 2003; 4) PPI Forum Regulations. Department of health, 2003; 5) Patient and public involvement in health: the evidence for policy implementation. Department of health, 2004; 6) Patient and Public Involvement Forums. CPPIH. 2006; 7) Patient and Public Involvement Forums. Department of health, 2006; 8) A stronger local voice: a framework for creating a stronger local voice in the devolepment of health and social care services. Department of Health, 2006.

Apoyados por las Forum Support Organisations, que trabajan mediante contrato con la CPPIH, los PPI Forums realizan informes, recomendaciones y consultas para las autoridades sanitarias, los responsables de los trusts, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA), y otras instancias sobre asuntos relacionados con la atención sanitaria. Además deben promover y apoyar la formación y capacitación de sus miembros y del público en general para que se impliquen en la toma de decisiones sanitarias, favoreciendo así la mejora de los servicios y la satisfacción con el propio NHS.

En julio de 2006 el Departamento de Salud publicó A stronger local voice, que actualiza y plantea un nuevo marco para la participación e implicación de los usuarios y pacientes en el desarrollo de los servicios sanitarios y sociales. A lo largo de 2007 está prevista la desaparición de los patient forums y de la CPPIH, que serán sustituidos progresivamente por una serie de local involvement networks (LINKs) en cada área dependiente de una local authority con competencias en servicios sociales y sanitarios.

En Canadá, en los últimos diez años, se han realizado diversas experiencias de participación deliberativa con los ciudadanos para obtener propuestas en salud, en diferentes niveles de la administración política (Lindström A) el Foro

Nacional sobre Salud (1994-1997), el Comité Kirby (1999-2002) y el Comité Romanow (2001-2002). En el Foro Nacional se pretendía involucrar e informar a los ciudadanos para proporcionar al gobierno federal propuestas para reformar el sistema sanitario y mejorar la salud de los canadienses. Por su parte, el Comité Kirby analizó el sistema de salud de Canadá, los sistemas de salud de otros países, las presiones y limitaciones del sistema actual y el rol del gobierno en el mismo, estableciendo para ello múltiples procesos de participación con diferentes grupos étnicos y de pacientes de todo el país con la finalidad de proponer mejoras en su atención. Y, el Comité Romanow realizó un análisis muy exhaustivo del sistema de salud canadiense, en el que participaron más de diez mil expertos y ciudadanos, usando diferentes metodologías: sesiones públicas abiertas, mesas redondas de expertos, diálogos, consultas on-line, foros televisados, foros regionales y diálogos en la universidad.

### **3.2. En España**

En España, desde la reforma de la atención primaria iniciada en 1984 y la promulgación de la Ley de Sanidad de 1986, se iniciaron las primeras experiencias de participación comunitaria, siendo muy pocas las comunidades autónomas que actualmente tienen implantadas experiencias concretas, pues los órganos de participación o bien no se han constituido o bien no funcionan de una manera regular (Ruiz Jiménez JL), o tal como manifiesta el profesor Irigoyen "... se encuentran en los márgenes de la agenda pública sanitaria". No obstante, en los últimos años, las diferentes administraciones, las asociaciones de pacientes y usuarios, y ciertas organizaciones ciudadanas están tomando conciencia de que es necesario mejorar la participación colectiva en la toma de decisiones de la sanidad pública.

Es destacable la experiencia del Foro Español de Pacientes, entidad de referencia en la representación de las asociaciones de pacientes, creado en el año 2005. Su finalidad es aumentar la concienciación de los políticos, las administraciones y los médicos sobre las necesidades reales de los enfermos y sus familiares, e impulsar una mayor democratización de la sanidad española.

Así mismo, como novedad podemos resaltar el proceso de descentralización de la salud que va a desarrollar el gobierno de la Generalitat. Éste ha impulsado un proceso de co-gobierno (compartido entre el gobierno autonómico y local) en el ámbito de la salud para intentar adaptar las políticas de salud a la diversidad territorial de Cataluña y para ello va a crear 30 Gobiernos Territoriales

de Salud, donde pretende, entre otras cuestiones, incrementar la participación ciudadana y crear un lugar de comunicación y de corresponsabilidad de los ciudadanos en el sistema de salud catalán.

Por último, habría que reseñar la comparecencia del Ministro de Sanidad y Consumo en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados (Sesión del 2 de junio de 2008) en la que se ha comprometido a desarrollar e impulsar el diálogo social con las organizaciones del sector y la participación activa de los ciudadanos, con especial atención a los pacientes, y para ello va a utilizar, principalmente, los instrumentos que contempla la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), como son el Foro Abierto de Salud –que permite la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones en cuestiones relativas a la calidad y la cohesión del SNS– y el Foro Virtual –que permite la participación ciudadana directa en el Plan de calidad del SNS a través de las nuevas tecnologías de la información. A la vez, también hay que señalar la importancia que se le quiere dar al fomento de la responsabilidad individual sobre la propia salud, para lo que se van a ejecutar acciones en educación en hábitos saludables o en factores de riesgo. Con estas actuaciones se pretende, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, situar al ciudadano en el centro de las políticas sanitarias estatales.

### **3.3. En Castilla-La Mancha**

La política sanitaria de la Comunidad de Castilla-La Mancha está fundamentada en cinco pilares: los ciudadanos y los usuarios como eje y centro del sistema, los profesionales y trabajadores sanitarios, los proveedores y la industria farmacéutica, los gestores y administradores sanitarios y los responsables políticos. Entre todos estos agentes se intenta conseguir un modelo de salud más integral, más sostenible y con una mayor capacidad de adaptación a los cambios que se vienen produciendo en nuestro entorno; modelo que encuentra su legitimidad en la solidaridad, la equidad, la calidad y la eficiencia.

Para la consecución de este modelo, que pretende que los ciudadanos y los usuarios sean el centro de atención del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha, se han establecido en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha (2001-2010) los siguientes objetivos: 1) Intervenir en la participación y garantías de los ciudadanos, incrementando su participación efectiva en el sistema sanitario público (constitución del Consejo de Salud; implantar cauces de comunicación entre los servicios sanitarios, los ciudadanos, las organizaciones sociales y

profesionales que favorezcan, motiven y dinamicen la participación ciudadana; realización de encuestas de opinión). 2) Potenciar la capacidad de decisión de los ciudadanos en su relación con el sistema sanitario (derecho a la segunda opción médica; libre elección del profesional y del centro; libre elección técnica; garantizar estándares de tiempo).

Con el fin de poder alcanzar estos objetivos, en los últimos años se han regulado diversas normas legales (citadas con anterioridad). En el momento actual la ordenación y actuación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en cuanto a la participación comunitaria se concreta en los siguientes órganos de participación: Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, Consejo de Administración del SESCAM, Consejos de Salud de Área y Consejos de Salud de Zonas Básicas de Salud. Existen además, otros instrumentos como son: Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha; los procedimientos normalizados para tramitar y gestionar reclamaciones, quejas, iniciativas y/o sugerencias; teléfono 24 horas del SESCAM; barómetro sanitario, encuestas de opinión y satisfacción con los servicios sanitarios, etc.

Los responsables del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha son conscientes de que toda esta normativa ha de ir acompañada de políticas públicas que la impulsen, y para ello enmarcan toda esta normativa en la consecución de una participación más activa de los ciudadanos en la gestión sanitaria. Se pretende que los ciudadanos tengan un mayor acceso a la información y participen más en la toma de decisiones, con la finalidad de ajustarse a los siguientes derechos de los pacientes: derechos humanos y valores; información; consentimiento informado, confidencialidad y privacidad; cuidados y tratamiento de calidad; y, el derecho a reclamar. Para ello, quieren establecer un nuevo modelo de participación (Bleda JM, Gutiérrez R), que vaya más allá de la asesoría o consulta, en el que el ciudadano esté cada vez más informado, tenga una mayor capacidad de elección y sea cogestor y corresponsable con la Administración regional de las decisiones que se adopten sobre la política sanitaria regional. Ahora bien, no olvidan que para que la participación de la población sea efectiva son necesarias nuevas actitudes y habilidades, se han de desarrollar capacidades comunitarias y se ha de involucrar a los ciudadanos y usuarios en el desarrollo de la calidad, la seguridad y la educación.

Tampoco obvian los obstáculos difíciles de superar como son las áreas de poder, la competitividad, la rigidez de la legislación, la incertidumbre del cambio, culturas diferentes, intereses políticos contrapuestos, inflexibilidad de ciertos

individuos, desconfianza, falta de información suficiente, etc. Lo que no debe ser impedimento para que la participación de la población en las decisiones políticas sea cada vez más efectiva y se acerque más a las necesidades y deseos de la comunidad, y sea la principal contribución de la Comunidad de Castilla-La Mancha para construir en los próximos años un Sistema Europeo de Salud basado en los principios de universalidad, equidad y financiación mayoritariamente pública.

Con este nuevo modelo de participación ciudadana en salud se pretenden alcanzar los siguientes objetivos generales: mejorar el Servicio de Salud potenciando su orientación a las necesidades de la población y garantizar la participación ciudadana en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha; así como los siguientes objetivos específicos: a) involucrar en la participación activa a los agentes claves de la salud (ciudadanos y usuarios, responsables políticos, gestores de servicios, representantes de los ciudadanos, profesionales de la salud e instituciones académicas); b) comprometer a los agentes clave de salud a compartir los principios sobre los que se basa el Sistema Nacional de Salud –universalidad, equidad y financiación pública-, y c) detectar y conocer las demandas y las necesidades de la comunidad castellano-manchega.

Teniendo en cuenta todo lo anterior sobre los beneficios de la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones de los temas que les afectan, se ha visto necesario y recomendable ampliar la institucionalización de la participación, y como consecuencia se pretende complementar los órganos de participación reglados en la actualidad (Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, Consejo de Administración del SESCAM, Consejo de Salud de Área y Consejo de Salud de Zona) con un Foro de Salud de Área, un Consejo de Participación y Administración de Área Sanitaria y un Foro Virtual Regional de Salud, para así disponer de estructuras que permitan a los ciudadanos participar de una manera regular en todos los niveles. Esta propuesta fue debatida y analizada en dos reuniones de trabajo (Jornadas sobre participación de los ciudadanos en el Servicio de salud de Castilla-La Mancha -Toledo, 2005- y Encuentro regional sobre participación ciudadana en el Sistema sanitario público de Castilla-La Mancha -Toledo, 2006-) en las que asistieron y participaron más de 200 agentes clave de salud: representantes de asociaciones ciudadanas y de pacientes, profesionales sanitarios, expertos en participación comunitaria y representantes de la Administración.

El Foro Participativo de Salud de Área sería un órgano de participación directa institucional y comunitaria en el ámbito de cada Área de Salud, siendo

su principal base de funcionamiento el movimiento asociativo (asociaciones ciudadanas y asociaciones de pacientes). El Foro Participativo de Salud de cada una de las Áreas de Salud estaría integrado por representantes de la Administración y de los ciudadanos. La estructura de funcionamiento sería una Asamblea Plenaria y un Consejo del Foro. La Asamblea participativa sería el órgano de encauzamiento de las propuestas ciudadanas del Área de Salud de contenido presupuestario de interés general e integraría a todos los miembros del Foro Participativo. El Consejo del Foro sería el órgano de debate y coordinación de las propuestas ciudadanas, que emanan de la Asamblea participativa, e integraría a los representantes de las asociaciones y organizaciones sociales y sanitarias legalmente constituidas en el ámbito del Área de Salud. La finalidad de los Foros Participativos sería la de deliberar, planificar y elaborar propuestas ciudadanas para el presupuesto participativo, defendiéndolas ante el Consejo de Participación y Administración de Área. Esas propuestas presupuestarias estarían relacionadas con: atención primaria, atención especializada, acciones públicas relativas a la salud, epidemiología y promoción de la salud, sanidad ambiental e higiene de los alimentos, e inspección y calidad sanitaria.

El Consejo de Participación y Administración de Área sería el órgano coordinador de participación del Área de Salud, y estaría formado por representantes del Foro Participativo de Salud de Área y del Consejo de Salud de Área, así como por responsables de gestión, representantes de la Administración y el Gerente del Área. La finalidad del Consejo de Participación y Administración de Área sería la de debatir y priorizar las propuestas del Foro Participativo de Salud de Área, del Consejo de Salud de Área, de los Consejos de Salud de Zona, del Gerente del Área y del Foro Virtual, todo ello en el marco del Plan de Salud y del Contrato de Gestión. Las propuestas emanadas de este Consejo se remitirían al Director Gerente del SESCAM para su discusión y aprobación con el Gerente del Área, y una vez aprobadas se remitirían de nuevo al Consejo del Foro de participación para su conocimiento y se trasladaría a la Consejería de Sanidad para su incorporación a la propuesta presupuestaria anual.

Por último, el Foro Virtual Regional de Salud sería el cauce principal de participación individual a través de una página web, que recogería todas sus propuestas y sugerencias y las elevaría a la Asamblea del Foro Participativo de Salud de Área correspondiente.

Estos nuevos órganos de participación se han recogido en el Decreto 61/2007, de 15 de mayo, de ampliación de los Órganos de Participación en el Sistema

Sanitario de Castilla-La Mancha para el Área de Salud de Puertollano, que amplía los cauces de participación existentes. Este nuevo modelo de participación se está desarrollando inicialmente en el Área de Salud de Puertollano (Ciudad Real), previamente a su extensión a la totalidad del Sistema sanitario regional, con el objetivo de superar el tradicional modelo de asesoramiento y consulta y hacer posible un mayor grado de participación en las decisiones sobre gestión sanitaria del Área de Salud (Bleda JM, Santos A, Fernández C). Estos nuevos órganos han sido copartícipes en el contrato de gestión del Área de Puertollano para el presupuesto de 2008, incorporándose al mismo numerosas propuestas ciudadanas de un colectivo de 43 asociaciones.

## 4. Conclusiones

En la sociedad actual hay una presión social cada vez más intensa que demanda más información sobre las cuestiones científicas y tecnológicas y un deseo de implicarse más en la toma de decisiones que afectan a su salud. Como consecuencia de ello los responsables de las políticas públicas han de contemplar la participación ciudadana en el Sistema Sanitario si se quiere lograr una sostenibilidad social y una legitimidad democrática, por lo que habría que reconstruir el marco institucional de participación ciudadana en el Sistema Sanitario.

Las actitudes y las opiniones de los diferentes agentes clave de salud, principalmente de los ciudadanos, deben ser tenidas en cuenta, tratando de involucrar lo más posible a la mayor diversidad de grupos de interés en un proceso de participación deliberativa transparente, con resonancia pública y donde se gestione con responsabilidad compartida.

Los ciudadanos han de elevar su nivel cultural científico y tecnológico, lo que supondrá que las tomas de decisiones de los profesionales sanitarios sean más comprensibles, que la sociedad se vaya acomodando a la ciencia y a la tecnología, y que haya un mayor control por parte de la sociedad; en definitiva, que se dé una socialización de la toma de decisiones.

## Bibliografía

Bleda, JM, Santos, A y Fernández, C., *“Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la Comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del*

*mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005-2008)*", Revista Administración Sanitaria. Siglo XXI: 2008, 6: 699-714.

Bleda, JM. y Gutiérrez, R., *"La participación ciudadana en el sistema sanitario público de Castilla-La Mancha. Hacia un nuevo modelo de implicación de los ciudadanos"*, Revista Comunidad PACAP, 2006, 9: 26-27.

De la Revilla, L. y otros, *"Participación e intervención comunitarias"*; en Martín Zurro, A. y Cano, JF., Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, Elsevier, Madrid, 2003: 172-184.

*"Declaración de Alma-Ata. Salud para Todos, 1978"*. Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, 1986. *"Declaración de Yakarta de Promoción de la Salud en el Siglo XXI, 1997"*. En el 25º aniversario de la Conferencia de Alma-Ata, celebrado en mayo de 2003.

*"Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes (2003)"*. Disponible en: [//www.webpacientes.org/atematicas.php](http://www.webpacientes.org/atematicas.php)

Gaminde, I., *"Los derechos de los ciudadanos. Del derecho a la protección de la salud"*, Informe SESPAS 1998.

*"Glossaire Européen en Santé Publique"*.

Irigoyen, J., *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. Universidad de Granada. Granada, 1996.

Irigoyen, J., *"Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista"*, Revista Comunidad PACAP, 2004; 7: 73-79.

Jovell, A. *"El paciente «impaciente» ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El Médico Interactivo"*, Diario Electrónico de la Sanidad. N.º 973 [consultado 12/1/2005]. Disponible en: [//www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)

Kotter, JP, Cohen, DS., *"The heart of change. Boston: Harvard Business School Publishing"*, 2002.

*"La centralidad del paciente en el Sistema Nacional de Salud"*. Análisis de la encuesta a un grupo de Organizaciones Representativas de Pacientes. Fundación SIS,

2004. Disponible en [//www.fundsis.org](http://www.fundsis.org)

Levin LS. "Public Participation in health care quality. *Journal of Epidemiology and Community Health*" 49:348-353 (1995).

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Lindström Karlson A. "Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios", Documento de trabajo n° 31, Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2006, pág. 5. En este trabajo se realiza una descripción de las numerosas formas de participación, estructuras organizativas y criterios utilizados por la OCDE, Canadian Policy Research Network y la International Alliance of Patient's Organization, así mismo adjunta experiencias recientes de implicación ciudadana en Canadá.

Meneu, R. "La perspectiva de los pacientes. *Gestión Clínica y Sanitaria*", Vol. 4. n° 1, 2002.

Ovejero Lucas F. "La democracia deliberativa se entiende como un sistema de decisiones colectivas en el que los participantes se ven obligados a defender sus argumentos en un público diálogo regido por principios elementales de racionalidad e imparcialidad. *Democracia deliberativa, en serio*". EL PAÍS, 30-12-2004.

Patient and Public Involvement: "The Evidence for Policy Implementation (mayo 2004)". Se trata de un resumen del programa de investigación Health in Partnership llevado a cabo por el Departamento de Salud británico, que incluye una serie de proyectos relacionados con la implicación de los pacientes en el ámbito del NHS. Disponible en: [//www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)

R.D. 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.

Ruiz-Giménez, JL., *"Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español"*, Revista Comunidad PACAP, 2005; 8: 62-72.

Martín-García, M., Ponte-Mittelbrun, C. y Sánchez-Bayle, M., *"Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud"*, Gaceta Sanitaria, 2006; 20 (Supl 1): 192-202.

*"The Patient of the Future Research Project"*, desarrollado entre 2001 y 2002 en ocho países europeos (Alemania, Eslovenia, España, Italia, Polonia, Reino Unido, Suecia y Suiza), presentado en la Conferencia Europea celebrada en Bruselas en noviembre de 2002.

*"What Patients Want"*: A Summary of The Future Patient Conference. ,MSD. December 2003.



## TEMA 5.3

# Aspectos específicos de la calidad en atención primaria de salud

Rosario Cerdá Díaz.  
Antonio Cardona Torres.  
Rafael Muñoz Sánchez-Villacañas.

## 1. Introducción

La existencia de un capítulo de un manual de calidad que trate aspectos específicos de la atención primaria de salud debe abordarse desde la tendencia actual de considerar el proceso asistencial como un procedimiento continuo de vigilancia, control y mejora de la atención, que debe realizarse con las menores disfunciones posibles, originadas por problemas de organización de los servicios.

Los conceptos de calidad asistencial y sus diferentes métodos de evaluación no difieren según el ámbito competencial que se trate, ni del tipo de institución que se evalúa. Las definiciones de los componentes de la calidad, tipos de análisis, o metodología de los procesos de mejora son aplicables a todas las estructuras sanitarias. La lectura de los textos de referencia sobre calidad asistencial permite descubrir que la aplicación de su contenido se destina a todos los niveles de atención, y hacen referencia expresa a menudo a su aplicabilidad a la atención primaria o ambulatoria.

La preocupación por realizar actuaciones correctas, de calidad, y su comprobación y evidencia para los pacientes y ciudadanos es consustancial al acto

médico y por extensión a todas las actuaciones sanitarias. El primer interesado, desde el principio de los tiempos, en la constatación de la buena práctica es el profesional, actuando por su propia y exclusiva voluntad, o trabajando para otros.

Como señala Mercedes Alfaro en su análisis de la evolución de la atención primaria en España, un elemento comúnmente adoptado por las administraciones sanitarias de cara a establecer su organización para la provisión de los servicios es la creación de entornos asistenciales. Determinadas actividades sanitarias se agrupan en espacios definidos estratégicamente y técnicamente. Las fórmulas empleadas siguen básicamente dos esquemas: atención primaria/atención especializada en unos casos y atención ambulatoria/atención hospitalaria en otros. En cualquiera de ellas, la complejidad tecnológica de cada nivel y la accesibilidad al mismo suelen encontrarse en relación inversa.

Se establecen servicios sanitarios de primer nivel con capacidad de abordar los problemas de salud de presentación frecuente, dotados de una gran accesibilidad y de capacidad de absorción de la demanda espontánea de los ciudadanos. Este nivel llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isocrona razonable desde cualquier lugar de residencia. La dotación tecnológica se compone de aquellos medios necesarios para el manejo de patología prevalente, cuya profusa utilización hace que se consideren recursos rentables. El arsenal terapéutico disponible está a su libre alcance salvo algunos medicamentos especiales. Por otra parte, dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

También son criterios de equidad y eficiencia los que hacen que se atribuya al nivel primario otra función primordial, la de determinar la intervención del nivel especializado en los casos que supera sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas. Con ello se pretende modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste, previsiblemente poco equitativo por lo dependiente de la iniciativa personal, nivel cultural, circunstancias sociales y geográficas, tolerancia a la incertidumbre, etc., de cada individuo y, seguramente, de baja eficiencia por lo indiscriminado de su demanda.

La decisión de incluir aspectos específicos de la evaluación de los servicios de atención primaria se justifica entonces no por diferencias conceptuales, sino

por estos aspectos señalados, que tienen que ver con características organizativas, y cuestiones relacionadas con el desarrollo diferencial de los diferentes centros asistenciales.

En todo caso pudiera parecer procedente recordar que en el reciente “Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, de la OMS se señala “la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación y la APS puede afrontar esos desafíos.” Reitera la Organización Mundial de la salud la necesidad de desarrollar los servicios sanitarios de primera atención como medio para mejorar la calidad global de la asistencia.

La visión global de la OMS obliga a poner en perspectiva la distinta organización de los servicios sanitarios en el mundo actual, con un desarrollo de la atención primaria muy diverso, y pone el acento en la necesidad de desarrollar este nivel asistencial como la mejor manera de mejorar la asistencia a los ciudadanos, como señala al recordar que los mayores avances en este camino se han dado en los países con servicios sanitarios de primer nivel con un mejor desarrollo.

## **2. Evolución de la calidad asistencial en atención primaria de salud**

### ***2.1. Los antecedentes***

La evolución histórica de los conceptos de calidad asistencial, desde su introducción como disciplina de análisis de los servicios, y la progresiva extensión de los procedimientos de evaluación ha sido paralela a la evolución organizativa de los propios servicios.

La utilización mimética del control de calidad de las empresas industriales en la evaluación de la atención sanitaria necesita la existencia o la creación de mecanismos de medida de parámetros monitorizados, que requieren organizaciones estructuradas y con algún nivel de jerarquización, lo que posibilita su

introducción más o menos inmediata en instituciones cerradas como los hospitales, que disponen además de sistemas de información establecidos y fiables. En la primera mitad del siglo veinte la aplicación de los mecanismos de control de calidad en el mundo occidental a la asistencia sanitaria se destina fundamentalmente a la evaluación de la estructura de los centros hospitalarios y a la vigilancia de procesos quirúrgicos, relacionados en muchas ocasiones con los conflictos bélicos de la época. La acreditación, en principio únicamente basada en datos estructurales, no puede hacerse más que en los servicios sanitarios organizados.

La reforma de la atención primaria, a partir de la Declaración de Alma Ata en 1978 hace posible la organización de servicios de primer nivel asistencial, e inmediatamente se puede proceder al análisis de su estructura y organización. La Joint Comission había señalado ya con anterioridad los criterios de evaluación y acreditación de centros ambulatorios, pero hasta que la OMS no señala la necesidad de desarrollar las estructuras de atención primaria, no empiezan a desarrollarse estudios de adecuación de estos servicios, con la creación de estándares y criterios de evaluación.

La aparición en los años 60 de los estudios de Avedis Donabedian sobre calidad de la atención médica, con su clásica definición de la estructura, el proceso y los resultados de la atención, define aspectos conceptuales y metodológicos de la evaluación de la asistencia, que se aplican a todos los niveles asistenciales. En uno de sus primeros artículos, publicado en 1966, señala que la evaluación de la atención ambulatoria, a la que no asigna metodología específica, presenta algún "problema". Indica expresamente la escasez de información registrada y la dificultad de definir el episodio de evaluación, con el desconocimiento frecuente de los antecedentes y escasa evaluación de las visitas a los médicos ambulatorios.

Los artículos y manuales de calidad señalan a partir de entonces que las diferencias en la medida y mejora de la calidad entre la atención primaria y la asistencia hospitalaria tienen que ver en todo caso con las peculiaridades de la propia actividad sanitaria. En muchos casos no hacen distinción de los métodos aplicables, y cuando lo hacen no se refieren a cuestiones metodológicas, sino a explicar las diferencias, si las consideran, en el abordaje de la protección de la salud por los diferentes actores. Se relacionan aspectos como la longitudinalidad de los procesos en atención primaria, la tecnología utilizada, la multidisciplinariedad o la posibilidad de estudiar amplios grupos de población. En otros

casos se expresan dificultades circunstanciales de evaluación en la atención ambulatoria, que como antes se señalaba, responden a cuestiones organizativas, particulares, de las instituciones sanitarias de un territorio concreto, y que en muchas ocasiones han tenido un desarrollo evolutivo que han conducido a la tendencia actual de considerar el proceso asistencial y su evaluación como un proceso global y continuo que se aborda con metodología comprensiva de toda la atención sanitaria en su conjunto.

Es necesario señalar ahora que la diferente organización de la asistencia en los distintos países, en particular en EEUU y los distintos sistemas europeos, condiciona los estudios de medida de la calidad de la atención. La situación actual sitúa a España en un tipo de organización de la atención primaria con características diferenciales al resto de los países, que condiciona la evaluación. En todo caso, como antes se indicaba, la reforma de los dispositivos ambulatorios en los países de nuestro entorno, a partir de 1978, ha posibilitado la progresiva implantación de equipos estructurados de asistencia en este nivel, la mejora de los registros clínicos y los sistemas de información y con ello la paulatina aparición de estudios de la calidad de la atención prestada en la consulta ambulatoria.

En otros capítulos se ha explicado la evolución cronológica de los conceptos de la calidad y la metodología de la evaluación. Esta evolución ha condicionado los estudios aplicados al análisis de la atención primaria. Cuando el criterio dominante es el control de calidad, analizando la estructura o el proceso asistencial, para detectar fallos del sistema, se requieren buenas fuentes de información, con registros fiables que hagan posible la detección de errores. La aparición de equipos o grupos de profesionales organizados hace posible en atención primaria la evaluación de la estructura y organización de los profesionales, incorporando en este nivel el proceso de acreditación. Aparece así en muchos casos la estandarización de los requerimientos óptimos para un centro asistencial de atención primaria, y en algún caso la tentación de hacer normativo este requerimiento. Ejemplo de estas iniciativas de mejora de la calidad, definiendo la estructura exigible para el buen funcionamiento de los centros lo constituye la acreditación de las unidades docentes de las especialidades médicas.

Desde los años 80 del siglo pasado a la actualidad se puede considerar que la progresión de la preocupación y el análisis de la calidad de los servicios sanitarios ha sido muy rápida e intensa. De manera inmediata a la preocupación por el nivel de la estructura de los centros se añade el interés por estudiar el grado de control

de los procesos, y en la acreditación de servicios se analizan también procedimientos organizativos o asistenciales. La aparición de los conceptos relacionados con la garantía de la calidad, que incide fundamentalmente en la revisión del mecanismo de interacción de los recursos para evitar que una mala planificación de sus efectos conduzca a errores, pone el interés fundamental en la evaluación del proceso asistencial. En esos momentos se están instalando en España y en otros países europeos, equipos organizados de trabajo en atención primaria, y aparece como consecuencia la posibilidad de estudiar su estructura y funcionamiento. Inmediatamente empiezan a publicarse estudios de evaluación de centros y de sus procedimientos, y algunos intentos de normalizar los criterios de evaluación.

La diferencia fundamental de la medida de la calidad en esta época entre hospitales y atención primaria, no tiene que ver con aspectos conceptuales, iguales para ambos niveles, sino con la clara diferencia de desarrollo entre ellos. La coexistencia temporal de estudios de la calidad asistencial, que siguen las diferentes teorías del mundo empresarial, fundamentalmente de las empresas de servicios, introduce inmediatamente la evidencia de la necesidad de dar el paso del análisis de los problemas de calidad a la propuesta de su mejora.

La aparición de registros clínicos fiables y otro tipo de documentación en atención primaria tiene como consecuencia la posibilidad de realizar y publicar estudios de los procesos asistenciales, y se efectúan evaluaciones de todos los procedimientos de la atención. Métodos diagnósticos, tratamientos, solicitud de pruebas complementarias y cualquier actividad asistencial es objeto de estudio. Los objetivos peculiares en el nivel asistencial tienen que ver con las características que definen a atención primaria, en particular:

- Actividades de prevención, realizadas con particular frecuencia en la atención primaria.
- Atención a población sana y enferma, y en muchos casos posibilidad de analizar a toda una población definida, lo que permite estudiar la efectividad de las actuaciones sanitarias. Especialmente frecuente es la realización de trabajos sobre la efectividad de los medicamentos.
- Posibilidad de contribuir a estudiar los costes directos e indirectos, incluso los intangibles, de modo que puede realizarse estudios de eficiencia. A finales de los años 80 existe una gran preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario y los costes de la asistencia.

- Capacidad de recoger la opinión de los usuarios, que desde el principio forma parte de los determinantes de la calidad, aunque su papel va creciendo progresivamente en esa época.

La importación del ciclo de mejora a la actividad asistencial constituye el paradigma de la evaluación del proceso, la auditoría, denominada audit médico. Inicialmente destinada a analizar la calidad de las historias clínicas hospitalarias, pronto se realizan con este fin también en primaria, y después para evaluar casi cualquier proceso asistencial.

En los hospitales existen tradicionalmente comisiones clínicas, que empiezan pronto a utilizar metodología de control y garantía de calidad. En España la Ley General de Sanidad establece programas de calidad y estructuras organizativas en los hospitales. Las diferentes comisiones utilizan metodología de control de calidad y del audit médico para analizar diferentes procesos, como las infecciones nosocomiales, tumores o calidad de las historias clínicas. Aparecen en los hospitales coordinadores de calidad, con procedencia y formación diversa.

En este momento hay que precisar que en la atención primaria de España ni siquiera existe una estructura organizativa coherente, empezando a crearse en cada provincia, a partir de la organización ambulatoria, el núcleo inicial de las direcciones de la asistencia primaria. Mucho menos se puede considerar la posibilidad de bases organizativas de calidad en este nivel, por lo que las iniciativas de análisis parten de equipos de atención primaria, en algunos casos dirigidos por “expertos voluntarios”, como por ejemplo ocurre con el Programa Ibérico de evaluación de procesos asistenciales en centros de salud de España y Portugal. Las sociedades científicas editan sus propias normas de evaluación de la calidad, en particular SEMFYC con el PAPPS, que es en esencia un plan de garantía de calidad, con monitorización de procesos.

La aparición de las primeras transferencias sanitarias permite a las Comunidades autónomas seguir su propio camino en la evolución de sus sistemas sanitarios y su evaluación, lo que ha posibilitado en algún caso un importante desarrollo. No obstante el Insalud mantiene en los años 80 y 90 un interés creciente por la evaluación de la atención sanitaria y establece un ambicioso Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria, con inicio en el año 1986, que define como calidad total la integración de los procesos de garantía de calidad de cada unidad del sistema. El propio plan reconoce que en esos momentos no existe un sistema de clasificación y codificación normalizado en atención

primaria lo que dificulta el objetivo fundamental del plan que es conseguir un sistema de información válido y homogéneo.

En todo caso el desarrollo de las actividades previstas en el Plan permitió la formación de muchos profesionales de atención primaria en aspectos metodológicos de la evaluación y mejora de la calidad que continuó en 1991 con la aparición de la cartera de servicios de atención primaria del Insalud. La definición de criterios y estándares de evaluación de los servicios de los centros de salud permitió durante bastantes años, hasta la desaparición del Insalud en 2002, la comparación de la calidad de los procesos asistenciales de los equipos de atención primaria. La evaluación de la cartera de servicios es un ejemplo de la evaluación de determinados procesos considerados de particular interés para identificar un centro de salud de calidad utilizando metodología básica de garantía de calidad, sin explicitar medidas de mejora, en la presunción de que la medición de indicadores de proceso conduce a su mejora, y ella a buenos resultados de salud.

El gran desarrollo de la evaluación de la calidad de la atención primaria en esta época sigue paralelo y guarda mucha relación con la creación de estructuras de gestión en este nivel asistencial, que permiten el establecimiento de determinados departamentos de responsabilidad en esta actividad, de nivel y recursos diferentes, pero en todo caso de alcance prácticamente universal en nuestro país, tanto en las comunidades con transferencias asistenciales como en el Insalud. Así se establecen responsables de calidad en las gerencias y equipos, comisiones de calidad, y comienza la publicación de planes de calidad.

## ***2.2. La actualidad***

La transferencia de los servicios de atención sanitaria en 2002 a las autonomías que aún no prestaban asistencia, completa el mapa sanitario en nuestro país y permite desarrollar en cada autonomía las diferentes visiones sobre la evaluación de la calidad. Coincide la extensión de la decisión de todas las comunidades autónomas del establecimiento de planes de gestión de la calidad con la evolución conceptual que conduce a la instauración de planes de excelencia, que son rápidamente adaptados al mundo sanitario. Además la utilidad de gestión en boga ejecuta en el modelo organizativo la intención de integración de los procesos asistenciales, de manera que en un gran número de autonomías se apuesta por la integración de las estructuras asistenciales, unificando la dirección de los hospitales y la atención primaria, creando direcciones de área. De

una u otra manera se crean gerencias unificadas, lo que lleva ineludiblemente a que los recursos de calidad también integren sus estructuras y esfuerzos.

En la actualidad la coincidencia entre el diseño de planes de excelencia, en particular modelos EFQM y la integración de los servicios asistenciales hace que, al menos en el diseño, los objetivos de evaluación de la calidad de hospitales y centros de atención primaria se presenten como comunes, con metodología y recursos conjuntos. Doce de las diecisiete Comunidades tienen un Plan de Calidad como parte de las líneas estratégicas, que incluye en su mayoría líneas y objetivos estratégicos formalmente aprobados. La misma proporción de Comunidades Autónomas (aunque no sean necesariamente las mismas que tienen Plan de Calidad formulado) enfoca sus esfuerzos de calidad en el marco del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management), mientras que otras utilizan enfoques distintos.

Al evaluar los mecanismos de calidad externos utilizados destaca que el nivel de aplicación del modelo EFQM en las comunidades que lo utilizan es muy variable y va desde aquellas que tienen una larga tradición y utilizan modelos de autoevaluación y evaluación externa desde hace años, como el País Vasco, a las que empiezan a utilizar el modelo con más o menos intensidad. Junto con el desarrollo del modelo EFQM aparece el enfoque por procesos de las organizaciones que se refleja en muchos de los informes estudiados.

Otros mecanismos externos de calidad que se reportan en los informes son la acreditación y la apuesta por generalizar la ISO en todos o algunos de los ámbitos de la atención. Varias comunidades tienen un sistema propio de acreditación como estrategia de mejora de centros hospitalarios y de atención primaria.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud, tiene como una de sus misiones la de potenciar la cohesión del mismo y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas para garantizar de esta forma los derechos de los ciudadanos, pacientes y usuarios en sus relaciones con el Sistema Nacional de Salud.

Para ayudar a que el Sistema Nacional de Salud responda a este tipo de desafíos, y con base en el mandato de la segunda Conferencia de Presidentes, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha articulado en marzo de 2006 el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Se pretende con él desarrollar

estrategias que permitan garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia. Estas estrategias serán complementarias a las que se desarrollan desde los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ofrece seis grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario:

1. Protección, promoción de la salud y prevención
2. Fomento de la equidad
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud
4. Fomento de la excelencia clínica
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos
6. Aumento de la transparencia

Estas áreas se concretan en 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción. Las estrategias se han diseñado como grandes ejes de actuación con un horizonte a medio y largo plazo. Los objetivos, que abordan los aspectos más relevantes en la actualidad de los servicios sanitarios, tienen un horizonte temporal a medio plazo, y la mayor parte de los proyectos de acción tienen un horizonte de ejecución de corto plazo.

Dentro de la estrategia 2 Salud y hábitos de vida, el Objetivo 2.2 es impulsar el desarrollo de la Atención Primaria y señala que:

“La Atención Primaria de Salud ha demostrado su influencia positiva en la mejora de la efectividad y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y ha conseguido un alto grado de satisfacción de los ciudadanos. Sin embargo, en los últimos años se han producido cambios demográficos y, también, en la morbilidad y en las demandas de la población que afectan a la atención primaria”.

Consciente de ello, la II Conferencia de Presidentes celebrada en septiembre de 2005 destacó la necesidad de impulsar la atención primaria y de comprometer a las Administraciones competentes en la mejora de su capacidad de resolución y sus recursos.” Con ese propósito el Ministerio de Sanidad y Consumo está impulsando el Proyecto AP-21 (Estrategias para la atención primaria del siglo XXI) que pretende realizar propuestas de mejora contando para ello con la colaboración de las principales sociedades científicas y de las Comunidades Autónomas.

Dado que la atención primaria es un ámbito esencial para el logro de los objetivos de calidad del sistema, en el Plan de Calidad se han incluido acciones que pueden ayudar al desarrollo de dicha Estrategia.

### **Proyectos a desarrollar:**

- Impulsar estudios que evalúen la efectividad y eficiencia de diferentes sistemas organizativos y las diferentes estrategias de incentivación profesional en Atención Primaria desarrollados por las Comunidades Autónomas. En concreto:
  - > Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria.
  - > Gerencia única con distintos grados de integración entre primaria y especializada, que se están implantando en diversas Comunidades Autónomas.
  - > Entidades de base asociativa.
- Financiar proyectos-piloto que tengan como objetivo promover la integración de actividades preventivas y de promoción de la salud en las consultas de Atención Primaria.
- Impulsar proyectos de mejora de la calidad en:
  - > La atención domiciliaria.
  - > La atención de urgencia.
  - > El uso racional de medicamentos.

- Evaluar experiencias que se han desarrollado en distintas Comunidades Autónomas para mejorar la capacidad de resolución en Atención Primaria. Se incluirán aspectos como:

- > Disminución de las esperas en consulta mediante mejor planificación y acceso a la cita por Internet.
- > Desburocratización de consultas para incrementar el tiempo de atención efectivo de los profesionales médicos y de enfermería frente al tiempo empleado en tareas burocráticas.
- > Mejora del acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas.
- > Mejora de la coordinación entre primaria y hospitalaria. Aquí se incluirían experiencias de interconsulta en el centro de salud, telemedicina, historia clínica única.

- Impulsar y evaluar experiencias-piloto de participación ciudadana. En particular, las desarrolladas por Comunidades Autónomas y las desarrolladas en el ámbito del programa de actividades comunitarias en Atención Primaria de sociedades científicas.
- Poner en marcha una Biblioteca virtual de documentación sobre Atención Primaria.

### 3. Análisis de la gestión de calidad en atención primaria

La metodología de análisis de la calidad de la atención primaria de salud se ha realizado y continúa desarrollándose de dos maneras que se pueden estudiar separadas. De un lado multitud de análisis basados en conceptos clásicos de garantía y mejora de la calidad, que pueden conducir incluso a un modelo de gestión de calidad. La estructura de la asistencia ambulatoria, en todos sus modelos organizativos ha realizado múltiples estudios de todos sus aspectos. De otro lado la implantación de modelos de excelencia, rápidamente adaptados a la atención sanitaria y que constituyen en la actualidad el paradigma de las organizaciones.

### **3.1 Mejora de la calidad**

Como ya se ha comentado, la calidad asistencial y sus diferentes métodos no difieren según el nivel de atención y su aplicabilidad está relacionada con las características específicas y definitorias de la atención primaria que la diferencian de otros niveles asistenciales.

Para ordenar el análisis de las experiencias desarrolladas a lo largo del tiempo se puede utilizar la clasificación en las 5 áreas temáticas en las que se estructuró el proyecto AP 21 para facilitar el trabajo de los grupos de expertos participantes, cuya misión era definir un marco estratégico de mejora y cambio de la atención primaria en nuestro país.

#### **Contenido de la actividad en AP de salud**

En la Declaración de Alma Ata en 1978 ya se señaló que la atención primaria proporciona servicios preventivos, curativos y rehabilitadores y el Real Decreto 137/84 de 11 de enero de estructuras básicas de salud con el que se inicia la reforma de la atención primaria en España definió las funciones del equipo de atención primaria como la prestación de asistencia en el ámbito ambulatorio, domiciliario y de urgencias, en coordinación con el siguiente nivel asistencial así como la realización de actividades encaminadas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades. Este Decreto ya estableció como otra función más del equipo “evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos” introduciendo ya en este momento el concepto de calidad en atención primaria.

Con el objetivo de establecer un catálogo de prestación de servicios relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución en el primer nivel de atención nace la cartera de servicios de atención primaria publicada en su primera edición en 1995. Este documento participativo y consensado con los profesionales se diseña con indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas, originando su evaluación una nueva línea de trabajo relacionada con la calidad asistencial. Por otra parte, la oferta de servicios en atención primaria en España no es uniforme ya que cada Comunidad Autónoma ha desarrollado su cartera de servicios propia y esta diversidad se produce también en los Centros de Salud. El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y pretende garantizar la protección a la salud, la

equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria a la que tienen derecho todos los ciudadanos. En dicho decreto se define la cartera de servicios de atención primaria que recoge toda la oferta común cuyas actividades han sido y siguen siendo objeto de evaluación permanente.

La oferta de servicios ha sido estudiada en diversas publicaciones, en particular por los analistas de la gestión sanitaria en la búsqueda de la equidad del sistema. La posibilidad de las Comunidades Autónomas de introducir otros servicios además de los obligatorios para el Sistema Nacional de Salud permite la evaluación de las diferentes ofertas.

Motivo esencial de preocupación ha sido también la gran diferencia de actividades realizadas por los diferentes proveedores de servicios en atención primaria. La oferta asistencial realizada por los profesionales que trabajan de manera aislada y autónoma difiere en gran medida de la ofrecida por los equipos, y aún también la que realizan los diferentes equipos.

El posible dilema entre equidad, diversidad y autonomía ha sido objeto de frecuente controversia en la literatura, y ha conducido de manera explícita a la resolución normativa de los servicios sanitarios de al menos un catálogo mínimo. En este contexto surge en 1989 el Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) promovido por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y avalado posteriormente por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este programa orientado a aplicar sus actividades aprovechando las demandas a los pacientes estaba implantado en 687 Centros de Salud en el año 2007.

La evaluación de este programa se corresponde con la dimensión científico-técnica de la calidad utilizando datos del proceso, en este caso la auditoria de las historias clínicas. Desde el año 1995 se han realizado 5 auditorias de ámbito nacional y evaluaciones locales en equipos de atención primaria. Comparando los resultados de las diferentes auditorias se detectan áreas de mejora en apartados o actividades que revelan un bajo cumplimiento, como el consejo antitabaco, cuya mejora tendría importante repercusiones en la salud de la población.

### **Estrategias de organización y gestión**

Los estudios sobre la repercusión en la atención de la asistencia prestada según el modelo organizativo y de gestión forman parte de la preocupación

de las administraciones sanitarias y de los profesionales cuando se proponen reformas de los centros. En los países europeos y también en España la reforma de la atención primaria estuvo acompañada de la aparición de estudios que explicaban la mejora para la atención que suponía la nueva organización. La comparación de los resultados de la actividad de los equipos con la práctica tradicional resultaba favorable para los equipos.

Es reciente la aparición en nuestro medio de nuevos modelos organizativos, diferentes al equipo de atención primaria vigente desde los años 80. La presunción y el objetivo de la evaluación es la mejora de la eficiencia de nuevas formas de gestión. La evidencia de esta hipótesis está en fase de confirmación.

Otra cuestión de debate es la repercusión sobre la efectividad y la eficiencia, quizás también sobre la accesibilidad, y evidentemente sobre la continuidad de la atención con la creación de estructuras gerenciales integradas de hospitales y atención primaria.

Motivo de reflexión es la organización descentralizada de los servicios, dentro del sistema de salud de un país, y también en el propio servicio de salud de un determinado territorio. Las dimensiones de la calidad resultarán afectadas en mayor o menor grado por la posibilidad de orientación al paciente de los servicios en los diferentes modelos organizativos.

### **Resolución en atención primaria**

La capacidad de resolución es un elemento inherente al ámbito de la atención primaria desde la que se debe resolver el 85% de los problemas de salud de la población. La capacidad de resolución implica el diagnóstico y tratamiento correcto de los problemas de salud y está relacionado fundamentalmente con la formación de los profesionales y el acceso a las pruebas diagnósticas. Su evaluación se refiere a la dimensión de la calidad científico-técnica y también a la efectividad.

La continuidad de la atención entendida como la concatenación de eventos de atención a un problema de salud concreto en los diferentes contactos del usuario con el sistema sanitario y sociosanitario, optimiza la atención, pues se evita la duplicidad de pruebas, se pueden coordinar los cuidados y se toman decisiones que mejoran la calidad de los servicios.

Tanto la capacidad de resolución como la continuidad de la atención son aspectos relacionados con la coordinación de atención primaria con atención especializada que han originado desde el inicio de la atención primaria hasta la actualidad preocupación entre los profesionales y han generado multitud de experiencias y estudios que van desde la evaluación de la calidad de los propios sistemas de registro de interconsulta, la evaluación de la efectividad de la atención primaria desde el punto de vista de la hospitalización evitable o la evaluación de protocolos conjuntos de atención a determinadas patologías.

Destacan las experiencias de continuidad asistencial entre el nivel hospitalario y la atención primaria a través de los programas de continuidad de cuidados al alta hospitalaria en general, o después del parto y la continuidad de cuidados en pacientes con enfermedades crónicas como programas de mejora de la calidad asistencial.

En cualquier caso parece todavía un tema pendiente de resolver en el que se buscan soluciones como la integración de niveles a través de la gestión integral por procesos que implicarían a todos los órganos y los servicios del área de salud y que utilizan como es el caso que se está desarrollando en el Área Única de Puertollano, como instrumento la ruta asistencial.

### **Evaluación de los procesos**

La evaluación de los procesos asistenciales desarrollados en atención primaria, ha generado numerosas experiencias y su análisis ha sido y sigue siendo una constante fuente de oportunidades de mejora. La mayoría evalúan la calidad científico-técnica y en ocasiones introducen la evaluación de otras dimensiones de la calidad como la adecuación o la efectividad.

Las experiencias incluyen la evaluación de protocolos o guías de práctica clínica sobre actividades asistenciales diagnósticas de los principales procesos agudos y crónicos y la indicación de tratamientos. En atención primaria tiene gran interés la prescripción y utilización de los medicamentos por la aparición de posibles efectos adversos y por el coste que generan. Se han realizado estudios de utilización de medicamentos descriptivos de consumo, analizando la indicación-prescripción, investigando la idoneidad del uso para la indicación estudiada, la calidad de empleo o grado de cumplimiento terapéutico. También sobre los factores que condicionan los hábitos de prescripción o la medida del resultado en términos de eficacia y seguridad del fármaco.

La implantación de determinadas actividades o el riesgo que conllevan son motivo para plantear acciones de mejora, como ejemplos, la cirugía menor o el control de la anticoagulación oral en atención primaria.

Otra fuente de análisis de la calidad de la atención primaria es la evaluación de los protocolos y programas integrales de atención específicos por grupos de edad y sexo, como los relativos a la mujer, a la infancia, adultos o tercera edad. Clásicamente se han medido las actividades con los enfermos crónicos con problemas de salud prevalentes cuyo diagnóstico seguimiento y control se realiza en su mayor parte por los equipos de atención primaria evaluando proceso y resultados intermedios en salud. Otros servicios de interés son la atención domiciliaria a inmobilizados y terminales o los servicios que prestan las unidades de fisioterapia y salud bucodental.

Las experiencias de mejora de la calidad se realizan por grupos compuestos por profesionales de los Centros de Salud autores de los procesos de atención. Participan en estos grupos los médicos, enfermeras, matronas, fisioterapeutas y otros profesionales de los equipos y unidades de apoyo.

La medida de la satisfacción del usuario de los servicios sanitarios junto con la medición del estado de salud es también motivo frecuente de interés en la evaluación de la calidad de la atención sanitaria. La satisfacción es una percepción subjetiva que puede definirse como la medida en que la atención sanitaria cumple con las expectativas de los ciudadanos. Las encuestas de satisfacción de amplia tradición en atención primaria son una herramienta imprescindible para gestionar la atención al ciudadano, ya que identifica aspectos mejorables de los servicios y es el punto de partida para iniciar el ciclo de mejora. Exploran aspectos de calidad percibida como accesibilidad, valoración de espacios físicos, satisfacción con el trato y la información recibida del médico y de la enfermera. Si entendemos que la satisfacción es la medida en que se cumplen las expectativas de los pacientes, numerosos estudios han puesto de manifiesto cuáles serían los elementos determinantes de la calidad percibida y de la satisfacción. En atención primaria los pacientes valoran sobre todo la eficacia clínica y organizativa, la capacidad de respuesta, la accesibilidad y la información. Los problemas de comunicación de la información sobre la enfermedad y el tratamiento suelen ser la causa más frecuente de insatisfacción. Los pacientes desean que su médico de familia les informe y que les muestre interés y atención, es decir desean ser escuchados así como recibir un diagnóstico y ciertas expectativas específicas como ser derivados a un especialista o una prescripción parecen tener menor interés.

Atención primaria es el medio adecuado para recoger no sólo la opinión de los usuarios de servicios sanitarios, sino de la población general, en particular la población sana, y analizar las expectativas no atendidas. La accesibilidad es una dimensión que hay necesariamente que abordar para mejorar la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios disminuyendo las barreras físicas, organizativas y culturales. Interesa sobre todo actualmente reducir el tiempo para acceder a los servicios sanitarios. El tiempo del paciente cobra en este momento especial interés y en atención primaria en este sentido los usuarios han manifestado que no quieren esperar. Aunque con la incorporación de la central telefónica de citas o la cita por internet la dificultad para obtener cita ha mejorado considerablemente, todavía quedan aspectos a mejorar como el tiempo de espera para entrar en la consulta, para los que se han propuesto y se están desarrollando diferentes soluciones como las agendas de calidad o la revisión global del proceso "prestar asistencia".

En los aspectos de calidad percibida hay que señalar la importancia de las unidades administrativas de los Centros de Salud como partícipes de los diferentes procesos organizativos y de atención y como primer contacto con el usuario y en este sentido ya se han puesto en marcha acciones para mejorar la atención al ciudadano.

Especial importancia tiene en el primer nivel asistencial la posibilidad de evaluar la realización de actividades de prevención, en particular las de prevención primaria.

### **Resultados en salud en AP**

Es conocida la dificultad de relacionar el estado de salud con la calidad de la asistencia sanitaria por lo que la mayoría de los diseños de sistemas de calidad relacionan la obtención de resultados intermedios con la mejora de la salud de los ciudadanos y la población. A pesar de esta dificultad son muchos los estudios que relacionan programas sanitarios con indicadores de mortalidad y morbilidad general, y para ello ha sido fundamental la organización de los sistemas asistenciales ambulatorios y su participación en este análisis.

La seguridad de los pacientes es uno de los elementos clave de la mejora de la calidad como queda reflejado en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Plan de Calidad del SESCAM para el año 2008 que plantea la calidad como un concepto integral que debe situar al ciudadano en el centro de sus ac-

ciones respondiendo a sus necesidades y evitando los riesgos que pueda sufrir. Aunque la mayor parte de la evidencia se encuentra en el medio hospitalario, cada vez hay más estudios de eventos adversos en Atención Primaria, así el estudio APEAS (segunda parte del Estudio Nacional sobre Efectos Adversos), recoge información de aproximadamente 100.000 consultas y encuentra una prevalencia de 7,5 incidentes y de 11,8 efectos adversos por cada 1000 visitas. De estos efectos adversos detectados un 30% precisó atención especializada u hospitalización y de ellos el 80% fueron considerados evitables por quienes los detectaron. Destacan como factores causales la medicación, presente en el 45% de los casos, los cuidados en el 25,7% y la comunicación en el 24,6%. Las estrategias de mejora serían principalmente el fomento de la cultura de seguridad en profesionales y pacientes y la notificación y el análisis de los sucesos adversos y los riesgos.

La seguridad es una preocupación emergente en atención primaria en la que ya se está trabajando en diferentes iniciativas como la implantación de programas de seguridad, los planes de gestión de riesgos o el desarrollo de herramientas para el uso seguro de los medicamentos, que va a tener un importante desarrollo a través de los planes estratégicos de seguridad.

En su inicio los estudios de calidad en atención primaria se planteaban como estudios transversales descriptivos verificando el cumplimiento de los programas y protocolos que acababan concluyendo con una propuesta general de aspectos mejorables. Cada vez más los grupos trabajan siguiendo los pasos del ciclo de mejora de la calidad, priorizan, analizan las causas, establecen acciones de mejora y las ponen en marcha midiendo y comprobando los resultados a través de los indicadores previamente establecidos. Por tanto, la metodología no tiene que ser complicada y costosa, ya que aplicando el ciclo de mejora y definiendo adecuadamente el problema, en muchos casos con la implantación de medidas sencillas y fáciles se consiguen importantes mejoras.

En definitiva el progresivo desarrollo de experiencias de mejora de la calidad en atención primaria en nuestro medio ha desembocado en la estructuración de departamentos de gestión de calidad en la propia organización. En muchos casos las experiencias han sido realizadas inicialmente desde las unidades docentes de medicina Familiar y Comunitaria, con el apoyo de las Unidades de investigación, la Universidad y con la participación de otros profesionales, como los especialistas de Medicina Preventiva. Juega un papel importante la figura del coordinador de calidad en los centros de salud donde existe, motivando

y conduciendo al grupo y aportando la metodología necesaria. Prácticamente en todas las gerencias de los servicios sanitarios de este nivel asistencial se han creado unidades de calidad, integradas en estructuras de área, o en la propia gerencia de primaria, como ocurre en Castilla La Mancha, con la reciente creación de las Oficinas de Calidad y Atención al Usuario.

Las gerencias de atención primaria a través de sus unidades de calidad tienen la misión de estimular la creación de grupos de mejora en los centros de salud con el fin de potenciar el estudio y la resolución de todas aquellas oportunidades de mejora que constantemente afloran durante la práctica diaria.

El interés de todos los profesionales es conseguir los mejores resultados y utilizar la metodología y las herramientas que ofrece la calidad posibilita su consecución. Es necesario evitar el posible rechazo de los profesionales de Atención Primaria que puede surgir por desconocimiento de la metodología de calidad, falta de orientación de los profesionales hacia el usuario, falta de tiempo o de formación en este campo.

En nuestro país la mejora de la calidad, comprometida en los diferentes planes de calidad de los servicios de salud se orienta con los objetivos del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012, proyecto AP 21, que recoge 44 estrategias, agrupadas en cinco grupos:

- Estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientadas al ciudadano
- Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución
- Estrategias de mejora de la continuidad asistencial
- Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional
- Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización

### ***3.2. Modelos de excelencia en atención primaria. EFQM***

En otros capítulos se detallan los diferentes modelos teóricos y previamente se ha explicado siguiendo un orden cronológico como los diferentes paradigmas de calidad han afectado a la Atención Primaria de Salud. A día de hoy los

modelos de excelencia se convierten en los modelos de calidad a los que aspiran los gestores de los sistemas sanitarios y el modelo EFQM adquiere unas ventajas evidentes sobre otros modelos.

Davins, tras comparar los tres modelos de gestión de calidad (EFQM; ISO y JCAHO), se decanta claramente por el primero dado su amplio enfoque hacia la satisfacción de todos los grupos de interés, aunque resalta que la norma ISO 9000 es un modelo muy interesante para evaluación de procesos (por ejemplo un Servicio de Atención al Usuario) y descarta el modelo JCAHO para AP ya que su orientación es hospitalaria.

El modelo EFQM se basa en que la satisfacción de empleados y el impacto en la sociedad consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados de la organización. El modelo EFQM es un marco de trabajo no prescriptivo basado en nueve criterios, que a su vez se dividen en subcriterios, que pueden utilizarse para evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia, ya que permite comparar la realidad de la organización con una situación teóricamente excelente. De esta comparación surgen puntos fuertes y áreas de mejora.

Meneu hace notar que pese a que hay evidencias de que estos modelos han demostrado su eficacia en otros entornos y así lo demuestran los doctores Singhai y Hendricks que analizaron durante 5 años los resultados de más de 600 ganadores de premios a la calidad, frente a una muestra control de empresas similares en tamaño y operando en los mismos sectores de actividad, no disponemos de evidencias de resultados de la aplicación de estos modelos en el entorno sanitario.

Rodríguez Balo estudia todas las herramientas de gestión que podrían ayudar a mejorar la calidad en atención primaria y resalta la capacidad del modelo EFQM que orienta el análisis de la organización de un modo sistemático y coherente y afirma que el modelo EFQM presenta ya una elevada utilidad en el entorno sanitario, siendo su principal enfoque hacia el análisis interno de la organización, por lo que recomienda el uso complementario de otras herramientas de planificación estratégica para el abordaje del entorno externo.

Joaquín Chacón describe como gestiona la calidad el Servicio de Salud de Castilla La Mancha utilizando el modelo EFQM, aunque no se aplica en su

totalidad de una forma estricta y describe como los diferentes Servicios de Salud gestionan la calidad. En este repaso destaca que el modelo EFQM se utiliza en Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, La Rioja, Comunidad Valenciana y destaca la amplia experiencia en el País Vasco.

En España la atención primaria, desde el inicio de su reforma en 1982, adquiere un carácter muy particular con relación al resto de sistemas de salud de otras naciones incluidas las más cercanas. La variabilidad en la prestación de servicios de atención primaria en los diferentes países explica que la revisión de la literatura que recoge la aplicación de sistemas de gestión de calidad explica experiencias muy diversas, pero casi siempre enfocadas a la mejora de estándares clínicos clásicos implantando simples ciclos de mejora.

Las transferencias sanitarias que se completan en España el año 2002 dejan a los gobiernos de las comunidades autónomas amplia autonomía para impulsar elementos de calidad en todo el sistema y concretamente en atención primaria. Por tanto no es de extrañar que Cataluña y País Vasco incluyan en este epígrafe de la calidad desde sus tempranas transferencias elementos diferenciadores del resto de Sistemas Regionales de Salud.

Es destacable que los impulsos para implantar sistemas de calidad surgen de diferentes actores. Los profesionales sanitarios de los Centros de Salud han emprendido numerosos trabajos que enfocan diferentes aspectos parciales de la calidad en los que sobresalen iniciativas de mejora de calidad de procesos asistenciales, estudio de expectativas de los clientes, encuestas de satisfacción de usuarios, estudio de clima laboral y mediciones tras ciclos de mejora de resultados intermedios de salud.

Por otra parte en los últimos años es destacable el empeño de Gobiernos Regionales como el Gobierno Vasco que ha apostado por la implantación del modelo de calidad total (EFQM) para todos sus servicios incluyendo el sanitario y por tanto la APS. Este empeño se ha concretado con una importante inversión y la creación de una Fundación para Promoción de la Calidad que ha ejercido un papel motor para la instauración progresiva del modelo.

### ***3.3. Implantación de modelos de excelencia***

Sin restar valor a experiencias aisladas como la aplicación del modelo EFQM

en un centro de Salud de Cataluña, donde Gené-Badía prueba que el modelo es plenamente aplicable a los equipos de atención primaria, tiene más trascendencia la implantación y resultados obtenidos por políticas de calidad propiciadas por tres diferentes sistemas de salud autonómicos: Andalucía, País Vasco y Castilla La Mancha.

Se analizan estos tres servicios de salud por dos motivos: el primero es porque los autores han participado directamente en uno de ellos y de los otros dos hay conocimiento directo. La suma de lo conseguido por los tres servicios de Salud aporta una visión muy amplia y rica de las posibilidades de aplicación de los distintos modelos de calidad.

Las políticas de calidad del Servicio Andaluz de Salud tras el éxito del I Plan de calidad 2000-2004 se basa en el vigente II Plan 2005-2008 que se titula Caminando hacia la Excelencia. El primer plan se centraba básicamente en la Gestión por Procesos, la Gestión Clínica, la Gestión por Competencias y un modelo de Acreditación y mejora continua de los Centros Sanitarios.

La evaluación del primer plan aconseja introducir nuevos enfoques que permiten ya hablar de camino hacia la excelencia y son: el enfoque al ciudadano, la Innovación e Investigación, la orientación a resultados y desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación. Evidentemente se sigue profundizando en los elementos descritos en el primer plan lo que da coherencia y continuidad a las políticas de calidad ya implantadas.

Desde la óptica de atención primaria es básico en este nuevo Plan tanto el impulso a la prevención, que como no puede ser de otra forma gravita sobre la atención primaria, como la profundización y extensión del modelo de acreditación de centros. Éste último elemento diferencia el modelo andaluz del resto y abre un camino muy interesante para el primer nivel asistencial. Hay datos objetivos de número de centros de atención primaria acreditados en la actualidad en Andalucía que avalan ser un referente para otros servicios de salud. El papel de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha sido sin duda el responsable de que haya a día de hoy 177 centros sanitarios acreditados y 80 de ellos (13 centros de salud y 67 unidades de gestión clínica) de atención primaria.

En 1995 en el contexto de la apuesta decidida del Gobierno Vasco por la implantación del Modelo EFQM en todas sus Consejerías, el Servicio Vasco de Salud implementa este modelo en la totalidad de sus 31 organizaciones

sanitarias. Desde el año 2000 las organizaciones más avanzadas concluyen las evaluaciones externas y consiguen premios a la calidad del Gobierno Vasco.

Sánchez señala que el factor clave para que la implantación del modelo progrese es la alianza entre el Servicio de Salud y la Fundación Vasca para Promoción de la Calidad. Ésta es una institución pública sin ánimo de lucro que desde su inicio en el año 1993 lleva a cabo diferentes actividades que incluyen programas de formación dirigidos a directivos de instituciones públicas (entre ellas las sanitarias) y privadas en el País Vasco.

En 1995 la citada entidad formó en el modelo EFQM a todos los directivos y técnicos de calidad de las 31 organizaciones sanitarias de todo el Servicio Vasco de Salud. Otra clave para la extensión del modelo fue que hasta 90 profesionales sanitarios asumieron el papel de evaluadores tras una formación más intensa en el modelo. Por otra parte cabe destacar la labor del Departamento de Calidad del Servicio de Salud que desde 1992 ha facilitado la implantación del modelo básicamente mediante el desarrollo de las siguientes cuatro actividades:

- Estudio sistemático mediante encuesta de satisfacción de los usuarios que se efectúa y analiza de forma periódica.
- Diseña, efectúa y valora una encuesta de satisfacción de los profesionales con la misma periodicidad.
- Desarrollo de indicadores y estándares de seguridad de los pacientes, efectividad y accesibilidad entre otros, con su seguimiento mediante la explotación periódica de los sistemas de información.
- Desarrollo de guías para adaptar el uso de las metodologías relacionadas con los diferentes criterios del modelo EFQM.

Finalmente Sánchez concreta los resultados globales obtenidos: 120 certificaciones ISO y 12 reconocimientos externos en el modelo EFQM (2 Q de Oro y 10 de Q de Plata). Los resultados en las gerencias de primaria del País Vasco son las siguientes: el 100% efectúan autoevaluaciones EFQM, 12 EAP han obtenido la certificación global de las áreas clínicas y administrativas y 42 EAP la certificación de las áreas administrativas.

El primer plan de calidad del SESCAM se formuló el año 2002 contemplando objetivos de mejora en atención primaria, atención especializada y en urgencias, emergencias y transporte sanitario. La novedad principal que aportaba este plan es una visión integradora de los esfuerzos de la mejora de la calidad a todos los niveles.

El plan de calidad del año 2003 incorpora nuevos objetivos tras el análisis de los resultados del anterior y recoge sugerencias de diversos grupos de trabajo y de los coordinadores de calidad de las diferentes gerencias. Este plan tiene en consideración todos los elementos esenciales de la gestión de la calidad total: liderazgo, mejora continua, adhesión de los profesionales, circulación de la información, mejora de procesos, costes económicos y satisfacción de los pacientes.

El año 2004 se incorpora la aplicación parcial del modelo EFQM. Se usa básicamente como referencia para clasificar los objetivos ya evaluados en ejercicios anteriores. Por otra parte es remarcable que los objetivos de calidad quedan fijados en los diferentes contratos de gestión de todas las gerencias.

A partir del año 2005 algunos centros sanitarios inician autoevaluaciones EFQM y otros apuestan por la acreditación bajo los criterios de la JCHO. El desarrollo de estas políticas de calidad ha dado resultados desiguales en los distintos centros y gerencias, siendo reseñable la gerencia de atención primaria de Talavera, con magníficos resultados en mejora de calidad percibida (Plan de los Pequeños Detalles) y sobre todo la gerencia de área de Puertollano, que deberían considerarse referente a nivel regional por sus resultados. La reciente obtención de la Q de Plata por esta gerencia marca un camino a seguir, ya que reconoce la excelencia de una organización que de alguna manera es un banco de pruebas para futuras organizaciones sanitarias integradas. Para explicar este éxito además de valorar la implantación de herramientas clásicas como el enfoque a procesos y la introducción de las nuevas tecnologías de la información como elemento clave de relación de los dos niveles asistenciales, primaria y hospital, es clave el liderazgo de la dirección y el claro enfoque de la política de calidad hacia el protagonismo de los pacientes. El dato que afianza este enfoque es que los usuarios ya no son sólo oídos sino que se da un paso más y se les da la oportunidad de participar directamente en la planificación de las prestaciones sanitarias de la gerencia y deciden un porcentaje importante del presupuesto asignado.

## 4. Conclusiones

Las diferentes teorías y formas de entender la calidad han llegado a la atención primaria de una forma variable. Las iniciativas de mejora de calidad han surgido desde todos los niveles de la atención, los propios profesionales directamente, así como las estructuras gerenciales y por supuesto la planificación centralizada de los distintos Servicios de Salud.

El desarrollo de los modelos de garantía de calidad es paralelo a la evolución de los conceptos imperantes y al propio desarrollo de las estructuras asistenciales de atención primaria.

La aplicación de las diferentes teorías de la mejora de la calidad al nivel asistencial ambulatorio se centra en los aspectos característicos de la atención en este nivel: accesibilidad, longitudinalidad, aspectos preventivos, baja tecnología, acceso a toda la población, etc.

Todas las metodologías han sido aplicadas al ámbito de atención primaria, y han sido objeto de implantación y evaluación, en particular desde la reforma de los sistemas de atención primaria en los años 80.

Desde finales del siglo pasado coexisten los sistemas basados en planes de calidad y el progresivo interés por los modelos de excelencia. Se crean estructuras organizativas descentralizadas en territorios autónomos, con tendencia a la integración de los procesos en modelos organizativos de área. La evaluación de la eficiencia de estos modelos está realizándose a la par con su implantación.

El paradigma actual de gestión de la calidad pasa sin duda por la adopción del modelo EFQM. Se adapta perfectamente a la asistencia primaria y se puede aplicar a cualquier ámbito desde un equipo a una gerencia, o cualquier servicio de apoyo. El mayor inconveniente para la aplicación de este modelo es la adaptación al lenguaje de los profesionales, pero este hándicap se va solventando día a día con la introducción de modelos adaptados, como por ejemplo la guía para autoevaluación de Sanidad de Castilla y León. Necesita además la implicación y constancia de las estructuras directivas.

La visión holística de este modelo permite integrar todos los esfuerzos parciales que vienen realizándose de forma habitual como la aplicación de ciclos de mejora, la definición y diseño de los procesos clave y las encuestas de satis-

facción de usuarios.

Finalmente el éxito en la implantación de este modelo requerirá la implicación de los directivos que comporta una inversión en formación específica y tutelaje externo en su fase inicial.

## Bibliografía

Agra Varela Y, García Boró S, Magrinyá Rull P. *“Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria”*. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid;1994.

Cañada A, Mena A JM, Sánchez L, Rodríguez D, Cárdenas J. *“Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención primaria”*. Rev Calidad Asistencial.2007;22(6):287-98.

*“Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”*. Alma Ata, 12 de septiembre de 1978. Ginebra :OMS;1978.

Chacón J. *“Gestión de la calidad en el Servicio de Salud de Castilla –La Mancha”*. Rev Adm Sanit. 2006;4(2):195-210.

Cortés Rubio JA. *“Proyecto AP21:estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI”*. SEMERGEN.2006;32(3):109-10.

Davins J. *“La gestión de la calidad”*. FMC 2003;10(9):640-1.

Donabedian A. *“La calidad de la asistencia ¿cómo podría ser evaluada?”*. JAMA.1988;260:1734-1748.

Gené-badía J, Jodar-Solâ G, Peguero Rodríguez E, Contel-Segura JC and Moliner-Molins C. *“The EFQM excellence model is useful for primary health care teams”*. Family Practice 2001; 18:407-409.

Gómez-Marcos MA, García Ortiz L,González-Elena J,Ramos-Delgado E, González-García AM, Parra-Sánchez J. *“Efectividad de una intervención de mejora de calidad en el control de la presión arterial en Atención Primaria”*. Rev Cín Esp.2006;206(9):428-34.

Marquet i Palomer R, Avellana Revuelta E, Davins Miralles J. *“La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas”*. FMC.1994;1(1):7-18

Marquet i Palomer R, Guarga i Rojas A. *“Evaluar la asistencia”*: el audit médico. Aten Primaria.1988; 5(10):552-558.

Meneu R. *“La sombra de una duda: limitaciones de la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de la calidad”*. Rev Calidad Asistencial 2003;18(6):332-4.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *“Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”*.Madrid,2007

Palmer RH. *“Garantizar la calidad de la atención primaria de salud”*. Conferencia impartida en los actos organizados por la Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 19 de abril de 1988.

Palmer RH. *“Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica”*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990.

*“Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud”*. Disponible en <http://www.papps.org/>.

Proyecto AP21. *“Estrategias de Mejora en la Atención Primaria del Siglo XXI”*. Disponible en <http://www.msc.es>-

Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento de su actualización. BOE 16 de septiembre de 2006.

Real Decreto 137/84 de estructuras básicas de salud. BOE nº 27 de 11 de enero 198

Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. *“Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención”*. Aten Primaria.2005;36(7):358-366..

Rodríguez Balo A. *“Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria”*. Rev Adm Sanit.2006;4(2):251-70.

Ruiz-Moral R, Gavilan-Moral E, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. "¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y que piensan los médicos de ellas?". Rev Calidad Asistencial.2008;23(2):45-51.

Sánchez E, Letona J, González R, García M, Darpón J, Garay J. "International Journal for Quality in Health care 2006"; volumen 18, Number 1:pp.58-65.

Sanz E, Ramírez D, Escortell E, Sáenz A, Rosado J. "Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria". Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(7); 363-369.

"The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever. World Health Organization" (accedido En 2009). Disponible en: <http://www.who.int/whr/en/>.

Vuori H. "Garantía de calidad en Europa". Salud Pública Mex.1993;35(3):291-297.



## TEMA 5.4

### El cliente interno

Antonio José Ruiz Moruno.  
José Antonio Cantalapiedra Santiago.  
Fernando Sanz García.  
Juan Fernández Martín.

#### 1. El cliente interno

Desde el comienzo de las organizaciones laborales los trabajadores han sido considerados como un instrumento más de producción, llegando en algunos períodos de nuestra historia a ser considerados como parte del patrimonio de las empresas. Los siglos XVIII y XIX fueron tiempos convulsos por la reivindicación de los trabajadores a ser considerados como personas y no como meros medios productivos.

Las conquistas sociales determinaron un cambio en la mentalidad empresarial. La aparición de períodos de bonanza económica, la democratización de los Estados, la creación de estructuras supranacionales, entre otros, determinaron un cambio en las estrategias mercantiles europeas y españolas. A esta mudanza conceptual se han ido sumando las organizaciones públicas con el reto de conseguir un sector público eficaz y eficiente.

Las organizaciones, públicas o privadas, intentan ser más competitivas caminando hacia la excelencia. La calidad en la prestación de servicios requiere la interconexión de las diferentes estructuras organizativas y medios productivos. El control de la actuación de una empresa y la mejora de las deficiencias detectadas es una vía necesaria e imprescindible para alcanzar la calidad.

Desde 1945 la estructura interna de nuestros centros sanitarios se ha complicado por tres factores: tecnológicos, profesionales y demográficos. Estos han creado ambientes complejos y a veces confusos que ha desestructurado nuestros centros sanitarios. Otras circunstancias como la intervención de los gobiernos, el incremento tanto de las demandas de los pacientes, como de los trabajadores de los centros sanitarios así como, los ajustes presupuestarios han influido en la sanidad actual.

Todos estos factores combinados han venido a multiplicar los conflictos organizativos, a generar problemas de comunicación y aumentar los riesgos. Por ello, y siendo necesario la motivación de los trabajadores, se hace preciso construir un puente que una la calidad productiva y la calidad de vida laboral de los trabajadores.

La implantación de programas de control de calidad en los centros sanitarios sólo se conseguirá con la motivación y compromiso profundo por parte del personal. El personal de una organización ha de involucrarse en las tareas profesionales, sintiéndose partícipes del producto final y por ello, el apoyo a todas aquellas actividades que contribuyen a la mejora de la motivación del personal es un elemento esencial de todo programa de calidad del que se espera un éxito.

En los controles de calidad establecidos para mejorar la asistencia sanitaria han de participar todos los profesionales de nuestro Servicio de Salud. Para evaluar la calidad de nuestra actividad y de nuestros centros debemos establecer unos indicadores que nos permitan optimizar la información recibida y manifiesten el estado cualitativo de nuestra organización.

Debemos partir de la premisa de que todo lo que afecte negativamente a los trabajadores afectará al resultado final en cuanto a la evaluación de la calidad se refiere. La necesidad de analizar las causas por las que los trabajadores de nuestros centros no se encuentran motivados determina la necesidad de medir sobre todo el grado de satisfacción de éstos.

Un ejemplo de ello sería el control de las infecciones postquirúrgicas, en el que se contemplan diferentes variables, indicadores de riesgo de la infección, y no otros directamente relacionados con la estructura de la organización y las características de nuestros trabajadores, como el absentismo del personal de limpieza de quirófanos, falta de formación en la profilaxis y cuidados, desmotivación de enfermería y supervisoras... entre otras.

Los trabajadores han pasado a ser un objetivo de las políticas empresariales tendentes a propiciar la satisfacción profesional de los mismos. Las políticas de las organizaciones destinadas a satisfacer las demandas de sus clientes se han duplicado con acciones destinadas a colmar las necesidades de los propios trabajadores.

Así pues, el eslabón de unión entre la calidad de vida en el trabajo y el control de calidad se apoya en la siguiente premisa: cada uno de los enfoques refuerza positivamente al otro. Si en los centros sanitarios no se reconoce la secuencia satisfacción en el trabajo > motivación > mejora de la calidad > aumento de la satisfacción en el trabajo > aumento de la motivación, el control de la calidad, como refiere la Dra. Joan Kahn, se transformará, una vez más, en una “planta” organizativa exótica, costosa de importar “imponente”, “para observar”, destinada (después de una floración) a secarse y marchitarse. Por tanto, para que triunfe un control de calidad, es necesario prestar la misma atención a la motivación que a la metodología<sup>1</sup>.

Para conseguir la motivación de los trabajadores nuestro Servicio de Salud, como el resto de organizaciones, debe incorporar como herramientas la Formación, la Docencia y la Investigación, que permitan fomentar la promoción en el trabajo, así como la Seguridad y Salud de los trabajadores y de su entorno.

## 2. Seguridad y Salud de los trabajadores

Desde la asunción por parte de la Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha de las competencias sanitarias mediante Real Decreto 1476/2001 y la creación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, SESCAM por la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, éste se comprometió a conseguir el más alto nivel de seguridad y salud en el trabajo en todos sus centros y para todos sus trabajadores, basándose en el principio de mejora continuada de la acción preventiva.

Para cumplir su compromiso y crear las condiciones positivas que tiendan a la prevención y control de los factores de riesgo laboral y proporcionar a los trabajadores un adecuado nivel de prevención y protección, se publica la Resolución 05-12-2003 del SESCAM que establece el Plan General de Prevención

---

<sup>1</sup> *Gestión de la Calidad en los Centros Sanitarios*. Dra. Joan Kahn 1990.. SG. Editores S.A.

de Riesgos Laborales y adaptarla a su ámbito específico los Servicios de Prevención del Instituto Nacional de Salud, INSALUD, a través del Acuerdo sobre la Adaptación publicado oficialmente por Resolución 14-01-2004 de la Dirección General de Trabajo, ambos aprobados por las Organizaciones Sindicales representadas en la Mesa Sectorial de Sanidad.

Para realizar una política eficaz de prevención de riesgos laborales es preciso contar con una planificación estratégica que esté formulada en un documento base en el que se establezcan los principios que van regir las acciones preventivas, se formulen los objetivos y se establezcan los medios necesarios para su consecución. Esta necesidad fue detectada por la Dirección del SESCAM y, de forma previa a la modificación de la Ley 31/1995 que introdujo esta exigencia, elaboró su propio Plan General de Prevención de Riesgos Laborales en el SESCAM. Estas actividades y acciones se concretarán por medio de Planes anuales y Planes específicos. Ejemplo de éstos son los Planes de Prevención, Protección y Acción frente a la Violencia o el Plan de Prevención de Alergia al Látex.

Este instrumento de gestión de la prevención es pieza clave pues de él depende tanto la identificación y evaluación de los riesgos como la planificación de actividades preventivas. Se trata de precisar cuál es la organización preventiva que necesita la Organización.

Según el artículo 16 de la Ley 31/1995 este plan de prevención de riesgos laborales deberá incluir la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa, en los términos que reglamentariamente se establezcan. Aunque la obligatoriedad de la planificación preventiva fue introducida por la Ley 45/2003, el Plan General de Prevención del SESCAM ya contenía, con anterioridad, los presupuestos introducidos por esta Ley, recogiendo quien hará qué (estructura organizativa y funciones), cómo se hará (procesos y procedimientos) y con qué se hará (recursos).

El Plan General de Prevención establece las líneas maestras del Sistema de Prevención del SESCAM que se adecuará a su actividad propia y se integrará en el sistema general de gestión de la Organización, abarcando todos los centros de trabajo y trabajadores propios. Estas líneas maestras se configuran como los principios de la acción preventiva del SESCAM formulados en su documento marco de política de prevención de riesgos laborales, y son las siguientes:

1. La prevención ha de ser integrada e integradora, de forma que se inserte como una pieza más en la gestión cotidiana de la Organización, alcance a todos los niveles e implique a todos los trabajadores.
2. Información, formación, participación y coordinación de la Organización.

La prevención de los riesgos laborales debe estar presente en todas las acciones desarrolladas por la Organización y en las actividades profesionales que desarrollan sus trabajadores. Para operativizar este principio es necesario fomentar una mejora de la formación y educación de nuestros directivos y trabajadores y establecer cauces de participación de los trabajadores en la prevención.

3. Gestión con criterios de calidad. La gestión de la prevención debe incluirse dentro del Plan de Calidad del SESCAM. En la elaboración del Plan General se han observado las directrices de las normas UNE 81900 (Reglas para la Implantación de un Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales) y UNE 81905 (Prevención de Riesgos Laborales: Guía para la Implantación de un Sistema de Gestión de la Prevención). Esto garantiza una gestión de la prevención con criterios de calidad.

Teniendo como referencia los principios antes enunciados, con una política estratégica, formulada documentalmente en el Plan General, difundida a toda la Organización, integrada en la gestión global y actualizada periódicamente, el SESCAM, por medio de toda su estructura y con la coordinación de su Servicio de Prevención, pretende contribuir a elevar el nivel de salud de sus trabajadores eliminando o minimizando los riesgos derivados de la práctica profesional, promoviendo la mejora continuada de las condiciones de trabajo y creando una cultura preventiva en toda la Organización.

Para la consecución de estos objetivos el SESCAM ha creado una organización preventiva que integra a toda su estructura en la prevención de riesgos laborales contando con:

- Dirección – Gerencia del SESCAM. Bajo la dependencia de la Dirección – Gerencia, corresponde a la Dirección General de Recursos Humanos, desarrollar las competencias de coordinación y prevención de riesgos laborales en el ámbito del SESCAM. En la Dirección General de Recursos

Humanos, se encuadra la Coordinación Regional del Servicio de Prevención, cuyo Coordinador ostenta la Jefatura del Servicio de Salud Laboral del SESCAM. Entre las funciones que tiene encomendadas destacamos la de liderar y difundir la política de prevención del SESCAM; promover y favorecer la implantación de una cultura preventiva; planificar la acción preventiva y su evaluación mediante el establecimiento de un sistema de auditoría; favorecer la formación en prevención de sus trabajadores.

- Comisión Gestora de Salud Laboral, constituida por los diferentes especialistas designados por el Coordinador Regional del Servicio de Prevención, tales como Técnicos de Medicina Nuclear, F.E.A.s de Dermatología, Medicina Preventiva, Alergología y Técnicos Jurídicos, entre otros. Su dependencia orgánica es de la Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM y es el órgano ejecutivo de referencia en materia de salud laboral en el ámbito del SESCAM. Por ello debe planificar, ejecutar actualizar y evaluar el Plan General; facilitar la implantación y coordinación del Sistema de Gestión de la prevención y los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de Área. Al ser el órgano de referencia arbitra y resuelve las discrepancias técnicas además de coordinar y colaborar en el apoyo técnico de los integrantes del Servicio de Prevención en cada Área.
- Servicio de Prevención, con un carácter multidisciplinar. Su estructura se divide en Área Médica y Área Técnica, estando sus competencias claramente definidas en la Cartera de Servicios. Su ámbito de actuación se extiende al Área de Prevención correspondiente que incluye las Gerencias y las Unidades administrativas que radiquen en dicho ámbito territorial. Sus integrantes dependen orgánicamente de la Dirección Gerencia del centro hospitalario en que se ubiquen y, funcionalmente del Coordinador Regional del Servicio de Prevención. Son pieza clave en la difusión de la política de prevención del SESCAM, participando en la implantación de una verdadera cultura preventiva en la Organización y formando a los responsables de la prevención. Planifican, coordinan y ejecutan los planes anuales y los específicos que se dicten en desarrollo del Plan General, vigilan la salud de todo el personal del SESCAM y prestan un asesoramiento técnico a la Organización, a los trabajadores y a sus representantes.
- Gestores de prevención. La Secretaría General, las Direcciones Gerencias de Atención Primaria; Atención Especializada; Urgencias, Emergencias y

Transporte Sanitario; de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones, así como los Coordinadores de las Oficinas Provinciales de Prestaciones son las responsables de garantizar a sus trabajadores la seguridad y salud laboral en sus puestos de trabajo y en su actividad laboral. Como gestores de la prevención deben difundir la política de prevención que sigue el SESCAM y supervisar el cumplimiento por parte de sus trabajadores de las instrucciones de prevención. Debido a la dependencia orgánica de los integrantes del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, los gestores de la prevención son, en el ámbito de sus respectivas competencias, los encargados de proporcionar los recursos materiales para la realización de medidas preventivas y evaluaciones de riesgo, así como los equipos de protección y la información sobre los posibles riesgos a los trabajadores.

- Equipos de mejora o Comisiones técnicas de trabajo, están constituidas por diversos profesionales encargados de trabajar en el estudio y mejora de un aspecto concreto de la prevención. Elaboran estudios y propuestas para resolver cuestiones de salud laboral y colaboran en la implantación de la cultura preventiva positiva mediante la ejecución de programas de acción específicos señalados en los Planes anuales.
- Trabajadores, son los destinatarios de la prevención. La Ley 31/1995 contempla una serie de derechos y deberes que ostentan. En base a estos participan en la gestión de la prevención de su puesto de trabajo identificando, comunicando y proponiendo medidas de prevención y declarando los accidentes e incidentes que puedan acontecer. Deben desarrollar su actividad laboral siguiendo las instrucciones de trabajo seguro que reciban de sus superiores o del Servicio de Prevención, teniendo en cuenta la información recibida sobre los riesgos de su puesto de trabajo. Reciben formación suficiente y adecuada para minimizar los riesgos y tienen derecho a la vigilancia de su salud.
- Comisión Central de Seguridad y Salud. Es el órgano paritario y colegiado de participación. Está formada por los representantes de las Organizaciones Sindicales y por representantes del SESCAM con competencias en salud laboral. Se encuadra dentro la Dirección General de Recursos Humanos. Ejerce funciones de control y coordinación respecto a los Comités de Seguridad y Salud cuya actividad deben promover y dinamizar y arbitran y resuelven las discrepancias que en estos puedan surgir, par-

ticipan en los Planes de Prevención y favorecen su desarrollo, realizan propuestas a la Dirección General de Recursos Humanos para la mejora de las condiciones de trabajo. Su funcionamiento se encuentra regulado en el Acuerdo entre la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y las Organizaciones Sindicales sobre derechos de participación en materia de Salud Laboral y en su propio Reglamento de Organización y Funcionamiento.

- Comités de Seguridad y Salud, son los órganos de participación de los trabajadores de los centros de trabajo. Su composición es paritaria, estando formados por los Delegados de Prevención y por los gestores de la prevención y/o sus representantes del Área. Su finalidad es la consulta regular y periódica de las actuaciones en materia de prevención desarrolladas en los centros de trabajo. Participan en la elección del sistema de Evaluación de Riesgos y conocen sus resultados, participan en la elaboración de planes y programas y deben colaborar en los cambios de puesto de trabajo que se practiquen en sus centros. Su funcionamiento se encuentra regulado en el Acuerdo entre la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y las Organizaciones Sindicales sobre derechos de participación en materia de Salud Laboral y en su propio Reglamento de Organización y Funcionamiento.
- Delegados de Prevención, son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales designados por las Organizaciones sindicales, representan a los trabajadores en las reuniones de los Comités de Seguridad y Salud y en cualquier otra que sea convocada por el SESCAM en materia de salud laboral. Entre sus competencias debemos destacar su participación en las evaluaciones de riesgos acompañando al personal técnico en su realización así como en las visitas de seguridad e investigación de accidentes y en la correspondiente propuesta de medidas preventivas. Deben promover y fomentar entre los trabajadores la participación en la prevención siendo un cauce entre los trabajadores y la organización preventiva.

La prevención de riesgos laborales precisa, que se identifiquen los objetivos a alcanzar y se especifiquen los medios necesarios para su consecución. La planificación es una de los principios de la actividad preventiva. El SESCAM cumple con esta exigencia legal mucho antes de que como tal existiese, con la publicación de su Plan General. Pero establecer un conjunto de principios y objetivos y

una distribución de competencias en un documento no es suficiente para realizar una verdadera prevención. Este Plan precisa de la existencia de unos instrumentos operativos que lo desarrollen. El desarrollo del Plan General se realiza a través de Planes Anuales que se concretarán en Programas Específicos, que podrán referirse a un riesgo concreto, a una zona, un servicio o departamento o a un puesto de trabajo. Además no se puede establecer una planificación rígida e inflexible de la planificación preventiva, sino que debe ser posible su revisión y actualización periódica. Ésta posibilidad es contemplada por el SESCAM en su Plan General, al establecer una revisión obligatoria y de carácter general cada tres años y al contemplar la revisión del mismo en cualquier momento cuando las circunstancias lo requieran.

Con este Plan General de Prevención de Riesgos Laborales, el SESCAM, a través de su Servicio de Prevención y por medio de toda su estructura, plantea un abordaje integral y planificado de los riesgos laborales, implicando a todos los niveles de la Organización, insertando en los procesos de productivos la prevención como herramienta de gestión.

### 3. Formación, docencia e investigación

El conjunto de actividades dirigidas al Desarrollo Profesional Continuo (DPC), a través de la modificación de conductas y el perfeccionamiento constante de las competencias de los trabajadores de la salud se configura, cada vez más, como una dimensión fundamental para incorporar a la práctica clínica el conocimiento generado por las investigaciones en salud y, por tanto, para mejorar la calidad de la atención de los Sistemas Sanitarios Públicos.

La consecuencia ha sido el progresivo desarrollo legislativo desplegado en este campo a partir de las disposiciones básicas contenidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establecía que “La formación de los profesionales sanitarios, tanto pregraduada como especializada y continuada, son un elemento esencial en la modernización y calidad del Sistema Sanitario español en su conjunto”; y en la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que introduce por primera vez de forma explícita el DPC como nexo común de todo el “continuum formativo” de los profesionales de la salud.

El DPC así concebido, supone un proceso de aprendizaje que comienza tras la educación básica de grado, acompañando al profesional durante su formación especializada y de postgrado, para posteriormente extenderse a lo largo de toda su vida profesional. Proceso que viene a ampliar el más tradicional concepto de Formación Continuada, y que el profesional logra a partir del conjunto de actividades de aprendizaje formal e informal en las que participa, y que incorpora a su vida profesional a través del perfeccionamiento de sus competencias.

Este nuevo marco legislativo permitirá promover el DPC y el impulso a las funciones no estrictamente asistenciales de los profesionales de la salud, aumentando la capacidad de intervención de la Administración Sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma en este campo. Entre los aspectos más relevantes en el SESCAM, destacan:

- Las nuevas posibilidades que ofrece la Carrera Profesional del SESCAM para avanzar en el reconocimiento del Desarrollo Profesional alcanzado y en la consecución de los objetivos asistenciales, formativos, docentes e investigadores de la organización. Las actividades de Investigación, Docencia y Formación tienen un peso relevante en el recientemente aprobado Anexo del Baremo para la evaluación de méritos en Carrera Profesional – Procedimiento Ordinario.
- La publicación del reciente Decreto 24/2008, de 12 de febrero que ha supuesto el desarrollo autonómico en Castilla-La Mancha de lo previsto en las disposiciones básicas de la Ley 16/2003 (LCC-SNS) y de la Ley 44/2003 (LOPS), desarrolladas en el Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, sobre composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del SNS, que vino a consolidar definitivamente el actual Sistema de Acreditación de la FC de las Profesiones Sanitarias del SNS.
- La Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, que incorpora nuevas oportunidades para impulsar la generación de conocimiento y la producción científica en todo el SNS; particularmente en investigación clínica traslacional, así como las nuevas competencias previstas para CEICs en la evaluación de proyectos de investigación Biomédica no limitada a Ensayos Clínicos.

- La reciente aprobación del Plan Operativo de Investigación en Ciencias de la Salud directamente promovido por la Consejería de Salud y Bienestar Social, que a través de la colaboración institucional de todos los organismos autónomos o dependientes, como SESCAM, FISCAM, ICS o el Centro Regional de Investigaciones Biomédicas (CRIB), fija una serie de medidas relevantes dirigidas a la consecución de objetivos hasta Diciembre de 2010.
- La ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales conforme a lo previsto en el R.D. 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establecen las enseñanzas de Grado, Master y Doctorado; y el proceso de reforma curricular conforme al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior. Este deberá ser completado antes de finalizar 2010, con la implantación del Grado que sustituirá a Diplomaturas y Licenciaturas, y la incorporación del Sistema de Créditos ETCS.
- El proceso de modernización emprendido con la Regulación de los Aspectos Formativos de la Formación de Especialistas (Residentes), contenida en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, y las oportunidades que ofrece para la reordenación de la Docencia por parte de las CC.AA., en lo referente a organización, gestión y reconocimiento de Unidades Docentes, Comisiones de Docencia, Tutores, etc.
- La necesidad de completar el proceso de reacreditación de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria solicitado en 2008, para su adecuación al nuevo Programa de la Especialidad a 4 años, para cuya consecución se deberán cumplir los requisitos establecidos por la norma.

En este contexto, la Gestión del Conocimiento es un elemento indispensable para orientar la formación hacia la práctica profesional y la mejora continua de las competencias, entendiendo estas como la capacidad para aplicar conocimientos, técnicas, habilidades, actitudes, razonamiento crítico, capacidad de aprendizaje continuo y conductas de valor universal reconocido. Pero también para la modernización de los Servicios de Salud y su orientación a la mejora de la calidad y a la seguridad en los procesos de atención. Y una aproximación estratégica imprescindible para fomentar el DPC, aumentando el sentido de pertenencia, la motivación y la capacidad de atracción de los mejores profesionales

Por ello, en los últimos años el SESCAM ha venido incorporando progresivamente a su Contrato de Gestión objetivos e indicadores para la Gestión del Conocimiento, facilitando el acceso a los recursos de formación e información, con el fin de promover el DPC y fomentar las funciones de apoyo a la práctica clínica; potenciando al mismo tiempo el sentido de pertenencia, la motivación y la capacidad de atracción de los mejores profesionales.

Gestión del conocimiento realizado a través de una serie de proyectos innovadores que, sustentados por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, han permitido facilitar el acceso a todos los profesionales, con independencia de la ubicación geográfica en la que desarrollen su actividad. Lo que es una realidad de particular importancia en una organización con el grado de dispersión geográfica de los profesionales del SESCAM.

Así, a lo largo de los próximos años se continuará promoviendo el desarrollo, mantenimiento y utilización de los Sistemas de Información y las aplicaciones informáticas en red desarrolladas en este campo, particularmente de:

- El Sistema de Organización de la Formación en el SESCAM (SOFOS) que está proporcionando cauces para la normalización y agilización de los procedimientos relacionados con la gestión, seguimiento y evaluación de las acciones formativas incluidas en los Planes de Formación de todos los Centros.
- Del Módulo de matriculación de SOFOS, desarrollado para facilitar el acceso a la información, la publicación y difusión de actividades, la inscripción y matrícula en las acciones formativas organizadas e impartidas, tanto centralizadas como descentralizadas, en todos los Centros e Instituciones del SESCAM.
- El Sistema de Teleformación Online, para consolidar definitivamente la implantación del modelo de Formación no presencial o mixta, con metodología e-Learning, para todos los profesionales del SESCAM.
- El Portal de la Biblioteca Digital del SESCAM (eBiblioteca), con cada vez mayores facilidades de acceso a más fuentes de información científica y servicios de asesoramiento remoto.

- El desarrollo del Portal de Docencia del SESCAM, como instrumento de información y seguimiento de la actividad docente y de mejora de la capacidad de atracción de nuevos residentes a nuestros Centros.
- El desarrollo del Portal del Investigador, con aplicaciones dirigidas a facilitar el acceso a la información, la comunicación y la coordinación entre todos los elementos involucrados en la I+D+i, para potenciar la colaboración en red.





Área temática 6

# La visión global



## TEMA 6.1

# Accreditación de servicios sanitarios

Juan Fernández Martín.  
Cristina Navarro Royo.  
Sagrario Almazán González.  
Susana Lorenzo Martínez.

## 1. La acreditación de servicios sanitarios

La acreditación es un proceso por el cual un centro sanitario se somete, con carácter voluntario, a un procedimiento de verificación externo, con el fin de evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente que, a la vista de los resultados obtenidos, decidirá si otorga o no la acreditación (Aranaz JM).

Los programas de acreditación de instituciones sanitarias surgieron en Estados Unidos a principios del Siglo XX, por iniciativa de los propios profesionales sanitarios. Se trataba de establecer mecanismos efectivos de garantía sobre los requisitos mínimos de la atención sanitaria prestada, por razones éticas, profesionales, y de interés social. Su objetivo era verificar el cumplimiento en una institución de unos requisitos previamente establecidos.

El origen de la acreditación se sitúa en el III Congreso de Cirujanos de Norteamérica (1912), donde por iniciativa de E. Codman se planteó la necesidad de evaluación externa de los hospitales. En 1917 se aprobó el Programa de Estandarización de Hospitales con el aval del Colegio Americano de Cirujanos. Los programas de acreditación de centros sanitarios impulsados por organizaciones profesionales y científicas de diversa índole iniciaron sus actividades en EE.UU.

y casi de forma inmediata en Canadá, posteriormente en Australia y mucho después en el continente europeo. Con su paulatino desarrollo, el ámbito de la acreditación ha ido ampliándose y en la actualidad se desarrollan programas tanto en hospitales como en centros ambulatorios, de salud bucodental, psiquiátricos, de larga estancia, de cuidados domiciliarios, etc.

### **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**

En 1951 se creó en EE.UU. una agencia no gubernamental destinada a la acreditación de centros sanitarios (inicialmente sólo acreditaba hospitales), la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). La JCAHO publicó en 1953 el primer manual de acreditación, que se convierte en referencia internacional. Los sucesivos manuales introducen pequeñas modificaciones hasta 1970, en que los estándares se transforman de "mínimos" en "óptimos alcanzables". En 1986 la JCAHO inicia un cambio conceptual, y pasa de utilizar estándares a funciones que definían las actividades y procesos relevantes de cuyo desarrollo adecuado depende la calidad de la asistencia y sus resultados. El modelo de acreditación se basa en el concepto de Funciones:

- Centradas en el Paciente (Derechos y Ética de la Organización, Evaluación de Pacientes, Asistencia de Pacientes, Educación de Pacientes y Continuidad de la Asistencia).
- Centradas en la Organización (Mejora de la Organización, Liderazgo, Gestión de Recursos Humanos, Entorno de la asistencia, Gestión de la Información y Control de la Infección).
- Estructura con Funciones (Dirección, Gobierno, Enfermería y Cuadro Médico).

Atendiendo a sus propias necesidades la JCAHO ha extendido su oferta de servicios a las redes asistenciales que ofrecen cuidados integrales en un ámbito de población. Este tipo de organizaciones en red son las denominadas HMOs (Health Maintenance Organizations) constituidas por agrupaciones de médicos y de hospitales, algunas de ellas especializadas en áreas específicas como la salud mental o las que asisten a militares veteranos.

## Canadian Council of Health Facilities Accreditation (CCHFA)

Se desarrolla en Canadá y constituye el Consejo Canadiense de Acreditación como una entidad que se separa de la JCAHO en 1953. La iniciativa partió de los propios profesionales y de las asociaciones de hospitales, y arranca con la integración en 1952 de la Asociación Médica Canadiense, la Asociación Canadiense de Hospitales, el Real Colegio de Médicos y Cirujanos y la Asociación de Médicos de Lengua Francesa del Canadá, para constituir la Comisión Canadiense de Acreditación de hospitales. Posteriormente, en 1988, se abre a otro tipo de organizaciones sanitarias y pasa a denominarse Consejo Canadiense de Acreditación de Organizaciones Sanitarias.

A semejanza de la JCAHO, el Consejo Canadiense es una organización autónoma independiente, si bien recibe un respaldo oficial de la Secretaría de Estado en 1958 que le reconoce como única agencia de acreditación. Por ello el Consejo cuenta con observadores del Gobierno, pero no tiene una relación formal como tal, preservándose la independencia del Consejo.

En el enfoque de su actividad evaluadora, el Consejo Canadiense ha seguido una trayectoria evolutiva paralela a la de la JCAHO, con pequeños matices: por ejemplo el máximo grado de acreditación se otorga por cuatro años y no por tres; es un requisito para la validación docente de cualquier institución sanitaria y recientemente los financiadores tienen más en cuenta los informes de las visitas del Consejo.

En el terreno de las diferencias, hay que señalar que el Consejo Canadiense ha evolucionado de forma menos burocrática y legalista. Todos los miembros de los equipos de evaluadores son profesionales en ejercicio dentro del sistema de salud. La documentación de la visita es mucho menos compleja y se procura reducir la discrecionalidad de los evaluadores mediante el desarrollo de sistemas de puntuación.

Ambas experiencias canadiense y americana son muy semejantes, excepto en lo que se refiere al modelo sanitario y en la ausencia de competidores en el terreno de la acreditación en Canadá.

## **Acreditación en Australia y Nueva Zelanda**

El caso del sistema australiano (Australian Council on Health Services Accreditation) presenta peculiaridades propias de su origen histórico, pero sin grandes diferencias en cuanto al modelo si lo comparamos con los anteriores. Agrupa sus estándares en dos funciones básicas: continuidad de la asistencia y estándares de infraestructura.

Nueva Zelanda (1991) se suma a los países que adoptan un modelo propio de acreditación a través de la New Zealand Council on Healthcare Standards. La Organización fue fundada por el ministerio de sanidad al 50%, la Boards Association y la Asociación de hospitales privados. Es una organización privada no gubernamental pero cuyo Consejo de administración comprende representantes del Ministerio de Sanidad.

## **Acreditación en Europa**

El debate esta vivo en Europa con experiencias, adaptaciones, aplicaciones puntuales de diversos modelos y cada país se va decidiendo por los modelos que una vez discutidos y valorados por profesionales y gobiernos, consideran mejores para su entorno. Así, en 1996 Francia adoptó un modelo que recogía las sugerencias de la Agence Nationale de d'Accreditation et d'Evaluation en Santé, (ANAES) que es el organismo encargado de la acreditación, obligatoria de los hospitales. En Italia (1997) se inicia la apuesta por un sistema de acreditación por regiones y en el Reino Unido la King's Fund ha ido evolucionando paulatinamente.

La Agencia de Acreditación y Evaluación Sanitaria de Francia, creada en 1996 como Ente público dependiente del Estado, es responsable de las acreditaciones de los centros sanitarios públicos y privados. Está financiada conjuntamente con presupuesto del Estado y mediante la contribución de los centros sanitarios que se acrediten, y cuenta con recursos propios. El Comité acreditador está constituido por diferentes profesionales expertos en los ámbitos del sector sanitario (gestores, clínicos, personal de farmacia o cuidados paramédicos y médicos con experiencia en evaluación y acreditación). El procedimiento de acreditación es similar al de otros países (autoevaluación y auditoría).

Kings' Fund. Creada en 1897 inicialmente como hospital, a principios del siglo XX comenzó su andadura evaluadora. Su modelo actúa, denominado Or-

ganizational audit., se aplica en hospitales, centros de atención primaria y hospitales comunitarios. Incluye la evaluación de aspectos estructurales junto a otros funcionales pero sin alcanzar aún el grado de evolución de JCAHO. En 1995 se estableció como sistema de acreditación siguiendo los manuales australianos y de Nueva Zelanda. El modelo de acreditación está siendo aplicado recientemente en Portugal.

## 2. Programas de acreditación en España a nivel nacional

Hemos visto como la acreditación es el proceso mediante el cual un centro o servicio sanitario se somete a una verificación externa con el fin de evaluar el grado de cumplimiento de un conjunto determinado de estándares de calidad establecidos por un organismo independiente. Mediante la acreditación, una organización sanitaria dice que está capacitada o es competente para realizar una serie de actividades de acuerdo a una serie de estándares óptimos.

No debe considerarse como un reconocimiento puntual o aislado, sino como un proceso dinámico que permite identificar de forma sistemática y periódica aquellos elementos susceptibles de ser mejorados.

Un sistema de revisión externo como el proceso de acreditación debe:

- Ofrecer una garantía de fiabilidad a través de un proceso detallado y justo.
- Facilitar de manera inmediata una información precisa de la actuación a todas las partes interesadas.
- Incluir un proceso que estimule y motive a las organizaciones y profesionales para continuar prestando una asistencia de gran calidad.

En España, la acreditación sanitaria es relativamente reciente. Desde el comienzo de las transferencias sanitarias, se están desarrollando experiencias a nivel de Comunidad Autónoma, algunas de ellas de gran interés. En el ámbito nacional, existen algunos programas específicos de acreditación: acreditación de servicios y unidades de referencia, formación sanitaria especializada, y formación continuada.

## **Autorización Sanitaria**

Antes de analizar los programas específicos de acreditación, es interesante comentar el proceso de autorización sanitaria. En nuestro país, los Ayuntamientos, las Consejerías de Salud de las diferentes CC.AA. y algunos Ministerios son los que autorizan la apertura de las distintas áreas y servicios de un centro sanitario, público o privado, estableciendo el procedimiento administrativo de apertura, modificación o cierre y fijando los requisitos relativos a la estructura de los centros.

Las instalaciones se autorizan ante los organismos competentes en cada caso, y las comprobaciones las realizan los inspectores del Ayuntamiento y de la Comunidad Autónoma correspondiente. Los permisos y licencias solicitados en el ámbito local suelen ser de carácter administrativo y posibilitan la ocupación de las instalaciones una vez finalizada la obra del edificio y el inicio de la actividad del centro. En el ámbito regional la autorización sanitaria del centro se solicita por fases y culmina con la inscripción del centro en el registro de centros sanitarios de la Comunidad Autónoma, y con una licencia de apertura por un número determinado de años. La normativa medioambiental contempla tanto para protección radiológica como en las instalaciones y la eliminación de residuos es también de carácter regional.

## **Acreditación de Servicios y Unidades de Referencia**

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) introduce el concepto de los Servicios de referencia al señalar en su artículo 15.2 que el Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará Servicios a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la Comunidad Autónoma donde residan.

Por otro lado, en su artículo 113, recoge que el Instituto de Salud Carlos III, así como los órganos responsables de la sanidad de las Comunidades Autónomas, podrán proponer al Ministerio de Sanidad y Consumo la designación como unidades asistenciales de referencia nacional a aquellas que alcancen el nivel sanitario de investigación y docencia que reglamentariamente se determine para acceder a tal condición y señala, además, que el Ministerio de Sanidad y Consumo dictará las normas que regulen la concesión de la acreditación de unidades de referencia nacional, el acceso a dichas unidades de los usuarios del sistema y el régimen económico a ellas aplicable.

Por su parte, el Real Decreto 1302/2006 de 10 de noviembre establece las bases del procedimiento para acreditar los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Se definen los centros de referencia, que son aquellos que atienden patologías que requieren un alto nivel de especialización, alta tecnología, enfermedades raras y las unidades o servicios de referencia. Se señalan los principios que justifican dicha acreditación: equidad para acceder a atención sanitaria de calidad para patologías raras o complejas. La financiación de los servicios de referencia se establecerá con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria.

Los criterios para designar estos centros deberán considerar aspectos de conocimiento, experiencia, volumen de actividad, equipamiento, resultados, sistemas de información, etc. Los criterios concretos los propone el Comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia, y eleva la propuesta al pleno del Consejo Interterritorial.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha puesto en marcha el programa de acreditación de Servicios de Referencia en el año 2008. Las primeras patologías para las que existirán servicios de referencia son las siguientes: alteraciones del globo ocular, melanomas uveales, retinopatías del niño prematuro, tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva y trasplante hepático de vivo adulto.

### **Acreditación de la formación médica especializada (MIR)**

En 1987 el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de su Dirección General de Planificación Sanitaria, puso en marcha un nuevo procedimiento para la acreditación de hospitales para docencia postgraduada. En él se evalúan algunos aspectos como son actividades docentes, asistenciales, dotación de personal, equipamiento y áreas físicas, actividades científicas y de investigación. El proceso de acreditación de la formación sanitaria especializada cuenta con una “guía de actividades en el proceso de evaluación”, que describe lo que probablemente ocurrirá en la visita, señalando los principales temas que se han de tratar en cada actividad.

El informe es presentado al Ministerio de Sanidad, quien a su vez lo envía al Comité de Acreditación. El Comité emite una propuesta que tiene que ser ratificada por el Consejo Nacional de Especialidades. El dictamen puede ser: positivo (por uno, dos o tres años), provisional por un año supeditado a la resolución de deficiencias, o negativo.

Recientemente, el RD 183/2008 de 8 de febrero sobre Aspectos Formativos de la Docencia de Especialistas en Ciencias de la Salud integra y actualiza toda la normativa previa, muy dispersa sobre esta materia, convirtiéndose en una norma central básica para toda la Docencia de Especialistas en Ciencias de la Salud. El RD establece una nueva situación, al delegar competencias en las CCAA, no tanto en el tema de la acreditación de las Unidades Docentes, que se mantienen centralizadas en el Ministerio de Sanidad, pero sí en cuanto a la organización, constitución, funciones y gestión de las Unidades Docentes, Comisiones de Docencia, figuras docentes, etc.

### **Acreditación de la formación continuada**

Se entiende como formación continuada de los profesionales sanitarios cualquier actividad formativa efectuada una vez que han obtenido la titulación básica o la especialidad, sin que esta formación esté orientada a obtener una nueva titulación. Su objetivo es mejorar los conocimientos, la habilidad técnica y la actitud del profesional. En la formación continuada participan las sociedades científicas, los colegios profesionales, la Administración, la Universidad, los sindicatos, la industria farmacéutica y otras instituciones privadas. Las actividades formativas proliferaron y no siempre cumplían con unos estándares de calidad adecuados.

Para solucionar este problema, a raíz del Convenio de Conferencia Sectorial del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en 1997 se diseñó un modelo de acreditación de ámbito nacional sobre formación continuada. Está formado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y diecisiete comisiones autonómicas.

Son objeto de acreditación las actividades de formación continuada dirigidas a profesionales sanitarios reconocidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003), destinadas a mantener, aumentar o mejorar las competencias profesionales, una vez obtenida la titulación básica o la especialidad correspondiente. Dado el carácter multidisciplinar de un gran número de acciones formativas, se incluyen aquellas otras profesiones a las que también va dirigida la actividad, aunque la acreditación no le sea de aplicación (Comisión de Recursos Humanos del SNS de noviembre de 2005). La acreditación tiene validez en todo el Sistema Nacional de Salud, y sólo pueden ser subvencionadas con cargo a fondos públicos y tenidas en cuenta en la carrera profesional, las actividades acreditadas por la Comisión de Formación Continuada.

Los criterios y el procedimiento de acreditación son comunes a todo el sistema y por tanto su validez se extiende a todo el Sistema Nacional de Salud, independientemente de la comisión que intervenga en el procedimiento de acreditación (Resolución de 30 de julio de 1999).

El sistema de acreditación se caracteriza por:

- Su carácter voluntario.
- Su apertura a los proveedores públicos y privados de actividades formativas.
- La acreditación de actividades sobre la base de un sistema formal de adjudicación de créditos.
- Su neutralidad.
- Su complementariedad con distintos sistemas de evaluación objetiva de las competencias individuales.

Se establecieron unos requisitos mínimos para dichas actividades: justificación de la actividad, objetivos docentes explícitos, metodología docente adecuada a los objetivos propuestos, pertinencia de la actividad respecto al perfil del profesional al que se dirige, metodología de evaluación, duración en horas lectivas, número de alumnos y recursos disponibles, entre otros. El modelo de acreditación de actividades formativas ha resultado útil para mejorar el diseño de la oferta formativa, y ha tenido un impacto positivo en la carrera profesional.

### **Comisión de acreditación en Castilla- La Mancha**

La Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Castilla- La Mancha (CFC-CLM), creada por el Decreto 24/2008, de 12 de febrero de 2008, de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias (DOCM nº 35, de 15 de febrero de 2008) es el marco legal de funcionamiento del sistema acreditador. Las normas de tramitación y el modelo de solicitud de acreditación de actividades siguen las líneas establecidas por este Decreto y la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. La CFC-CLM tiene delegadas en la Comisión Permanente las funciones de organización

y gestión de la acreditación de actividades formativas, centros y profesionales, así como aquellas que le sean delegadas expresamente.

### 3. Experiencias de acreditación sanitaria en las Comunidades Autónomas

El Sistema Sanitario Español se caracteriza por ser predominantemente público, tanto en su financiación como en su provisión (hospitales), con una gestión y regulación fuertemente tutelada desde las Administraciones Sanitarias. Así, en España la acreditación hospitalaria ha sido tradicionalmente gubernamental, a diferencia de otros países, como forma de asegurar la calidad asistencial de los servicios y establecimientos sanitarios en funcionamiento. En un principio, por ley, es responsabilidad del gobierno central y en la actualidad esa responsabilidad se transfiere a las Comunidades Autónomas.

Los modelos de acreditación en vigor corresponden al pionero, en Cataluña desde hace 25 años, recientemente revisado y a Andalucía; aunque en otras Comunidades se están desarrollando otros modelos en la actualidad.

En cuanto a acreditaciones privadas, la Joint Commission International (JCI) creó su primer programa de acreditación de hospitales en 1999, con una flexibilidad que tiene en cuenta las características sociales, políticas, religiosas y económicas del país en que se aplica. En España es la Fundación Avedis Donabedian quien desarrolla el programa, con el objetivo de acercar la acreditación de la JCAHO al sistema sanitario español. Por su parte, la Sociedad Española de Calidad Asistencial dispone de un registro de entidades con acreditación y certificación de diversos tipos - Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria de la (RECAS) - en el que se recogen los centros acreditados en por Joint Commission International. (Ver Tabla 1.).

A continuación se describen algunas de las experiencias desarrolladas por las diferentes CCAA.

#### **Acreditación sanitaria en Cataluña**

Cataluña dispone de competencias en sanidad desde el año 1979. A principios de los 80, el Departamento de Sanidad puso en marcha un sistema de eva-

luación externa de la calidad de los hospitales. En 1981 se reguló la acreditación de centros y servicios asistenciales. Fue la primera Comunidad en disponer de un sistema de acreditación. Un factor fundamental fue la existencia en Cataluña de hospitales con diversas titularidades.

En el año 1983 se llevó a cabo un nuevo proceso de acreditación, con estándares más exigentes. El resultado inicial de la evaluación fue desalentador, ya que los centros presentaban muchas deficiencias. En este segundo proceso de acreditación, se estableció la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (XHUP), de forma que los hospitales pertenecientes a ella debían estar acreditados según los estándares vigentes.

Aprendiendo de la experiencia de los años anteriores, comenzó el tercer proceso de acreditación en el año 1991. Este nuevo proceso se enfocaba más claramente hacia la mejora continua de la calidad. Se trataron de desarrollar estándares de evaluación más sencillos. El programa de acreditación de 1991 desarrolló un órgano acreditador (Dirección General de Recursos Sanitarios), unas normas de acreditación, un proceso de acreditación con un certificado favorable o desfavorable y un manual de acreditación (que especifica los estándares a verificar). El proceso comenzaba con la solicitud de acreditación y una fase de autoevaluación por parte de los centros. Posteriormente, se realizaba una auditoria por inspectores especialmente formados. Finalmente, el Comité de Acreditación, basándose en el informe de auditoría, formulaba o no una propuesta de acreditación. En cuanto a los resultados de este programa, más del 80% de los centros fueron acreditados. Los hospitales mostraron gran interés en solventar los aspectos pendientes detectados en las auditorías.

El proceso de acreditación en Cataluña, aunque voluntario, es esencial para los hospitales que quieren firmar un acuerdo económico con la Seguridad Social. Las características del sistema de acreditación catalán son: liderazgo y dependencia de la administración pública, estándares consensuados y basados en el entorno, evaluación de las instalaciones del edificio, seguimiento de las mejoras realizadas, participación del sector sanitario, y necesidad de disponer del certificado de acreditación para poder prestar servicios en el sector público.

Para iniciar el proceso de acreditación, el hospital solicita ser incluido en el programa y completa un extenso cuestionario que contiene los estándares señalados en normativas. Cada hospital es auditado después por un grupo de médicos (inspectores contratados por el Gobierno Autónomo) que elabora

un informe sobre los aspectos sanitarios. Además de una auditoría “Sanitaria”, el proceso de acreditación contiene un informe relativo a la seguridad de la estructura del hospital y otro informe sobre los aspectos de prevención de incendios.

Actualmente, Cataluña dispone de 85 hospitales acreditados y de una experiencia de 25 años. Cataluña ha definido en 2006 un nuevo modelo de acreditación multidimensional aplicable a todos los servicios sanitarios, basado en el modelo EFQM, y combina las normas de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y las de la ISO. Sus ejes son: la satisfacción de usuarios y profesionales y el impacto positivo en la sociedad a través del liderazgo, política y estrategia, un uso adecuado de los recursos, política de personal, y una correcta definición de los procesos. (Tabla 2.)

### **El modelo andaluz de acreditación sanitaria**

En Andalucía, el primer modelo de acreditación de hospitales públicos se puso en marcha en el año 1985. A lo largo de estos últimos años, se desarrollaron interesantes experiencias en relación con la calidad: acreditación según normas ISO-9001 por AENOR de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, la acreditación por la Joint Commission del Hospital Costa del Sol, y la elaboración del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

En el año 2000 se elaboró el primer Plan de Calidad, con siete líneas estratégicas. La implantación de este Plan ha permitido desarrollar las siguientes herramientas de apoyo: gestión por procesos, gestión clínica, gestión por competencias, y un modelo propio de acreditación y mejora continua.

El Modelo de Acreditación Andaluz, elaborado y puesto en marcha por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a raíz de la publicación del Primer Plan de Calidad de la Consejería de Salud,

El Modelo de Acreditación y Mejora Continua diseñado para Andalucía tiene como referente promover y evaluar la calidad y mejora de los servicios que se prestan, y consolidar estos valores como parte de la cultura y el desempeño de todos los implicados: organizaciones, centros, unidades clínicas, profesionales, recursos, proveedores, etc. Consta de cinco áreas: el ciudadano, centro del sistema sanitario; organización de la actividad centrada en el paciente; profesionales; estructura; y resultados clave.

El modelo posee unas características básicas:

- Uniforme. Alineado con las estrategias y elementos de gestión del SSPA.
- Total. Orientado a todos los agentes del sistema sanitario de Andalucía (públicos y privados).
- Horizontal. Observa la organización desde la perspectiva del ciudadano (proceso asistencial), primando los conceptos de continuidad y transversalidad.
- Integral. Trata todas las áreas de acreditación (centros, profesionales, formación continuada) desde la misma perspectiva: "mejora y garantía de los servicios que se prestan al ciudadano", interrelacionando los programas de acreditación de las diferentes áreas a través de sus estándares.
- Progresivo. Establece diferentes tramos de progreso hacia la mejora.
- Orientado a resultados. Los estándares, las metodologías y los procesos de acreditación están formulados para romper inercias no deseadas y orientar los resultados a la organización.
- Mejora compartida. La mejora continua se basa en el potencial que poseen las personas y las organizaciones.

Se incorpora la Autoevaluación como instrumento de Gestión de la Mejora, que permite a los diferentes grupos o individuos evaluar su posición actual, determinar dónde quieren llegar, planificar las actuaciones para conseguirlo y comprobar la mejora alcanzada.

El diseño e implantación de este modelo lo ha asumido la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, creada en el año 2002 para hacer frente a las necesidades de acreditación existentes. En la actualidad, ha puesto en marcha y desarrollado diversos Programas de Acreditación; Acreditación de Centros, de Unidades de Gestión Clínica, de Unidades de Investigación, de Unidades de Diálisis, de Laboratorios Clínicos. También han elaborado y puesto en marcha los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales, referidos a los profesionales sanitarios, fundamentalmente médicos y enfermeras/os, para cada una de las especialidades y puestos de trabajo, de forma que son 65 manuales de Acreditación de profesionales.

En relación con la acreditación de la formación continuada, en Andalucía, además de la acreditación de las actividades de formación continuada, de acuerdo con los criterios establecidos por la Comisión Nacional, se han elaborado programas para la acreditación de Centros de Formación Continuada y programas de Formación Continuada.

### **Aplicación del modelo EFQM en el País Vasco**

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es un Servicio de Salud que atiende a una población de más de dos millones de personas. Tiene a su cargo la provisión de servicios sanitarios mediante organizaciones públicas de servicios (31) dentro del territorio de la Comunidad Autónoma Vasca. Unas 22.000 personas trabajan en las distintas organizaciones de servicios de Osakidetza. La misión de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud es proveer servicios públicos de salud para satisfacer las necesidades de la población con los principios de equidad, eficiencia y calidad, utilizando los principios de calidad total.

En 1992, se puso en marcha un Plan Integral de Calidad, basado en la calidad percibida, calidad científico-técnica, y los costes de la no calidad. En 1994, Osakidetza se vinculó como patrono a la Fundación Vasca para el fomento de la calidad (Euskalit), la cual optó por el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM).

A partir de 1995, el EFQM se convierte en la herramienta de gestión de la calidad. En 1998 se elaboró el primer Plan Estratégico de Osakidetza, que establecía cinco grandes objetivos: orientación al cliente, implicación de las personas, innovación tecnológica, desarrollo empresarial y calidad total.

El despliegue de este modelo de gestión de la calidad se ha efectuado en cascada desde los equipos directivos hasta los niveles más operativos. Para ello, se ha desarrollado una serie de proyectos entre los que destacan el programa de formación de líderes, el desarrollo de herramientas para autoimplantación, la realización periódica de autoevaluaciones con el Modelo EFQM y la implantación de la gestión por procesos. En los últimos años se han desarrollado programas de formación continuada sobre EFQM, y se han realizado cuatro procesos de evaluación bienales, con elaboración de planes de mejora e integración en la gestión de los centros evaluados. Se han diseñado diversas herramientas (encuestas de evaluación, metodología de mejora continua, desarrollo de indicadores y estándares, implantación de gestión por procesos, etc.)

La puntuación obtenida en la evaluación EFQM de los últimos años ha ido mejorando en casi todos los criterios. Seis organizaciones han obtenido la Q de plata (más de 400 puntos) y dos, la Q de oro (más de 500 puntos). El Plan de Calidad 2003-2007 tenía dos objetivos generales: calidad de servicio y calidad de gestión. Su implantación ha obligado a definir las funciones de calidad del Comité de Dirección y a articular como estructuras facilitadoras las figuras del coordinador del sistema de gestión de la calidad y la comisión de calidad. En el momento actual, el reto es el despliegue de la gestión de la calidad en los servicios y unidades asistenciales, para lo que se han diseñado herramientas especiales.

### **Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León**

Recientemente, en Castilla y León se ha autorizado la creación de la Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León, con el fin evaluar e impulsar la excelencia y la calidad del sistema en el conjunto de la región, tanto en el ámbito público como en el privado.

La Fundación se centrará en evaluar los centros sanitarios, hospitales, así como sus servicios, unidades asistenciales, tecnologías, etc., públicos y privados. Además, también trabajará en la acreditación del desempeño profesional de los trabajadores del sistema, aspecto éste ligado al acuerdo marco de carrera profesional, que establece las posibilidades de promoción de los profesionales sanitarios. El Centro de Calidad fijará un modelo de acreditación sanitaria adaptado a las características de la Comunidad y a partir de los modelos de acreditación existentes, como ISO y la Joint Commission,

## **4. Conclusiones**

La acreditación como método de análisis se emplea una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos, personal, etc. El modelo define la estructura óptima, de acuerdo con el nivel deseado de calidad del servicio. La calidad del servicio además depende de la ejecución de los procesos y del control y mejora de los mismos, y serán las medidas de proceso y resultado las que permitan identificar puntos fuertes y áreas de mejora de la organización, sobre los que aplicar

la metodología de gestión de la calidad, una vez que se cumplen los requisitos estructurales.

En España, la situación de la acreditación y, en general, de la política de calidad, es compleja. Las CC.AA. han abordado el tema con estrategias diferentes: sistemas de acreditación, gestión de la calidad con el modelo EFQM u otros modelos, etc. Además, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha desarrollado una estrategia de grandes líneas, plasmada en el Plan de Calidad, que recoge las tendencias nacionales e internacionales en este campo. A pesar del importante desarrollo experimentado por la acreditación y, en general, la gestión de la calidad, sigue siendo necesario una mayor coordinación entre las CC.AA, el Consejo Interterritorial del SNS y las organizaciones científicas, profesionales y de pacientes, para lograr que los beneficios de las distintas experiencias y modelos sean aprovechados a nivel nacional.

Los sistemas de acreditación a nivel internacional siguen evolucionando y perfeccionándose. En el entorno actual, donde pacientes y profesionales son cada vez más exigentes en cuanto a los estándares de calidad del servicio sanitario, es necesario lograr un sistema que facilite la mejora continua. Los sistemas de acreditación son una buena alternativa para lograr este objetivo.

**Tabla 1. Acreditacion JCAHO  
(Joint Commission Of Accreditation Of Healthcare Organizations)**

ORGANIZACION	ALCANCE	AGENCIA EVALUADORA	EMISION	RENOVACION
Área Básica de Salud VANDELLÓS-L'HOSPITALET DE L'INFANT GRUP SAGESSA	Toda la organización	FAD-JCAHO	2002	2005
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALOU Institut Català de la Salut Salou	Toda la organización	FAD-JCAHO	2004	2007
CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA	Toda la organización	FAD-JCAHO	2004	2007

ORGANIZACION	ALCANCE	AGENCIA EVALUADORA	EMISION	RENOVACION
EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL COSTA DEL SOL Marbella	Toda la organización	FAD-JCA-HO	2002	2005
GRUPO SANITARIO IBERICA DE DIAGNOSTICO Y CIRUGÍA S.L. HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA Sant Cugat	Toda la organización	FAD-JCA-HO	2002	2005(*)
INSTITUT GUTTMANN CAMI DE CAN RUTI S/N Barcelona	Toda la organización	FAD-JCA-HO	2005	2008

**Tabla 2. Modelo de acreditación Sanitaria en Cataluña**

Modelo 1991	Modelo actual
Normativo	Acredita y promueve la mejora
Cumplimiento de norma	Compromiso de la Dirección y liderazgo Impacto en el sistema sanitario
Poca participación del personal de la organización	Amplia participación del personal de la organización
Acota la Lex artis y el criterio profesional aislado	Fomenta la gestión del conocimiento
Evalúa estructura	Evalúa proceso y orientado a resultados
Procesos independientes	Gestión de procesos interrelacionados para la eficacia y eficiencia de la organización
Genera únicamente puntos débiles	Genera puntos fuertes y puntos débiles (promueve la mejora continua)
Análisis de datos y de información para la toma de decisiones	Análisis de datos y de información para la toma de decisiones
No orientado de manera específica al cliente	Orientado al cliente interno y cliente externo

Modelo 1991	Modelo actual
No hay relación de cooperación con agentes externos	Tiene en cuenta alianzas/relaciones de la organización
No tiene en cuenta el entorno	Compromiso con el entorno y la sociedad
Poco participativo	Incide directamente en la cultura de toda la organización
No precisa cultura de calidad previa	Se sustenta en la cultura de la calidad
Respeto la cultura interna del centro	Respeto la cultura de la organización y constituye una guía para la mejora

*Adaptado de López Viñas ML et al.*

## Bibliografía

Almazán González S. *“Modelo de acreditación andaluz”*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Rev Adm Sanit. 2006; 4:189-94.

Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Vitaller J. *“El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles”*. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18: 107-14.

Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J. *“Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria”*. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia 2003.

Carrasco AL, Zurro J. *“Manual de acreditación de hospitales”*. Ed. MAPFRE. Madrid, 1999.

Clavería A. *“El papel de la Agencia de Calidad en el Sistema Nacional de Salud. De la teoría a la práctica”*. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19: 205-10.

*“Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2005”*. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>

Joint Commission International Accreditation. *“Estándares internacionales de acreditación de hospitales”*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; Barcelona 2000.

Legido-Quigley H, Mckee M, Nolte E, Glinos IA. *"Assuring the quality of health care in the European Union"*. European Observatory on Health Systems and Policies. Organización Mundial de la Salud 2008.

López Viñas ML, Costa Vilar M, Manzanera López R. *"Modelo de acreditación sanitaria en Cataluña"*. Rev Adm Sanit. 2006; 4: 185-8.

López Viñas ML, Guzmán Sebastián R, Tirvió Gran C, Busquets Bou E, Manzanera López R. *"Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación"*. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19: 151-6.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *"Acreditación de Centros Sanitarios. Jornada de debate, 28 de abril de 1998"*. Ed. Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.

Palmer HR. *"Ambulatory health care evaluation: principles and practice"*. American Hospital Publishing, 1983.

*"Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud"*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/>

*"Registro de Entidades Certificadas y Acreditadas de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (RECAS)"*. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/seca/recas.php> [consultado el 28 de agosto de 2008].

Repullo JR. *"Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud"*. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17: 199-200.

Rodríguez Balo A, Ferrándiz Santos J. *"Integración del modelo EFQM y el despliegue Hoshin Kanri en un área de atención primaria"*. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19: 45-52.

Sheps MC. *"Approaches to the quality of hospital care"*. Hospital Administration. 1970; 15:21-42.

Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Rebollo P. *"Calidad en la formación continuada de los profesionales sanitarios: necesidad y reto"*. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21: 117-9.

Sánchez E, Darpón J, Garay JI, Letona J, González R, Pérez MJ. *“Política de Calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”*. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19(3): 189-99.

Torres A, Fernández E, Paneque P, Carretero R, Garito A. *“Gestión de la calidad asistencial en Andalucía”*. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19: 105-12.

Zancajo JL. *“El proceso de evaluación externa de los hospitales para la acreditación de la formación sanitaria especializada”*. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19: 243-9.

## TEMA 6.2

# El Modelo EFQM de excelencia

Isidoro Salamanca Carranza.  
Álvaro Santos Gómez.

*“No fracasamos por culpa de nuestros sueños si no, por no haberlos soñado con suficiente fuerza”*

Ernst Jünger

## 1. Introducción

La evolución de la asistencia Sanitaria en nuestro entorno ha configurado un escenario caracterizado en líneas generales por la delegación de la función diagnóstica en la Atención Especializada (concentración de medios diagnósticos en los Centros de AE y burocratización de AP) y por la delegación de los Cuidados en la Atención Hospitalaria (cambios en la estructura social-familiar, envejecimiento, recursos socio-sanitarios...).

Esta interpretación socio-sanitaria del escenario de nuestro Sistema permite explicar en parte la actual concentración de nuevas tecnologías y proveedores especializados en el entorno hospitalario para atender las demandas de una población de referencia, “cliente”, Estas tienden a aumentar exponencialmente como consecuencia de los resultados intermedios de la propia asistencia que progresivamente han ido transformando mortalidad en morbilidad lo que conlleva un aumento de la “carga de enfermedad” de la población a atender ligado fundamentalmente al seguimiento y cuidados de las enfermedades crónicas condicionado, a su vez, por la evolución de los cambios sociales y culturales de las sociedades en las que viven nuestros “clientes”.

La consecuencia de la interacción dinámica de estos factores con la estructura física y organización funcional de nuestro sistema sanitario puede determinar que la demanda asistencial supere la capacidad de producción de los Servicios de/en Atención Especializada de nuestro Sistema, que se reflejará en una primera fase de reacción (hipertrofia hospitalaria, con aumento del número de especialistas, incorporación de nuevas tecnologías, aumento de consultas externas) que una vez superada la capacidad de compensación del sistema pasará a una fase de claudicación con aparición de listas de espera, aumento progresivo (o explosivo) y descontrol de las mismas con un desplazamiento (y aumento) hacia/de la atención de urgencias.

Desde la óptica de los dos niveles asistenciales que estructuran nuestro sistema sanitario (Atención Primaria y Atención Especializada) podemos considerar que se ha producido un desplazamiento de la atención de problemas de salud del primer al segundo nivel mediatizado por revisiones de por vida de múltiples patologías crónicas (secuestro de pacientes) en el segundo nivel, hecho que además se ha agravado por la circunstancia de que con frecuencia los intereses, objetivos y prioridades de los equipos directivos de ambos niveles no están alineados.

Llegados a este punto cabría preguntarse, si esto es así, ¿como podríamos devolver el "Equilibrio al Sistema" y hacer confluir los objetivos e intereses de los equipos de gestión?. Nuestra respuesta es clara: La Gerencia Única de Área como estructura organizativa y el Modelo de Excelencia EFQM como herramienta de gestión operativa.

Tras la aparición de los Premios Deming (1951) en Japón y Malcom Baldrige (1987) en Estados Unidos en 1988 se constituye la European Foundation for Quality Management (EFQM) por los presidentes de 14 grandes empresas europeas y el respaldo de la Comisión Europea reconociendo así la posibilidad de obtener una ventaja competitiva a través de la gestión de la Calidad Total.

Esta fundación desarrolla en 1991 con financiación de la Unión Europea una herramienta multidimensional para la evaluación de la gestión de la Calidad de una organización, que sirve de base para el Premio Europeo a la Calidad (1992). Este modelo ha sido revisado anualmente desde 1993 siendo el actual resultado de la revisión de 1999.

Es un modelo genérico, diseñado para ser aplicado en todo tipo de organizaciones (Jackson S), que propone un marco de referencia conceptual (Gestión

de Calidad Total: todas las actividades a todos los niveles, mediante un proceso de autoevaluación y mejora continua) estableciendo unos criterios claros, comunes para todas las organizaciones que hacen de la excelencia un logro permanente, estratégico (actividades de evaluación y mejora, a través de la lógica REDER, siguiendo el esquema del PDCA de Deming) y operativo (proporciona un esquema estructurado cuyos componentes, criterios agentes y resultado, se alinean en estructura, proceso y resultado haciendo tangibles los principios de la Calidad Total).

Su carácter genérico obliga a trasponer los Criterios y subcriterios a las organizaciones específicas originando diferentes guías y adaptaciones (Sector público en 1995 y Sector Salud en 1998) como la adaptación al Sector Salud española (con la colaboración del FIS y la Fundación Vasca para la Calidad), cuyos cambios más destacables respecto del modelo original son (Arcelay A):

- Adaptación de la terminología.
- Síntesis de subcriterios (de 32 pasa a 23).
- Adaptación y especificación de las Áreas Sanitarias a valorar en cada criterio y subcriterio.
- Inclusión de aclaraciones/excepciones de términos y conceptos.

Las adaptaciones conservan el carácter orientativo del modelo dejando que cada organización:

- Defina y/o priorice los subcriterios y áreas de interés, (el modelo no da prioridades).
- Establezca con qué indicadores y/o mediciones va a evaluar los criterios y subcriterios.
- Cómo hacer las cosas que mejor se adecuen a sus necesidades.

Esta flexibilidad se traduce en una variabilidad en la definición de los mismos criterios en las adaptaciones específicas del modelo (y también entre los diferentes modelos de excelencia en la gestión de calidad), dificultando la aplicación sistemática a gran escala pues obligaría a comparar organizaciones de un

mismo sector que pueden haber seleccionado indicadores totalmente diferentes en la evaluación de los criterios y subcriterios del modelo adaptado además de la propia subjetividad de la metodología de evaluación (Lorenzo S).

Es un modelo humanista, la piedra angular son las personas (el trabajo lo hace la gente), busca la satisfacción de los clientes externos (usuarios) a través de la satisfacción de los clientes internos (personal de la organización) y crear una imagen positiva de la organización en la comunidad (Jackson S).

Permite comunicar a todos los integrantes de la organización la necesidad de mejorar, los retos que se plantean en cada ciclo temporal y los logros que se consiguen facilitando la reorientación de la gestión y de la organización hacia el cliente.

Propone como estrategia de aplicación la Autoevaluación que a su vez es el punto de partida del proceso de solicitud de presentación al Premio Europeo a la Calidad. Su fin es establecer un proceso de mejora continua (Jackson S).

Esto significa que la adopción del modelo por una organización requiere también un cierto nivel de "madurez" de la misma y de "conocimiento" del modelo para ser aplicado en cualquier unidad con cierto nivel de autonomía de gestión en función de sus características y de su situación.

## 2. Contenido del modelo

### 2.1. Marco Teórico

Un requisito para que una organización sea excelente es que su gestión siga los principios de la Calidad Total. Estos principios se explicitan mediante un modelo o marco de referencia (o de excelencia) que a través de la autoevaluación permite comparar la organización frente al modelo.

Esta comparación permite conocer aquellos aspectos y/o áreas de actividad de la organización que se adecuan al modelo y los que no. Además orienta sobre los aspectos que hay que trabajar para seguir el camino de la mejora continua, aspectos que irán cambiando con las sucesivas reevaluaciones y cuyo abordaje práctico será asumido secuencialmente en función de las posibilidades y de la priorización realizada por cada organización.

El propio modelo define el concepto de excelencia, que en el caso del EFQM lo hace como “las **prácticas sobresalientes en la gestión** de la organización y logro de resultados, basados en la aplicación de un conjunto de ocho conceptos que traducen para el mismo los principios de la “Gestión de la Calidad Total” (conjunto de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de las organizaciones).

- Orientación de Resultados
- Orientación al Cliente
- Liderazgo y Coherencia de Objetivos.
- Gestión de Procesos y hechos
- Desarrollo e Implicación de las Personas
- Aprendizaje Innovación y Mejora Continuos
- Desarrollo de Alianzas
- Responsabilidad Social

Por tanto, la Gestión de Calidad Total puede entenderse como una estrategia de gestión orientada a que la organización satisfaga de forma equilibrada las necesidades y expectativas de clientes, profesionales, accionistas y sociedad (Membrado J).

**Un requisito para la aplicación** del Modelo es que estos principios sean totalmente asumidos por los directivos de la organización.

## ***2.2. Estructura General***

El Modelo en su enfoque de la mejora continua considera diferentes aspectos de la misma y fundamenta el logro de los resultados excelentes respecto de los clientes, las personas, el rendimiento de la organización y la sociedad en un Liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas, los recursos y los procesos (que logra y mantiene los mejores resultados posibles, Maderuelo JA).

Considera que los enfoques que basan la mejora continua en los aspectos parciales de una unidad organizativa (ej. rendimiento) no posibilitan su adaptación a los cambios del entorno en el que ejerce su actividad (Arcelay A).

La aplicación del modelo no ordena lo que hay que hacer.

### Consta de dos elementos operativos:

1. **Criterios de Excelencia**, que guían los aspectos a considerar y abarcan todas las áreas de funcionamiento de la organización cuya interrelación define teóricamente a la organización excelente.
2. **Reglas**, para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio

#### 1. Criterios

Considera **9 Criterios**, **5 son denominados “Agentes Facilitadores”** (describen cómo logra la organización sus resultados actuando en cada subcriterio) y como consecuencia de estos se obtienen los **4 Criterios de “Resultado”** (lo que la organización está logrando).

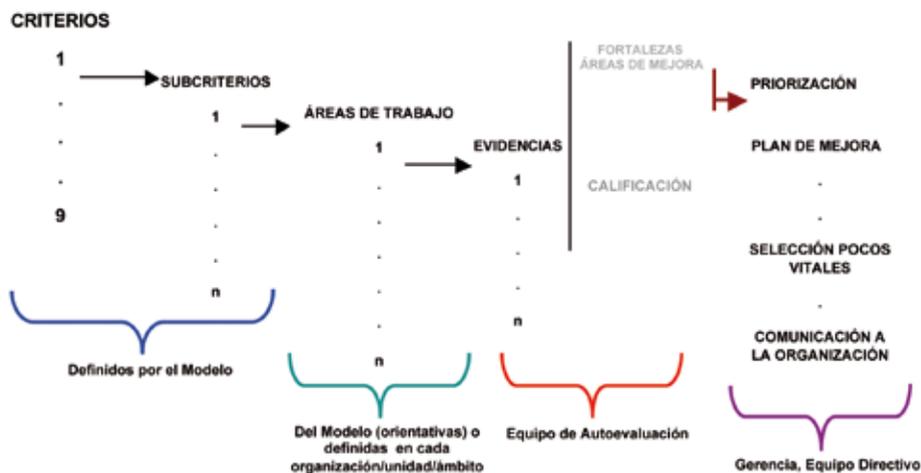
Los **Criterios “Agentes”** vienen definidos por el modelo, explicando su significado y va acompañado de varios subcriterios que tienen que ser contemplados a la hora de evaluarlos, representan lo que la organización debería hacer respecto del modelo. Cada subcriterio lleva consigo un número variable de áreas a abordar (disponibles en los documentos editados por EFQM). Estas áreas son orientativas, son ejemplos de lo que la organización puede hacer respecto a cada subcriterio y sirven para interpretar el significado de cada subcriterio. Cada organización debe seleccionar cuáles son las áreas más significativas para ella en cada ámbito pudiendo tomar las que vienen en los documentos del modelo u otras de especial importancia en sus actividades.

- Liderazgo
- Política y Estrategia
- Personas
- Alianzas y Recursos
- Procesos

Los **Criterios "Resultados"**, la organización mide sus resultados y determina a través del modelo los resultados a considerar, no se comparan con el modelo. Los subcriterios hacen referencia a los indicadores que se tienen que analizar (medidas de Percepción y Rendimiento) y las áreas orientan sobre los ámbitos de los que se pueden obtener los indicadores.

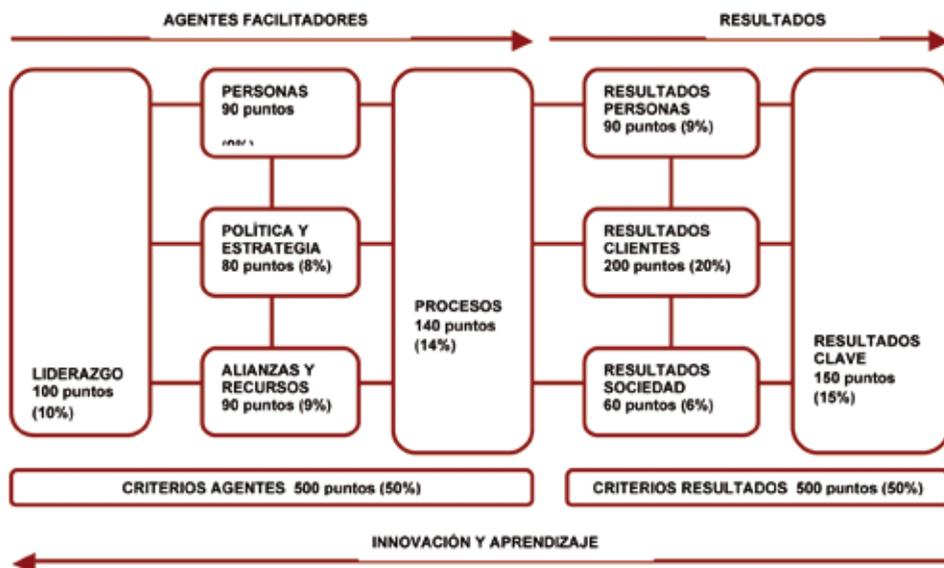
- Resultados en los Clientes
- Resultados en las Personas
- Resultados en la Sociedad
- Resultados Clave

Todas las valoraciones sobre lo que se hace y no se hace debiéndolo hacer según el modelo (que son también juicios sobre diferentes aspectos de la actuación de la organización) deben basarse en hechos demostrables (tangibles), que en el modelo se denominan Evidencias. La presencia o ausencia de las mismas son el argumento en el que se basa la descripción y la valoración de la organización en el modelo.



Fuente: González Solana I.

La definición de los Criterios y subcriterios dentro del modelo es general y con frecuencia deben ser recodificados al aplicarlos a organizaciones concretas (p.ej. sanitarias) por lo que con frecuencia se acompañan de aclaraciones o consideraciones.



## 2. Reglas de Evaluación. La Lógica REDER

Es el esquema lógico que establece lo que la organización necesita hacer para cumplir el modelo permitiendo otorgar una puntuación. Aparece reflejada en la estructura general del modelo (los resultados alimentan con innovación y aprendizaje a los agentes facilitadores) y está descodificado a la metodología de evaluación que se utiliza para valorar los criterios y subcriterios del modelo.

Su amplia aceptación permite considerarla de alguna manera estándar permitiendo la comparación con otras organizaciones.

El proceso que se debe seguir para la revisión de forma sistemática de los criterios del Modelo Europeo se realizaría de la forma siguiente:

## A. Criterios Agentes

**Resultados:** Es lo que la organización consigue. La organización determina los resultados que pretende obtener, como parte de su proceso de elaboración de su política y estrategia, reflejando su desempeño en términos operativos, financieros y en la percepción de los grupos de interés relevantes para la organización. Su alcance cubre todas las áreas relevantes para los grupos de interés.

En una organización excelente, los objetivos son adecuados y se alcanzan, los resultados muestran tendencias positivas o un buen nivel sostenido, se comparan favorablemente con los de otros (benchmarking) y son consecuencia de los enfoques.

**Enfoque:** Es lo que la organización piensa hacer (ha planificado) y las razones para ello (su fundamento). Se planifican y desarrollan actividades para alcanzar los resultados. Es la forma en la que se satisfacen los criterios y subcriterios.

En una organización excelente, el enfoque tendrá un fundamento y lógica claros, con procesos bien definidos y desarrollados, dirigido claramente a los grupos de interés y estará integrado (apoyará la política y la estrategia y estará adecuadamente enlazado con otros enfoques).

El Modelo EFQM reconoce que la excelencia en todo lo referente a resultados y rendimiento de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques, que no están predeterminados, sino que han de ser definidos y aplicados por la propia organización.

**Despliegue:** Es lo que realiza (ejecuta) la organización para poner en práctica el enfoque. Es el grado de aplicación del enfoque, verticalmente (de arriba abajo, a todos los niveles) y horizontalmente (todas las áreas y actividades). En una organización excelente, el enfoque estará implantado en las áreas relevantes de una forma sistemática.

**Evaluación y Revisión:** Es lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y su despliegue. Los enfoques son sometidos a la monitorización (control) analizando los resultados obtenidos, identificando y priorizando las áreas de mejora, planificando las acciones de mejora e implementando los procesos donde sea oportuno (ajuste). También tiene en cuenta las actividades de aprendizaje: hasta qué punto se utilizan las actividades propias del aprendizaje de la

organización, como pueden ser, por ejemplo, el benchmarking, las evaluaciones de rendimiento, los análisis, para identificar y compartir las mejores prácticas, así como las oportunidades de mejora.

El modelo valora el cumplimiento de los criterios Agentes siguiendo el esquema **REDER**, en función de su enfoque, despliegue, evaluación y revisión a través de escalas que traducen el nivel de logro en el cumplimiento de estos criterios.

## **B. Criterios Resultado**

Los Criterios de Resultados se miden en función de la percepción de los diferentes grupos de interés, de los propios objetivos de la organización y de las comparaciones externas a la misma y se valoran según los logros alcanzados por la organización.

Estos valores pueden obtenerse de medidas de percepción que tienen sobre la organización los clientes, las personas y la sociedad donde desarrolla su actividad e indicadores de rendimiento (medidas internas que utiliza la organización para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento y predecir las percepciones de los grupos de interés.

En el criterio 9 (resultados clave) las medidas se realizan a través de los resultados e indicadores clave de la organización, acordados en su política y estrategia.

Cada uno de los criterios de resultados se evalúa en una escala de cinco valores porcentuales (0-100) determinando el “grado de excelencia” y “alcance” de los resultados aportados, a partir de la:

**Magnitud de las mediciones realizadas.** Evidencias de buenos resultados asociados a iniciativas de gestión de la organización. La organización mostrará una evolución en el tiempo de los resultados para los indicadores elegidos para identificar las tendencias.

**Tendencias:** positivas o mantenidas; es necesario disponer de unos objetivos internos fijados por la propia organización para cada tendencia de resultados. La información presentada en los criterios de resultados debería incluir el razonamiento que se ha seguido para establecer los objetivos, para analizar si son realistas (suponen un reto para la organización) o no.

**Consecución de objetivos:** compara los resultados obtenidos con los objetivos propios fijados.

**Comparación con otras organizaciones:** Se compara con organizaciones externas del mismo sector de actividad o distinto, incluidas las organizaciones líderes en su sector (best in class). Los ámbitos de actuación deben ser coincidentes. Los resultados a considerar en la excelencia de los resultados deben ser consecuencia de un enfoque o enfoques específicos de los agentes facilitadores (que no son consecuencia de una mejora general del entorno comercial), por lo que habrá que considerar todas aquellas acciones que se desarrollaron en los criterios de agentes.

**Alcance:** es el grado de información que dan los resultados presentados, hasta qué punto los resultados abarcan las áreas relevantes de la organización.

Los resultados han de estratificarse por todos los factores de interés (servicios, clientes, proveedores, categorías profesionales...) para poder valorar la cobertura por los mismos de los aspectos a considerar que se exponen en el enunciado de cada criterio. Además se tiene en cuenta la relevancia de los resultados en el ámbito de cada Criterio.

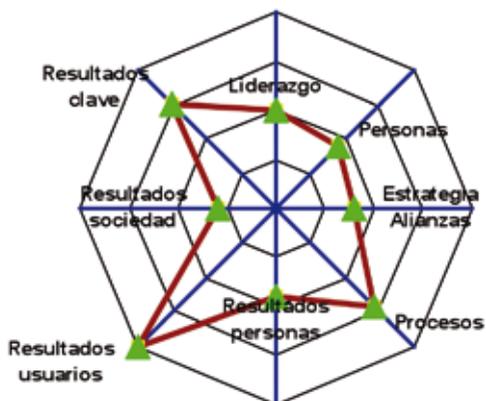
En una organización excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos con regularidad a mediciones, se emprenderán actividades de aprendizaje en la organización y los resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar y poner en práctica mejoras.

### **Puntuaciones**

EL OBJETIVO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO ES LA IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS Y ÁREAS DE MEJORA, NO LA PUNTUACIÓN. Esta permite ver la posición de la organización en el camino de la mejora continua, compararse consigo misma a lo largo del tiempo y con otras organizaciones. **No debe ser considerado como un signo de éxito o fracaso.**

El procedimiento general consiste en adaptar de una forma genérica, las preguntas específicas de cada subcriterio al ámbito en el que se pretende aplicar, p.ej. sanitario utilizando un lenguaje común (para permitir la puntuación REDER).

Se sigue el cuestionario de autoevaluación clasificando cada área, subcriterio y criterio según la ficha de evaluación y se obtiene una calificación de la organización o unidad que muestra el perfil propio, que puede representarse gráficamente (gráficos de barras o estrella).



El modelo ha desarrollado instrumentos para que las puntuaciones asignadas a cada subcriterio sean precisas y objetivas facilitando la recogida sistemática de las valoraciones.

Cada subcriterio se puntúa de 0 – 100 en función del grado de evidencia existente en la información recogida sobre los aspectos considerados en los mismos. La puntuación real en el modelo se obtiene multiplicando la calificación obtenida en cada subcriterio por el porcentaje de puntuación máxima asignado a cada uno (del total de puntos de cada criterio). Estos se suman para obtener la puntuación global de cada criterio configurando una tabla resumen.

Criterio	Calificación (% de Subcriterio)	Puntuación Máxima	Puntuación Real	Perfil de Calificación (%)										Puntuación Global del Criterio			
				10	20	30	40	50	60	70	80	90					
1.Liderazgo (100)	1.a	77	25	19,25													57,75
	1.b	72	25	18,00													
	1.c	18	25	4,50													
	1.d	64	25	16,00													
2. Política y Estrategia (80)	2.a	25	16	4,00													28,2
	2.b	29	16	4,60													
	2.c	44	16	7,00													
	2.d	29	16	4,60													
	2.e	50	16	8,00													

La calificación, ponderada por el porcentaje de puntuación máxima de cada subcriterio, nos permite identificar los subcriterios que presentan áreas de mejora y pueden constituir el punto de partida de acciones de mejora concretas o configurar los planes de mejora correspondientes en cada ejercicio para una unidad u organización concreta. La puntuación global de cada Criterio y en el modelo permite identificar las mejores prácticas en las organizaciones y compararlas (benchmarking). En los Criterios Agentes todos los subcriterios tienen igual peso dentro de cada Criterio y se evalúan aplicando la lógica REDER.

En los de Resultado, se analizan en términos de resultados requeridos (tendencias, objetivos, comparaciones y causas):

- Lo conseguido realmente por la organización
- Lo logrado respecto de sus propios objetivos
- Respecto de los resultados de la competencia
- Respecto de los resultados de las organizaciones consideradas como “mejores de su clase”
- Las relaciones causa-efecto entre los agentes y resultados

**Cada organización hace** o tiene su propio modelo de excelencia incluso dentro del propio EFQM .Algunos de los criterios son comunes a diferentes modelos de Excelencia pudiendo variar los pesos que otorgan a cada criterio los diferentes modelos, estos pesos difieren entre criterios en cada modelo y también en las diferentes adaptaciones del mismo. La valoración global de la organización tiene un límite máximo de 1000 puntos, estos se reparten al 50% entre Criterios Agentes y de Resultados, aunque conviene señalar que 49% de la puntuación se concentra en los procesos, resultados clave y en los clientes. (siendo el criterio de resultados en los clientes el de mayor peso un 20%).

Criterios	Modelos	JAPONÉS	AMERICANO	EUROPEO	IBERO-AMERICANO
CLIENTES		250	250	200	230
PERSONAS		120	140	180	230
RESULTADOS		200	200	150	110
LIDERAZGO		150	90	100	140
PROCESOS		120	140	140	-----
POLÍTICA Y ESTRATEGIA		80	55	80	100

Criterios	Modelos	JAPONÉS	AMERICANO	EUROPEO	IBERO-AMERICANO
INFORMACIÓN		80	75	90 Alianzas y Recursos	100 Recursos y Asociados
				60 Impacto Social	100 Resultados Sociedad

### 2.3.- Autoevaluación

Es el método de mejora continua con el que se desarrolla el modelo. Requiere un compromiso interno y la participación explícita del Equipo Directivo que debe iniciarlo y sus resultados se utilizan para poner en marcha planes de mejora que son monitorizados y dirigidos desde el nivel gestor.

Consiste en un análisis sistemático, periódico y estructurado revisando de forma lógica y ordenada todos aquellos aspectos de la organización que afectan a su Calidad mediante una reflexión realizada por los propios protagonistas (auditores internos).

Se evalúa de forma global, integrada y periódica la gestión que se realiza en un ámbito con un cierto nivel de autonomía de gestión (Centro, Departamento, Servicio, Unidad...), considerando que si su actuación se ve condicionada por políticas o decisiones de otros órganos superiores, o instituciones, debe constatare en la autoevaluación, y centrar los esfuerzos en describir y valorar cómo actúa dentro de los límites que le vienen marcados, sean los que sean.

#### Proceso de Autoevaluación

La puesta en marcha del Modelo en una organización se inicia con los resultados obtenidos en el pasado, los procesos que han intervenido y los objetivos que se consideraron mediante una autoevaluación que en líneas generales debe obtener un Informe de Autoevaluación.

#### Fases (Vallejo Gutiérrez P):

- Formación de Equipos (Comité) de Autoevaluación (con asesores con experiencia).

- Capacitación.
- Designación de interlocutores de todos los departamentos y todos los niveles jerárquicos.
- Análisis de la organización mediante Entrevista con cuestionario (Guía de autoevaluación y formulario adaptados. Encontrar fortalezas y debilidades).
- Documentación de la evaluación (Guía, Cuestionarios, Manuales, Plantillas... y escribir los hallazgos y propuestas de mejora).
- Evaluación de Fortalezas, Debilidades, Aclaraciones, Excepciones, Recomendaciones, Puntuaciones e Informe.
- Presentación de los Resultados.
- Elaboración y presentación de un Plan de acción (Dirección y Asesores).
- Reevaluación, Informe y propuesta de Evaluación Externa.

Existen diferentes modalidades de autoevaluación dentro del modelo en función de los enfoques y de la complejidad de presentación de resultados:

#### 1. Enfoque de Formulario (Proforma)

Es un enfoque eficiente en la obtención de la puntuación pero depende de la agudeza, exactitud y fidelidad con la que se recoge la información, por lo que requiere cierto grado de experiencia para evitar una visión sesgada de la organización.

Genera una relación de puntos fuertes y áreas de mejora y perfiles de puntuación para criterios y subcriterios.

#### 2. Enfoque de "Matriz de Mejora"

Es una forma sencilla y práctica de comprender los criterios. La participación y el debate del Equipo directivo en su desarrollo y permite valorar la situación de la organización o las mejoras de forma rápida y sencilla.

No genera un listado de Fortalezas y áreas de Mejora y no permite comparaciones con perfiles de puntuación de otras organizaciones.

3. Enfoque de “Grupo de Trabajo”

Favorece la visión conjunta de la organización, facilita la implicación y el compromiso de los equipos directivos.

Crea la oportunidad de generar equipos., la comprensión del modelo y el compromiso a utilizarlo y establece la relación entre puntos fuertes y áreas de mejora, aunque algunos criterios pueden ser difíciles de evaluar.

4. Enfoque de Simulación de presentación al Premio

No se recomienda para la primera autoevaluación., aunque existe una forma atenuada que se denomina “Implicación paritaria”.

Requiere un gran esfuerzo ya que es exhaustivo y riguroso (debilidades y fortalezas más fiables) y tiene el riesgo de ser un ejercicio de imagen externa más que un compromiso de la dirección de la organización, aunque su participación con este enfoque es más limitada.

5. Enfoque de Cuestionario de Autoevaluación (**Herramienta Perfil**)

Suele ser utilizado en las primeras experiencias en el modelo. Es rápido, sencillo y requiere de pocos esfuerzos y recursos (de media se tardan unas 10 horas en contestar las 120 preguntas), pudiendo adaptarse a las características de cada organización.

Los cuestionarios son respondidos por el Equipo Directivo y el personal implicado, a partir de una formación básica en el modelo.

Permite un fácil análisis y presentación de resultados, la participación inmediata de gran número de personas y discusión de propuestas de mejora a distintos niveles.

Precisa de tasas de respuesta altas y no genera listado de Fortalezas y áreas de Mejora (recoge lo que la gente piensa, no porqué) por lo que

no permite comparaciones con perfiles de puntuación de otras organizaciones.

Cada subcriterio es objeto de una pregunta Si/No o escala de opciones de respuesta que valora el grado de logro (de No a Totalmente). Su validez y fiabilidad dependen de la calidad de las preguntas planteadas. La información obtenida puede ser insuficiente para tener un conocimiento suficiente de la realidad, debiendo ser completada con otros métodos.

En nuestro caso, la implantación de la Gerencia de Área se realizó a través de un Plan Estratégico dirigido a reorientar la demanda asistencial en ambos niveles asistenciales, consiguiendo que el Hospital sea interconsultor de AP y actúe en el 20% de los procesos.

#### **Las líneas Estratégicas de Actuación consideradas en el Plan fueron:**

- Posicionar al paciente como eje del sistema.
- Horizontalizar la Gestión
- Utilizar las nuevas Tecnologías de la Información.
- Modelo de Gestión basado en los Procesos "Rutas Asistenciales".
- Implicación de Profesionales y Usuarios en la gestión.

Consideramos que la herramienta idónea para la puesta en marcha de estas actuaciones era el modelo **EFQM DE CALIDAD TOTAL** basándonos en que su **METODOLOGÍA** tiene el valor añadido de servir como **INSTRUMENTO DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**.

Profesionales de ambos niveles asistenciales formaron un equipo multidisciplinar que recibió una formación en el modelo y realizaron la evaluación en el modelo EFQM de nuestro Área por medio de la **herramienta PERFIL** del Club de Gestión de Calidad, según la metodología del Esquema de Reconocimiento establecido por dicha Organización.

La Autoevaluación por PERFIL se basó en cuestionario avanzado de 120 preguntas, que abarcaban los 9 criterios del Modelo EFQM de Excelencia. A pesar

de nuestras limitaciones (inexperiencia, subjetividad y cuestionario) los resultados que obtuvimos nos permitieron detectar puntos fuertes y áreas de mejora, en relación a los nueve criterios del Modelo.

Las puntuaciones obtenidas en las evaluaciones individuales, fueron sometidas a consenso, mediante varias reuniones del Equipo evaluador con el Consultor externo, obteniendo 290 que nos permitió optar al nivel de excelencia "Calidad Europea" (Sello de Bronce) para Organizaciones con posicionamiento entre 200-400 puntos.

Las acciones de mejora, consensuadas y priorizadas por el Equipo EFQM fueron asumidas por el Equipo Directivo mediante El Plan de Acción 2007. Para esto, hemos desarrollado una metodología propia que, mediante cuatro criterios objetivos, nos permite definir y establecer prioridades en las áreas de mejora de la organización.

CRITERIO	VALOR		
	1	2	3
<b>INTENSIDAD:</b> Define el impacto de la mejora en los criterios. Modelo EFQM, esto es, el grado de horizontalidad de la medida	Intensidad baja Impacto < 3 criterios	Intensidad media Impacto ≤ 4	Intensidad alta Impacto ≥ 5
<b>ESFUERZO:</b> Define el grado de esfuerzo que necesita la Organización para la implantación de la acción, en términos de recursos, resistencia y dedicación	Esfuerzo ALTO La implantación no requiere dedicación plena de recursos. Baja resistencia de la Organización	Esfuerzo medio La implantación requiere importante dedicación de recursos, con dedicación media. Genera resistencias en el proceso	Esfuerzo BAJO La implantación requiere de recursos con dedicación plena. Alta resistencia en el proceso

CRITERIO	VALOR		
	1	2	3
<b>COSTE:</b> Valora el coste económico necesario para la implantación	Coste ALTO La inversión económica necesaria es baja	Coste medio La inversión económica es moderada	Coste BAJO La inversión económica necesaria es alta
<b>IMPACTO:</b> Mide el impacto que la aplicación de la medida tendrá en los resultados	Impacto bajo El impacto esperado de la acción es bajo	Impacto El impacto en los resultados es moderado. Genera retornos en la Organización	Impacto alto Alto impacto en los resultados. Genera retornos y beneficios a corto plazo

#### **2.4. Evaluación Externa**

Una vez obtenido el primer informe de autoevaluación se solicita una Evaluación Externa a una Consultora acreditada en el modelo y se forma el Comité de Evaluación Externa (formado por 2 o más asesores, Moracho O).

El informe se remite a la empresa, se lee y analiza su contenido y se hace una visita a la organización contrastando en la visita lo visto y oído con lo leído en el informe.

Se redacta un informe de Evaluación Externa que se remite a la organización.

En noviembre de 2006 y Julio del 2007 se llevaron a cabo las evaluaciones externas, en las que se revisó la implementación de las acciones de mejora, revisándose cualquier tema identificado en las autoevaluaciones, sistemática del despliegue, beneficio de las acciones de mejora y estudio y adecuación de indicadores. Además de entrevistar a profesionales de ambos niveles asistenciales para constatar la identificación con la filosofía y líneas estratégicas de la Gerencia. Como resultado se obtuvo el Sello de Calidad Europea nivel Bronce y posteriormente, como ya hemos comentado el de Excelencia +400. Según la memoria del Club de Gestión de Calidad somos junto a la Universidad de Castilla-La Mancha las únicas organizaciones de la Comunidad Autónoma con estos reconocimientos.

## **2.5. Informe Final**

El Comité de Autoevaluación redacta un informe basándose en el informe de autoevaluación y de evaluación externa dando lugar a un informe Final que contiene una lista priorizada y consensuada (interna y externamente) de las propuestas de Mejora.

## **2.6. Implantación de Mejoras**

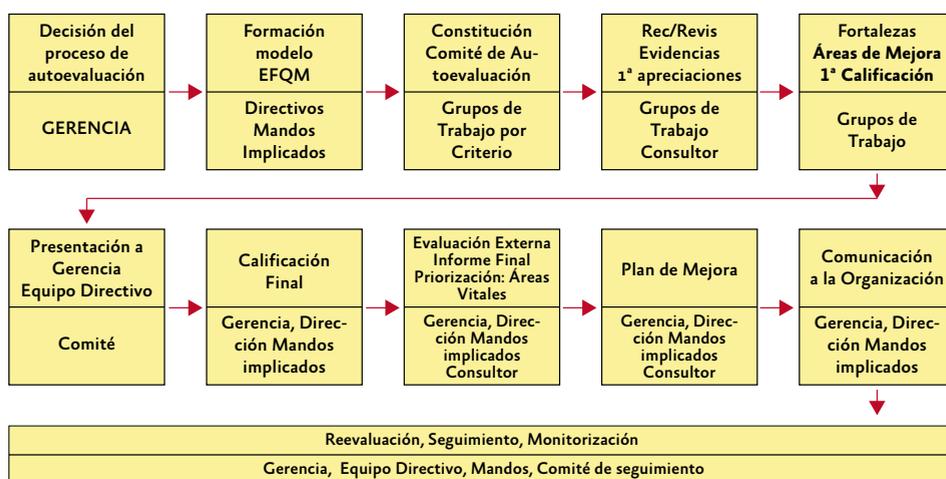
La Dirección de la organización asume el informe y determina qué acciones de mejora se van a realizar, en qué orden y en qué horizonte planificando los recursos y liderando actividades para que se lleven a efecto, lo que queda reflejado en un Plan de mejora.

Fruto de lo anterior ha sido la elaboración de un plan de mejora en el que abordamos, de entrada, tres áreas de mejora, que teniendo en cuenta nuestra característica de Gerencia Única de Área, entendíamos eran prioritarias en el desarrollo de nuestro proyecto:

### **ACCIONES DE MEJORA PRIMERA AUTOEVALUACIÓN**

- Establecer los Canales de Comunicación para la gestión de la organización
- Elaboración del Mapa de Procesos
- Definición de la Misión, Visión y Valores de la Organización.

La Dirección, y/o el Comité de Seguimiento con ayuda de Consultores hace un seguimiento de las actividades desarrolladas y las mejoras conseguidas valorando el nivel de mejora conseguido en la organización mediante la puntuación que otorgan las sucesivas reevaluaciones en el modelo, que a su vez determinan el “grado de excelencia” conseguido en su camino hacia la visión de excelencia.



Una vez que el modelo ha sido implantado en la organización, no es algo rígido y que pueda funcionar tal como era inicialmente, sino que tiene una naturaleza dinámica, incorporando lo aprendido de y en la organización a través de las acciones de mejora, representada por las flechas en la figura del modelo (Roure J)

En la Gerencia de Puertollano, a lo largo de los meses de Febrero y Marzo del 2007 hemos realizado la segunda evaluación EFQM en la que hemos alcanzado 429 puntos, que además de una importante mejoría respecto a la evaluación anterior, nos ha obligado a confeccionar la **MEMORIA EFQM**, formando grupos de trabajo específicos, para cada uno de los NUEVE CRITERIOS que constituyen el Modelo de Calidad Europeo de cara a poder optar al Sello de Excelencia Europea +400

La decisión por parte de una organización de elaborar una Memoria EFQM es indicativa de una fuerte implicación en temas de excelencia, ya que supone un importante ejercicio de reflexión y valoración de las actividades que realiza la organización, además de ser una poderosa herramienta de mejora continua.

### Qué es una Memoria EFQM

La Memoria EFQM es un informe que describe la gestión y los resultados de la misma respecto de cada uno de los criterios y subcriterios del Modelo EFQM de Excelencia.

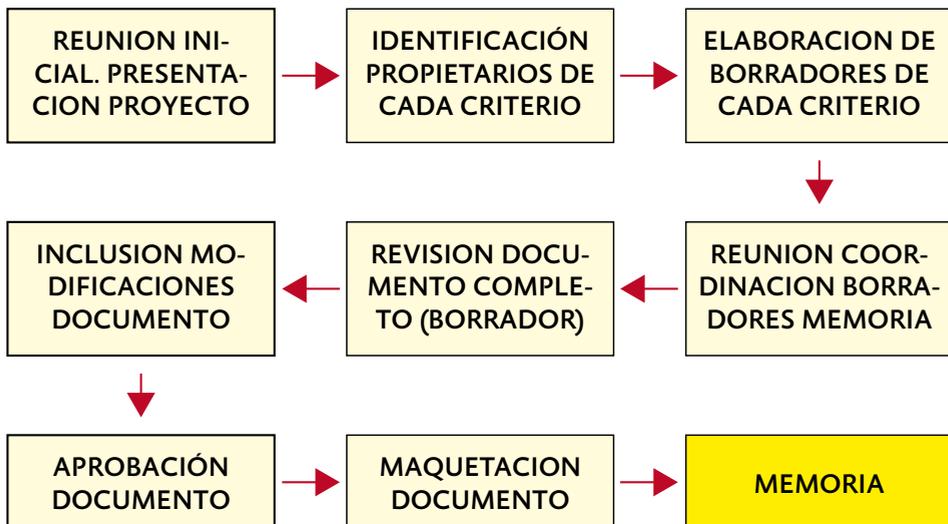
### Para qué sirve de la Memoria

- Ejercicio de reflexión en el seno de la organización: “¿qué hacemos? y ¿cómo lo hacemos?...”
- Es una manera de comparar la gestión y los resultados de la Organización con el propio Modelo EFQM de Excelencia.

### Objetivos

1. Requisito para la presentación a los Premios/Sellos de Excelencia.
2. Actividad previa a la realización de una Autoevaluación por el método de “Simulación al Premio”
3. Autoevaluación de las actividades de la empresa, y por tanto, detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora.

### El flujo de trabajo hasta llegar al documento final



### 3. Premio Europeo a la Calidad

Desde 1992 la EFQM con la colaboración de la Comisión de la Unión Europea y la Organización Europea para la Calidad convoca el Premio Europeo a la Calidad al que se presentan aquellas organizaciones que habiéndose sometido a un proceso de autoevaluación y a una evaluación externa por evaluadores acreditados en el modelo, presentan los resultados más destacados.

Se reconoce a las organizaciones más destacadas dentro de cada categoría, también a las organizaciones que superan 500 puntos como finalistas (mediante un galardón) y las que superan los 400 (Recognition of Achievement mediante un diploma). Los jurados tienen en cuenta los niveles alcanzados en Premios anteriores en la misma categoría, por lo que en cada edición es posible que algunos premios queden desiertos.

Las categorías de organizaciones susceptibles de presentarse al premio son: Sector Público, PYMES (independientes y subsidiadas), Unidades operacionales (Unidades con cierta autonomía de gestión, que son centro de coste, más de 250 empleados y que sus ventas a clientes externos son inferiores al 50%).

Los ganadores y finalistas son invitados a compartir sus experiencias por la propia fundación durante el año siguiente.

El proceso de solicitud de participación al Premio y los mecanismos de su concesión se consideran de valor en sí mismos por que son una oportunidad para aprender de otros directivos ajenos con experiencia (expertos en el modelo) además de proporcionar un diagnóstico organizacional experto realizado por los jurados y auditores del modelo.

El documento de la solicitud es también una poderosa herramienta de comunicación interna y externa (con clientes y proveedores).

Hay establecidas cuatro modalidades de premios europeos a la calidad:

- El European Quality Award (Premio Europeo a la Calidad), que premia la compañía que sea el máximo exponente de la gestión de la calidad total en Europa Occidental.

- Los European Quality Prizes (Sellos/Reconocimientos Europeos a la Calidad), que premian a un determinado número de empresas que demuestran la excelencia de su gestión de calidad como proceso básico de mejora continua.
- El Premio Europeo a la Calidad para organismos públicos, presentado en 1995. En 1996 y 1997 quedó desierto.
- El Premio Europeo a la Calidad para pequeñas y medianas empresas, presentado en 1996 y con unos criterios semejantes a los del Premio Europeo a la Calidad, pero adaptados a la realidad de las pymes.

En lo que respecta a los premios autonómicos españoles, existen varias autonomías que han desarrollado premios total o parcialmente basados en el Modelo Europeo:

- Cataluña: totalmente basado en el Modelo Europeo de las pymes.
- País Vasco: Club 400/Q de Plata y de Oro. Totalmente basado en el Modelo Europeo.
- Aragón: totalmente basado en el Modelo Europeo.
- Comunidad Valenciana: los NOVA de calidad total y mejor empresa empiezan a estar inspirados en el Modelo Europeo de pymes.
- Baleares: premio totalmente basado en el Modelo Europeo.
- Comunidad de Madrid: premios basados en el Modelo Europeo, pero sólo pueden participar organismos y empresas públicas de la comunidad autónoma de Madrid.

Las empresas que optan al Premio Europeo de la Calidad presentan puntuaciones entre 500 y 700 puntos.

## Sellos de Excelencia Europea:

El SELLO DE EXCELENCIA EUROPEA, homologado con los “level of Excellence” de EFQM es, después del European Quality Award, el máximo reconocimiento a la Excelencia en Gestión que se concede en Europa.

Esta distinción significa para las Organizaciones que la ostentan un reconocimiento nivel de Prestigio, Excelencia y Eficacia en su gestión, eficiencia operativa y diferenciación en su entorno competitivo. En suma, denota una capacidad para mantenerse en altas cotas de Excelencia o continuar progresando hasta conseguirlas.

LOS SELLOS DE EXCELENCIA los concede el CLUB EXCELENCIA EN GESTIÓN, en una labor conjunta con cinco Agencias Certificadoras: AENOR, BVQI, LLOYD'S Register, SGS y TÜV Rheinland Group. Se conceden EN VARIOS NIVELES:

<b>Más de 200 puntos EFQM:</b>		
Compromiso hacia la Excelencia Club Excelencia en Gestión (CEG) Committed to Excellence European Foundation for Quality Management (EFQM)		
<b>Más de 300 puntos EFQM:</b>		
Excelencia Europea 300+ Club Excelencia en Gestión (CEG) Recognised for Excellence 3 Stars European Foundation for Quality Management (EFQM)		
<b>Entre 401 y 500 puntos EFQM:</b>		
Excelencia Europea 400+ Club Excelencia en Gestión (CEG) Recognised for Excellence 4 Stars European Foundation for Quality Management (EFQM)		
<b>Más de 500 puntos EFQM:</b>		
Excelencia Europea 500+ Club Excelencia en Gestión (CEG) Recognised for Excellence 5 Stars European Foundation for Quality Management (EFQM)		

## 4. Mecanismos de Evaluación Externa de la Calidad en la Atención Sanitaria: El Proyecto ExPeRT

El proyecto ExPeRT (External Peer Review Techniques) se inició en 1996 por la Comisión Europea y tuvo una duración de 3 años formando parte del programa de investigación Biomed 2 para conocer las Técnicas de Revisión Externa por Expertos y catalogar los diferentes programas que ofertaban una evaluación externa de los dispositivos sanitarios en la Unión Europea con 3 objetivos:

- Intercambio de experiencias de evaluación externa de mejora de la calidad en la Unión Europea
- Establecimiento de mecanismos para la difusión de los conceptos de mejora y entrenamiento y la integración de los sistemas externos e internos de evaluación.
- Establecimiento de una red de grupos de trabajo y criterios de formulación de estándares en los Servicios sanitarios, entrenamiento de supervisión y los programas operativos de evaluación.

Estos programas distribuyeron los modelos (enfoques) en cuatro categorías: la Certificación, la Acreditación por la ISO, la búsqueda de reconocimiento (o premio) a la Excelencia y la revisión por profesionales expertos o "visitatie" (Shaw CD).

Se analizaron los aspectos estratégicos y operativos de los cuatro enfoques relativos a la recogida de información y a la toma de decisiones sobre las instituciones evaluadas, destacando 3 aspectos importantes en las actividades de evaluación externa:

- Desarrollo y utilización de criterios explícitos o estándares
- La selección, entrenamiento y monitorización de los evaluadores (todas las actividades realizadas para preparar la revisión por los expertos, y recoger la información de las instituciones a evaluar).
- La evaluación del proceso (todas las actividades que los evaluadores realizan para emitir una opinión informada sobre la calidad y desempeño de la institución revisada).

Aunque la terminología es propia de cada modelo se observa que la metodología de evaluación es similar en los cuatro y coinciden en (Bohigas LI):

- Solicitud voluntaria por parte de las instituciones/organizaciones
- Autoevaluación
- Plan de Evaluación o Auditoría
- Visita de evaluación
- Evaluadores entrenados o Equipos de Evaluación
- Recogida de información verbal o escrita.
- Evaluación de los resultados

Las diferencias entre los cuatro modelos tienen su origen en los diferentes enfoques en los que se sustentan, de manera que cada uno tiene su razón de ser en las organizaciones, aunque el EFQM promueve la mejora a través de la competencia más que en esquema de desarrollo organizacional colaborativo (Bohigas LI).

Estos elementos que constituyen los puntos críticos de un proceso de evaluación externa deben interpretarse en el contexto de otros elementos en función de los diferentes modelos, (los diferentes enfoques en que se sustentan).

Se analizan las fortalezas y debilidades aparentes de los cuatro modelos en términos de validez y confiabilidad e identifica hechos que podrían hipotéticamente incorporarse en un futuro modelo de convergencia europeo para los Servicios Sanitarios (Shaw CD).

## 5. Conclusiones

El modelo EFQM puede considerarse como un instrumento importante de ayuda a la gestión que permite adaptar la organización a las necesidades cambiantes de los grupos de interés a través de una planificación sólida centrada en las necesidades de cada momento y reorientar la organización hacia nuevos retos (Cortés JA).

Su aplicación requiere sensibilidad e implicación de los equipos directivos (“libra y media de carne de Gerente”) por la gestión de la Calidad Total y una cierta “cultura” de la organización. Esto se ve dificultado en nuestro entorno por la falta de profesionalización de la gestión de nuestras organizaciones y la inestabilidad de los cuadros directivos, que a su vez les requiere una gran cantidad de tiempo y dedicación (Cortés JA, Lorenzo S).

**La autoevaluación no es la aplicación del modelo, es la puerta de entrada al mismo.** Sólo la planificación e implantación de acciones de mejora y la evaluación de su progreso garantizan la **permanencia** en el modelo.

Tras la aplicación del modelo en nuestro Área hemos constatado que:

1. La razón de ser de nuestra organización son los ciudadanos, por lo cual, la orientación hacia ellos requiere conocer sus expectativas y adecuarnos a ellas.
2. Las personas hacen posible el éxito de las organizaciones. Son quienes mejor conocen los problemas y quienes pueden dar las mejores soluciones. Quien está cerca de los detalles los conoce bien.
3. El esfuerzo que los profesionales realicen para lograr la excelencia de la organización debe ser reconocido para que la organización no quede en entredicho y deslegitimada para pedir nuevos esfuerzos.
4. El reconocimiento favorece que las personas entren en una dinámica de satisfacción por el trabajo bien hecho.
5. Mejorar exige trabajar con hechos que informen del nivel de prestación de los distintos Servicios y contrastar avances reales en la satisfacción de la ciudadanía, estratificada o no por usuarios y Servicios.
6. Los servicios prestados por las distintas unidades de Gestión del SESCAM no se prestan de forma aislada.
7. Entendemos como misión la obtención sostenida de los mejores resultados, que serán consecuencia de la preocupación de la organización por la mejora continua de la satisfacción de las necesidades y expectativas, de los ciudadanos y de los profesionales.

## Bibliografía

Arcelay A, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González R. *“Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total”*. Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 414-8.

Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. *“Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario”*. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 184-91.

Bohigas LI, Heaton C. *“Methods for External Evaluation of Health care institutions”*. International Journal for Quality in Health Care. 2000;12; 3, 231-238.

Cortés JA, Ayala A, Alavarez P, Domínguez J, Hoyo AE, Nieto E, et al. *“Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico”*. Cuadernos de Gestión 2001; 7: 119-32.

European Foundation for Quality Management. *Autoevaluación: “Directrices para el Sector Público: Salud 1995”*. Club Gestión de Calidad, Madrid 1996.

European Foundation for Quality Management. *“Modelo EFQM de Excelencia: 1999”*. Club Gestión de Calidad, Madrid 1999.

European Foundation Quality Management. *“About EFQM”*. Disponible en: URL: <http://www.efqm.org>.

European Foundation Quality Management. *“Evaluar la Excelencia. Guía práctica para la autoevaluación”*. Madrid: Club Gestión de la Calidad, 1999.

European Foundation Quality Management. *“Introducción a la excelencia”*. Disponible en: URL: <http://www.efqm.org>.

European Foundation Quality Management. *“Ocho fundamentos de la excelencia. Los Conceptos fundamentales y sus beneficios”*. <http://www.efqm.org>

*“ExPeRT Project”*, CASPR Research London, UK: <http://www.caspe.co.uk>

Gerencia Única de Puertollano. *“Informe de Autoevaluación”*. Modelo EFQM de Excelencia. Novasoft.

*"Guía para autoevaluación de Centros Sanitarios utilizando como referencia el modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management" (EFQM). 2001: MSD.*

Jackson S, *"Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM (European Foundation for Quality Management) excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS". Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv, 1999. 12(6-7): p.244-53.*

Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. *"La aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total al Sector Sanitario: ventajas y limitaciones". Rev Calidad Asistencial 1998; 13: 92-7.*

Maderuelo Fernández JA. *"Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia". Medifam 2002; 12: 631-640.*

Membrado J. *"La Gestión Empresarial a través del modelo Europeo de Excelencia de la EFQM". Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1999.*

Moracho O, Amondarain MA, Aguirre L, Ruíz-Álvarez E, Salgado MV. *"Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga". Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 322-329.*

Roure J, Rodríguez MA. *"Aprendiendo de los mejores. El proceso de autodiagnóstico en la práctica". Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1999.*

Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE, González-Linares R. *"De la Gestión de la Calidad hacia la excelencia en la Gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation Quality Management (EFQM) en una red pública de centros Sanitarios". Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 177-83.*

Shaw CD. *"External quality mechanisms for health care: summary on the expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union Countries". International Journal for Quality in Health Care. 2000;12; 169-175.*

Vallejo Gutiérrez P, Ruiz Sancho A, Domínguez Bidagor M, Ayuso Soler MJ, Méndez Mena L, Romo Villa J, Notoria Martínez L, Corral Zarapuz A, Rodríguez Pérez P, Serriñá Ramírez C, Arango López C. *"Mejora de calidad en una Unidad de Hospitalización a partir de la aplicación del Modelo EFQM". Investig. Clin. Farm. 2006, Vol. 3 (3): 123-129.*

## TEMA 6.3

# El modelo de calidad de la Joint Commission International. Normas ISO

Javier Lucas Imbernón.  
Carlos García Fernández.  
Piedad Alarcón Gascueña.

## 1. Joint Commission Internacional

La Joint Commission (JC) es la agencia americana de acreditación, cuya meta se centra principalmente en mejorar la seguridad y la calidad de la atención prestada a los pacientes. Es una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro, que actualmente acredita a más de 20.000 organizaciones en Estados Unidos, entre hospitales, servicios ambulatorios y servicios de sanidad mental, entre otros.

La JC es una institución cuyos antecedentes se remontan a 1910, año en que Ernest Codman propuso estandarizar el resultado final de las hospitalizaciones. En 1913 se fundó el "American College of Surgeons" (ACS) que incluyó entre sus objetivos el programa de tipificar los resultados finales. En 1917 el Cirujano, Ernest A. Codman, ya establecía que "Dicen que soy excéntrico por decir en público que si los hospitales quieren estar seguros de que hay mejoría clínica:",

1. Deben saber cuáles son sus resultados.
2. Deben analizar sus resultados, para encontrar sus puntos fuertes y débiles.

3. Deben comparar sus resultados con los de otros hospitales.
4. Deben aceptar la publicidad no solo de sus éxitos sino también de sus errores”.

A partir de 1917 esta agrupación de cirujanos norteamericanos comienza a editar el listado de indicadores que permitían medir la gestión de los hospitales. En 1951, el “American College of Physicians”, la “American Hospital Association”, la “American Medical Association” y la “Canadian Medical Association” se unen al ACS y crean la “Joint Commission on Accreditation of Hospitals”. En 1953 la “Joint Commission” comienza a ofrecer la acreditación de hospitales en EE.UU. ya que el gobierno federal decretó que los hospitales debían obtener y mantener su acreditación para poder recibir el apoyo económico de Medicare/Medicaid para continuar y desarrollar los programas asistenciales y de calidad. Tanto la Joint Commission Resources (JCR), como la Joint Commission Internacional (JCI), se desprenden de la JC. En 1987 cambia su nombre al de «Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization», lo que se explica porque no sólo acredita hospitales, sino centros asistenciales de otro tipo, introduciendo diversos conceptos, como estándares, sistemas de medida de indicadores y evaluación en los buenos procesos. Se desarrolla la agenda para el cambio:

- Sistema de medida de indicadores
- Estándares basados en los buenos procesos
- Evaluación enfocada en los buenos procesos

En octubre de 1997 el Directorio Ejecutivo de la JC decidió crear la Acreditación Internacional. Hoy en día la «Joint Commission» es una institución, poderosa y muy importante; en sus oficinas centrales situadas próximas a Chicago trabajan sobre 500 personas y cuenta con un número semejante de evaluadores de terreno, de cuya aprobación o rechazo de una determinada acreditación, depende la supervivencia de los establecimientos de salud. Acredita hospitales, centros de atención ambulatoria y de estancia prolongada, laboratorios clínicos, servicios de atención domiciliaria, etc. La JCI ha acreditado hospitales en Asia, Medio Oriente y Europa, y hoy en día colabora con más de 70 países.

Desde 1951, la Joint Commission ha desarrollado normas profesionales de vanguardia y ha evaluado el cumplimiento de estas normas por parte de organi-

zaciones del cuidado de la salud. En el 2005 la OMS (Organización Mundial de la Salud), junto a la JC, constituye la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias, para contribuir exclusivamente a la consecución de la mayor seguridad posible para los pacientes, lo cual se logra previniendo daños durante su tratamiento y cuidado. Para ello, se parte de los errores clínicos acaecidos, los cuales son asumidos como lecciones, a partir de las cuales se hacen correcciones para que en el futuro tal hecho no se repita, mediante la diseminación de prácticas seguras. Tal diseminación fue posibilitada por la figura de la acreditación, la cual depende directamente de los estándares de la JC y del Tracer, que es su método de evaluación de las organizaciones.

La Joint Commission comenzó a ofrecer sus servicios fuera de Estados Unidos de Norte América pero al cabo de un tiempo, por estimar que los criterios de acreditación que se aplican en USA no pueden ser empleados en otros países, intentó adaptarlos al resto del mundo. Para esa adecuación de estándares o criterios se formó un grupo de trabajo que está constituido por representantes de la República Checa, los Emiratos Árabes, Chile, España, USA, Taiwan, Países Bajos, Polonia, Brasil, Arabia Saudita, Alemania, Nueva Zelandia, Reino Unido, Zimbabwe y Sudáfrica.

La acreditación es, por lo general, un proceso voluntario, a través del cual se concede reconocimiento a organizaciones sanitarias si cumplen unos estándares, que implican la mejora continua de la atención médica. Persigue que las entidades no solo conozcan sus resultados, sino también los analicen, para hallar debilidades y fortalezas, que las comparen con las de otras entidades y, por último, permitan su publicación. Así, la acreditación, siendo estandarizada, funciona como un incentivo para la mejora; así se consigue la reducción del riesgo, pues certifica que la organización está haciendo las cosas que hay que hacer correctamente. El estándar mínimo de acreditación fomenta un diagnóstico más exacto, protección a los pacientes y un buen nivel administrativo y profesional. Así, por medio de ella se optimiza la probabilidad de buenos resultados.

Los estándares, más que leyes, son herramientas que se deben renovar periódicamente para lograr un mejoramiento continuo. Giran alrededor de unos ejes: estructura (recursos), procesos (actividades) y resultados, y respecto a estos se definen las expectativas de funcionamiento (que deben ser óptimas, realizables y medibles). Los tres se enfocan en funciones administrativas y clínicas importantes para la organización sanitaria y se centran en el paciente y su contexto familiar.

El diseño de los estándares permite la interpretación y evaluación dentro de la cultura y marco jurídico de un país, y fija el mayor alcance posible en la práctica. Entonces, se necesitan registros específicos de datos, que permitan evaluar la efectividad de los estándares; es decir, determinar la influencia que han tenido en la mejora de los servicios. Para ello se utiliza la metodología de Tracer, que relaciona los procesos en el marco de los sistemas hospitalarios crítica y objetivamente, de modo que los hallazgos evaluados se vuelvan después nuevos estándares.

El control de calidad a personas e instituciones, es una de las tendencias que singularizan a la Medicina contemporánea. Hoy pretendo abordar un aspecto de este tema: el control de los establecimientos y organizaciones que prestan salud.

### ***1.1. Funciones de JCI***

La misión de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) es mejorar, constantemente, la seguridad y la calidad de la atención brindada al público mediante la acreditación de la actividad médica y otros servicios que respaldan la mejora del desempeño de las organizaciones de cuidado de la salud.

La JCR y la JCI proporcionan:

- Educación en el campo de la calidad y seguridad del paciente.
- Entrenamiento.
- e-learning.
- Iniciativas para la seguridad de los servicios sanitarios.
- Consultoría.
- Acreditación Internacional.

## Nuevas iniciativas de la JCI

- Incrementar el reconocimiento de la acreditación por la OMS, el Banco Mundial, las compañías de seguros, los ministerios de salud y las corporaciones privadas.
- Sistema de registros de eventos adversos y una base de datos internacional.
- Desarrollo de un sistema de monitorización como indicador internacional para hospitales acreditados.
- Incorporar muchas de las “mediciones centrales” comunes de la JC así como de los nuevos indicadores internacionales.
- Permitir a los hospitales acreditados por la JCI hacer “benchmark” de su funcionamiento con otros hospitales acreditados en EE. UU. y alrededor del mundo.

### ***1.2. Acreditación de JCAHO***

La acreditación es un sistema de asegurar que un centro ha alcanzado el nivel óptimo para realizar la función que tiene encomendada. La acreditación es específica para los centros sanitarios y se realiza por una entidad independiente. Generalmente la acreditación es un proceso voluntario por el cual una agencia gubernamental o privada concede el reconocimiento a las organizaciones sanitarias que cumplen los requisitos de ciertos estándares que requieren la mejora continua en estructuras, procesos y resultados. El objetivo del proceso de acreditación es “estimular mejoras continuadas y sostenidas en las organizaciones sanitarias aplicando estándares de consenso internacional”.

En España la Agencia de Acreditación es la Fundación Avedis Donabedian (FAD) con sede en Barcelona y Madrid. La Fundación Avedis Donabedian es una institución sin ánimo de lucro constituida en 1989. Su misión es la de colaborar con los profesionales y centros, administraciones públicas, colegios profesionales y otras instituciones públicas y privadas con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sanitarios y sociales que reciben los ciudadanos. El órgano máximo de responsabilidad de la FAD es su Patronato. Cuenta también con un Comité Asesor Internacional y tiene firmados convenios de colaboración con distintas organizaciones de ámbito nacional e internacional.

Dentro de su finalidad fundacional, la FAD otorga anualmente becas de formación y de investigación y patrocina el Premio Jaume Suñol Blanchart a la mejora de la información a los pacientes, otorgado por la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Además, colabora con otras instituciones en el mundo con el objetivo de dar a conocer y continuar la labor del Profesor Donabedian: la Fundación Avedis Donabedian en Argentina y las bibliotecas Donabedian en Arcona (Italia) y Jerusalen (Israel). Recientemente se ha creado además la Cátedra de Investigación Avedis Donabedian en la Universidad Autónoma de Barcelona y en la Escuela de Salud Pública de Michigan (EE.UU.).

La FAD introdujo en España la Acreditación Internacional de la Joint Commission y evaluó la aplicabilidad de sus estándares con trabajos de campo, participación de organizaciones profesionales y reuniones de expertos. La Acreditación de varios centros de nuestro país demostró la viabilidad del proyecto y los beneficios que aporta para las instituciones que decidieron llevarlo a cabo. Hasta el momento se han realizado 24 evaluaciones en centros sanitarios.

El modelo de Acreditación del programa FAD-JCI esta basado en funciones clave de la organización que se realizan en todas las áreas. En cada una de ellas se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica. El conjunto del modelo representa un compendio de práctica óptima y se construye a partir de una compilación de la experiencia de los mejores centros sanitarios y se actualiza periódicamente. Los estándares son los requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar solidamente implantados, en un lugar apropiado, en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente.

En el proceso de Acreditación, los estándares deben estar organizados alrededor de funciones importantes centradas en el paciente, diseñados para ser interpretados y evaluados dentro de la cultura y el marco jurídico de un país. Todas las organizaciones deben fijar el mejor "alcance" o estándares de la práctica para que todos los alcancen.

Los estándares definen, de forma precisa, en qué consiste la atención óptima al cliente y se actualizan periódicamente para adecuarlos a los cambios de provisión de servicios sanitarios. Los actuales recogen las tendencias previstas de futuro en los dispositivos asistenciales.

El Desarrollo de los estándares de la JCI se ha producido a partir de:

- Consenso del Grupo de Desarrollo.
- Revisado por expertos de diez países.
- Seis grupos focales en diferentes regiones del mundo.
- Panel de expertos en derechos del paciente y la familia.
- Panel de expertos en manejo de la planta física.
- Proceso de la evaluación probado en cinco países.
- Aprobación final del grupo y del Directorio Ejecutivo

El Sistema de Acreditación a través de JCI nos permite establecer comparaciones:

- Los Estándares Internacionales de la JCI contienen todos los temas de estándares de la JC incluyendo los más nuevos relacionados con el manejo del dolor y los cuidados al final de la vida.
- Los Estándares Internacionales de la JCI contienen muchos de los controles de calidad y del gobierno de los criterios ISO 9000.
- Los Estándares Internacionales de la JCI incluyen los criterios EFQM de Europa y Baldrige de Estados Unidos Valor de la acreditación

La evaluación externa objetiva tiene las siguientes características:

- Utiliza estándares de consenso.
- Se acopla a las profesiones sanitarias médicas.
- Es proactiva no reactiva.
- Implica a toda la organización.
- Se enfoca en sistemas y no individuos.

- Estimula una cultura de calidad en la organización.
- Establece evaluaciones periódicas de los estándares

El impacto de la acreditación en la organización:

- El proceso de la acreditación de la JC ha establecido muchos de los principios fundamentales que hoy dirigen a las organizaciones de la salud.
- Muchos de estos principios son rutinarios en el presente, pero eran revolucionarios al principio.
- La adopción progresiva de estos estándares sirve como un testimonio al valor percibido del propósito básico de la JC: mejorar la calidad y la seguridad de los cuidados que se le brindan a los pacientes.

**a. Valor de la Acreditación FAD-JCI. Desarrollo de un enfoque asistencial que tiene al paciente como eje central**

- Garantía de calidad del proceso asistencial.
- Información objetiva sobre los centros.
- Promueve la efectividad de los procesos de atención más importantes.
- Garantiza los derechos del paciente.
- Fomenta la seguridad de los pacientes.
- Implicar a los profesionales en la Mejora continua de la Calidad.
- Auto-evaluación.
- Fomenta la interdisciplinariedad.
- Revisión externa: demostrar la calidad y asegurar la confianza en la organización
- Prestigio para los profesionales con un elevado nivel de acreditación.
- Responsabilidad social: deseo de mejorar la calidad.
- Fomentar la homogeneidad de los servicios en todo el sector sanitario.
- Potenciar la coordinación, integración y continuidad de la asistencia en las redes asistenciales.
- Introduce un modelo de gestión dinámico y participativo: catalizador de cambios

- Guía para la gestión: organizar la gestión de la calidad.
- Proyecto común para directivos y profesionales.

## b. Contenido del modelo de Acreditación

El modelo evalúa los siguientes aspectos o funciones:

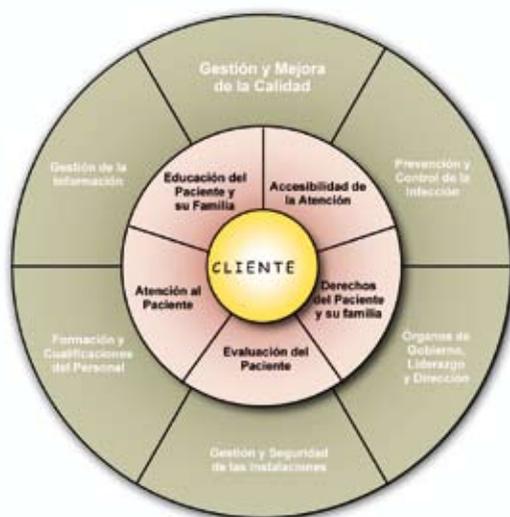
### 1. Funciones centradas en el paciente:

- Accesibilidad y continuidad de la Atención.
- Derechos del paciente y la familia.
- Evaluación de los pacientes.
- Atención a los pacientes.
- Educación del paciente y la familia.

### 2. Funciones centradas en la gestión de la Organización Sanitaria:

- Gestión y mejora de la calidad.
- Prevención y control de la infección.
- Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección.
- Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- Formación y Cualificación del Personal.
- Gestión de la Información.

## Modelo de la acreditación internacional Joint Commission



© Fundación Avedis Donabedian 2003

## 1. Funciones centradas en el paciente

### 1.1. Accesibilidad y continuidad de la atención (ACA)

- Accesibilidad
- Continuidad
- Alta, derivación y seguimiento
- Traslado de pacientes
- Definición del ámbito de la atención
- Registro de las necesidades (listas de espera)
- Criterios de priorización y derivación
- Coordinación durante ingreso (interconsultas, cambios de turno)
- Plan de alta
- Documentación al alta y coordinación posterior

### 1.2. Derechos del paciente y ética de la organización

- Declaración y difusión de los derechos de los pacientes. Ética de la organización
- Consentimiento informado
- Disposiciones previas
- Confidencialidad, privacidad, custodia
- Resolución de dilemas éticos
- Donación de órganos
- Participación en ensayos clínicos

### 1.3. Evaluación de los pacientes

- Evaluación inicial: estado físico, psicológico, social, nutricional, funcional, planificación precoz del alta, posibles víctimas de malos tratos...
- Antes de 24 horas: Anamnesis, evaluación física y evaluación de enfermería
- Reevaluación de los pacientes de acuerdo con los protocolos
- Laboratorio
- Diagnóstico por la imagen

#### *1.4. Atención a los pacientes*

- Planificación y realización de la atención
- Atención anestésica
- Uso de la medicación
- Atención nutricional
- Cirugía y otros procedimientos
- Rehabilitación

#### *1.5. Educación*

- Se evalúan necesidades de aprendizaje
- Se programa la educación necesaria
- Se evalúa la mejora obtenida
- Instrucciones al alta a paciente/familia y a la organización/responsable de la continuidad de la asistencia

## **2. Funciones centradas en la gestión de la Organización Sanitaria**

### *2.1. Gestión y mejora de la calidad.*

- Monitorización clínica:
  - Evaluación del paciente.
  - Programas de control de calidad y seguridad en radiología y laboratorio
  - Procedimientos quirúrgicos
  - El uso de antibióticos, otros medicamentos y los errores de medicación
  - El empleo de anestesia
  - Utilización de sangre y derivados sanguíneos
  - Disponibilidad, contenido y uso de las historias de los pacientes.
  - Incluye el control, la vigilancia y la notificación de las infecciones
  - La investigación.
- Monitorización de gestión
  - Abastecimiento de suministros rutinarios y de medicamentos esenciales para atender las necesidades del paciente

- Informar de las actividades con arreglo a la ley y normativa
- La gestión del riesgo
- La gestión de la utilización.
- Las expectativas y la satisfacción del paciente y de la familia
- Las expectativas y la satisfacción del personal
- El estudio de los diagnósticos y de los datos sociodemográficos de los pacientes
- La gestión financiera
- La vigilancia, control y prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, las familias y el personal.

#### *2.2. Prevención y control de la infección.*

#### *2.3. Liderazgo*

- Misión, visión y valores y su difusión
- Existencia e implantación del plan estratégico
- Adaptación a las necesidades de la comunidad
- Integración y coordinación de servicios
- El papel de los líderes en la mejora de la calidad

#### *2.4. Gestión del entorno de la asistencia*

- Diseño y gestión de 7 planes de seguridad:
  - Seguridad (entorno)
  - Protección (acceso, áreas restringidas, VIP's, altercados)
  - Materiales peligrosos y residuos
  - Emergencias (internas y externas)
  - Seguridad contra incendios
  - Riesgos asociados a equipos médicos
  - Riesgos asociados a suministros generales (electricidad, gases medicinales, vacío, etc.)

#### *2.5. Cualificación y formación de los profesionales*

- Planificación de Recursos Humanos
- Definición de las responsabilidades
- Orientación y formación personal

- Evaluación de la titulación, competencia y desempeño profesional

## 2.6. *Gestión de la información*

- Planificación de la gestión de la información
- Información y datos específicos del paciente
- Información y datos agregados
- Información basada en el conocimiento
- Información y datos comparativos

Los componentes del funcionamiento son:

- Estructura: Todos los recursos de la organización.
- Proceso: Actividades (educación del paciente, evaluación por la enfermera).
- Resultados: tasas de infección, mortalidad materna.

### c. **Metas de la Acreditación**

- Mejorar la atención y la seguridad del paciente.
- Reducir los costos y aumentar la eficacia.
- Aumentar la confianza pública.
- Mejorar o aumentar las fuentes de pago.
- Aumentar las posibilidades de incorporación a redes sanitarias y nuevos arreglos con el cuerpo médico.
- Mejorar la administración de los cuidados sanitarios.
- Proporcionar educación en las mejores prácticas.
- Aclarar las expectativas del funcionamiento hospitalario.
- Realzar la satisfacción y el reclutamiento del personal.
- Proporcionar información comparativa.

La búsqueda de estas metas da como resultados alcanzar las características de los hospitales excelentes:

- Centrados en el paciente y los buenos servicios.
- Procesos coordinados y eficientes para los cuidados sanitarios.
- Riesgos bajos para el hospital y el medio ambiente.

- Personal actualizado en conocimiento y habilidades.
- Cultura de la calidad apoyada por los líderes.
- Utiliza estándares y guías para mejorar continuamente la seguridad y la calidad de los cuidados sanitarios.

## 2. Normas ISO

ISO (International Organization for Standardization) es un organismo no gubernamental que no depende de ningún otro organismo internacional y no tiene autoridad para imponer sus normas a ningún país.

La misión de la ISO es "... promover el desarrollo de la estandarización y las actividades relacionadas en el mundo, con la visión de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios y, desarrollar la cooperación en la actividad intelectual, científica, tecnológica y comercial."

ISO nació de la unión de dos organizaciones, la ISA (Federación Internacional de Asociaciones Nacionales de Normalización), establecida en Nueva York en 1926, y el UNSCC (Comité Coordinador de las Naciones Unidas para la Normalización), establecido en 1944. En octubre de 1946, delegados de 25 países, reunidos en el Instituto de Ingenieros Civiles de Londres, decidieron crear una nueva organización internacional, cuyo objetivo sería "facilitar la coordinación internacional y la unificación de las normas del sector". La nueva organización, ISO, comenzó sus operaciones oficialmente el 23 de febrero de 1947.

Actualmente ISO está compuesta por 158 miembros, con una Secretaría Central en Ginebra, que coordina el sistema. Los socios de ISO son institutos de normas nacionales u organizaciones similares, los más representativos de estandarización del país (un miembro en cada país). Miembros que tienen pleno derecho, voz y voto, independientemente del tamaño o la fuerza de la economía del país afectado.

Las Normas internacionales ISO se desarrollan siguiendo los siguientes pasos:

### **Etapa 1: Propuesta**

La elaboración de una norma ISO, comienza cuando, un sector o grupo, comunica la necesidad de normalización, a uno de los miembros de ISO. Este realiza la propuesta al comité técnico del ámbito que se trate. Cuando los elementos de trabajo no están incluidos en los comités existentes, los miembros de la ISO pueden proponer el crear nuevos comités técnicos para cubrir nuevos campos de actividad. Para ser aceptado el tema de trabajo propuesto, debe recibir el apoyo mayoritario de los miembros participantes del comité técnico que, entre otros criterios, comprueba la "importancia mundial" de la propuesta, lo que significa que en realidad responde a una necesidad y será adecuada para la aplicación, sobre la base más amplia posible en todo el mundo. Si la propuesta es aceptada, se designará un jefe de proyecto responsable del elemento de trabajo.

### **Etapa 2: Fase preparatoria**

Las normas ISO son desarrolladas por comités técnicos, formados por expertos de los sectores industrial, técnico y empresarial que han solicitado las normas, y que posteriormente les darán uso. Estos expertos pueden ser acompañados por representantes de los organismos gubernamentales, laboratorios de ensayo, asociaciones de consumidores, organizaciones no gubernamentales y círculos académicos. El trabajo desarrollado, intentará aportar la mejor solución técnica al tema que se trate.

### **Etapa 3: Fase de examen en comisión**

Tan pronto como un primer proyecto del comité está disponible, es registrado por la Secretaría Central de la ISO. Es distribuido para comentarios y, se realizarán los borradores necesarios hasta alcanzar el consenso sobre el contenido técnico. Una vez que se ha alcanzado el consenso, el texto se presenta como un proyecto de Norma Internacional.

### **Etapa 4: Consulta**

El proyecto de Norma Internacional se distribuye a todos los miembros de la ISO para que realicen los comentarios pertinentes y su posterior votación, en un plazo de cinco meses.

## **Etapas 5: Aprobación**

El proyecto definitivo de norma internacional se distribuye a todos los miembros de la ISO para su votación final, en un plazo de dos meses. Si se reciben comentarios técnicos durante este período, ya no se incluirán en esta etapa, pero se tendrán en cuenta para futuras revisiones.

Una norma es un documento de aplicación voluntaria, que contiene especificaciones técnicas, basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico. Las normas son el fruto del consenso entre todas las partes interesadas e involucradas en la actividad objeto de la misma. Son la herramienta fundamental para el desarrollo industrial y comercial de un país, ya que sirven como base para mejorar la calidad en la gestión de las empresas, en el diseño y fabricación de los productos, en la prestación de servicios, etc.

Aunque ISO tiene más de 17.500 normas internacionales, desde el punto de vista sanitario, tienen especial interés la familia de normas ISO 9000 -sistemas de gestión de la calidad-, ISO 14000 -sistemas de gestión medioambiental- o normas más específicas como la ISO 15189 -calidad y competencia en laboratorios clínicos-.

### **Las normas ISO 9000:**

Centrándonos en los sistemas de gestión de la calidad, tomamos como referencia las normas ISO 9000; aunque sus estándares son voluntarios, el hecho de que hayan sido desarrollados como respuesta a las demandas de los consumidores y de que estén basados, en el consenso entre proveedores y clientes, asegura su aplicabilidad en toda la empresa y crea un estilo de gestión que se difunde en toda la organización.

La serie de normas ISO 9000, en su versión del año 1994, resultaba excesivamente burocrático, lo que dificultaba su implantación. En el año 2000, se realizó una revisión, que proporcionó diversos cambios como la mejora continua, además de cuantificar y analizar la satisfacción de los clientes; se simplificó la estructura y se redujo el número de normas dentro de la familia. Durante el año 2008, se ha realizado la última revisión de la norma ISO 9001, que aclara la versión del año 2000, y aumenta su compatibilidad con la norma ISO 14001 de gestión ambiental.

El sistema de gestión basado en los requisitos de la norma ISO 9001, puede ser aplicado a cualquier tipo de organización, incluyendo por supuesto las sanitarias. Diversas experiencias, en los servicios sanitarios, aconsejan la necesidad de comenzar con modelos simples como la ISO 9001; realizando los planteamientos adecuados, una evolución natural nos llevará hacia modelos más complejos, como el modelo EFQM.

Normas de consulta:

- Norma UNE-EN ISO 9000:2005 “Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario”
- Norma UNE-EN ISO 9001:2008 “Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.”
- Norma UNE-EN ISO 9004:2000 “Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño”

### **Principios de Gestión de la Calidad**

Una empresa que implanta un sistema de gestión de la calidad, que cumpla con los requerimientos de la norma ISO 9001, pero que no siga los principios de gestión, no obtendrá los beneficios esperados.

Los principios de gestión de la calidad, de acuerdo a lo indicado en la norma ISO 9001 son:

- **Liderazgo:** La dirección debe realizar una participación activa en la planificación, diseño e implantación del sistema de la calidad. Debe crear un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización.
- **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo que deben comprender sus necesidades, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Mejora continua:** la organización realizará revisiones periódicas llevando a cabo un análisis y evaluación e la situación, para identificar las áreas de mejora, implantar las acciones oportunas y evaluarlas. La mejora conti-

nua del desempeño global de la organización, debe de ser un objetivo permanente de esta.

- Enfoque basado en procesos, que permite dirigir la organización, atendiendo a las actividades que aportan el máximo valor añadido a los servicios prestados.
- Participación de todo el personal, independientemente del nivel al que pertenezca dentro de la organización; su implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y en la información previa.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

### **Implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad**

El desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad, requiere una cuidadosa planificación. Las etapas en las que se llevará a cabo así como el tiempo de implantación, dependerá de la complejidad de los procesos desarrollados, así como del grado de experiencia y conocimiento por parte de la dirección y los trabajadores, en la gestión de la calidad.

Se pueden considerar las siguientes fases:

- **Análisis previo:** se diseña el plan que se llevará a cabo, formalizando el compromiso de la dirección y designando la persona o grupo de personas en las que se delegará la implantación del sistema. Se identificarán los procesos afectados y se formará al equipo de trabajo que realizará su desarrollo.
- **Preparación:** Se elaborará la documentación necesaria, la cual dependerá

del tamaño y tipo de la organización, de la complejidad e interacción de sus procesos y de la competencia del personal.

### **Política de calidad y objetivos**

Manual de calidad.

Procedimientos generales: La norma ISO 9001, requiere procedimientos documentados para las siguientes actividades: control de documentos, control de registros, auditoría interna, control de producto no conforme, acción preventiva y acción correctiva.

Registros.

Otros documentos, con los que la organización puede aportar valor a sus SGC.

- **Implantación:** La clave para la implantación es la comunicación y la formación de todo el personal. Durante la fase de implantación, todos los implicados deben seguir los procedimientos y registrar información que demuestre que realmente están haciendo lo que dicen.
- **Realización de auditorías internas,** por parte de personal de nuestra organización; a partir de las cuales se detectarán desviaciones del sistema que habrá que solucionar mediante acciones correctivas.

Una vez establecido el sistema de gestión, éste puede ser sometido a reconocimiento por una tercera parte independiente, para su certificación, entendiéndose como tal la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la conformidad de una empresa, producto, proceso, servicio o persona con los requisitos definidos en la norma.

### **Fracaso de la implantación de un SGC**

El sobrevalorar las posibilidades de la norma, ha provocado el fracaso durante la implantación en muchas organizaciones. Tenemos que tener en cuenta, que con la norma se consigue poner en marcha un sistema de gestión de la calidad, pero no se asegura que dicho sistema sea eficaz, ni que mejore el fun-

cionamiento de la empresa; esto sólo se consigue con el esfuerzo de toda la organización.

Existen diversos motivos por los cuales un sistema de gestión de la calidad correctamente diseñado falla durante su implantación; entre los motivos más comunes se encuentra la resistencia al cambio, incremento de documentación, consumo de tiempo y dinero, falta de formación y falta de apoyo por parte de la dirección.

### **Ventajas que aporta un SGC**

Para que un SGC aporte los beneficios esperados, la organización debe creer firmemente que su implantación es una oportunidad para mejorar.

En organizaciones sanitarias, se consigue aumentar la satisfacción de los pacientes mediante una asistencia de mayor calidad, ya que existe un mayor compromiso con sus requisitos. Mejorar la labor de los profesionales del área implicada, ya que el sistema permite optimizar los conocimientos y los medios técnicos disponibles, planificando el trabajo de forma más eficaz y eficiente.

### **Las normas ISO 14000**

En la década de los 90, en consideración a la problemática ambiental, muchos países comienzan a implementar sus propias normas ambientales, las que variaban mucho de un país a otro. De esta manera, se hacía necesario tener un indicador universal, que evaluara los esfuerzos de una organización por alcanzar una protección ambiental confiable y adecuada.

En este contexto, la Organización Internacional para la Estandarización (ISO), fue invitada a participar a la Cumbre para la Tierra, organizada por la Conferencia sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en junio de 1992 en Río de Janeiro -Brasil-. Ante tal acontecimiento, ISO se compromete a crear unas normas ambientales internacionales, después denominadas, ISO 14000.

Se debe tener presente que estas normas no fijan metas ambientales para la prevención de la contaminación, ni tampoco se involucran en el desempeño ambiental a nivel mundial, sino que, establecen herramientas y sistemas enfocadas a los procesos de producción de una empresa u organización, y de los efectos que de estos deriven al medio ambiente.

El Sistema de Gestión Medioambiental de la norma ISO 14001, es aplicable a cualquier organización de cualquier sector y se basa en dos conceptos, el de mejora continua y el de cumplimiento legal. La norma exige que la empresa defina objetivos medioambientales y un sistema de gestión necesario para cumplir estos objetivos. Además, la empresa debe cumplir con los procesos, procedimientos y actividades de ese sistema. Los principales elementos de la norma son: política medioambiental, planificación, implementación y operación, verificación y revisión por la dirección.

Una vez establecido el sistema de gestión, éste puede ser sometido a reconocimiento por una tercera parte independiente, para su certificación.

Normas de consulta:

- Norma UNE-EN ISO 14001:2004 -Sistemas de gestión ambiental. Requisitos con orientación para su uso-.
- Norma UNE-ISO 14004:2004 -Sistemas de gestión ambiental. Directrices generales sobre principios, sistemas y técnicas de apoyo-.

### **Otras normas de interés**

- Norma UNE-EN ISO 15189:2007 - Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia-.

Esta norma está constituida por dos partes fundamentales denominadas requisitos de gestión y requisitos técnicos. Los requisitos de gestión están redactados en el lenguaje habitual del laboratorio clínico, pero coinciden esencialmente con los requisitos del sistema de gestión de la calidad de la norma ISO 9001; así pues, la acreditación por la norma ISO 15189, además de cumplir los requisitos de gestión de la calidad, quiere asegurar la competencia técnica del laboratorio clínico.

- Norma UNE-EN ISO 13485: 2004 -Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios-

La tecnología médica de los hospitales necesita un sistema de gestión de calidad que asegure su óptimo funcionamiento. Para garantizar el correcto funcionamiento, mantenimiento y retirada de los equipos electromé-

dicos, se considera interesante aplicar la norma ISO 13485, que incluye aspectos que la ISO 9001 no contempla, como el establecimiento de la seguridad y eficacia del producto en los pasos previos a su entrada en el mercado, y las acciones correctivas que hay que adoptar en el caso de incidentes y/o de tener que retirar el producto sanitario una vez se encuentre en el mercado.

La norma ISO 13485, entre otros aspectos, incluye aproximadamente 50 requisitos adicionales respecto a la ISO 9001, siendo uno de los elementos diferenciales más importantes la aplicación de la gestión de riesgos, que sólo contempla la primera.

## Bibliografía

Baudín Miquel A, Capó Viñedo J. *“Estudio de las principales causas de fracaso en los sistemas de gestión de la calidad basados en la Norma UNE-EN ISO 9001:2000; 2004”*.

Directivas ISO/IEC , Parte 1: *“Procedimiento para los trabajos técnicos”*. AENOR 2008

*“Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales”*. Joint Commission International Accreditation. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona 2001.

Fernández-Martín J, Gutiérrez-Fernández R, Marín-Rubio Jm, Parra-Vázquez B, Royo-Sánchez C. *“Mejora en la Calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)”*. Rev calidad Asistencial 2004; 19 (3):142-150.

Hernández J. *“ISO 9001:2000 En organizaciones Sanitarias”*. Ed: DET NORSKE VERITAS ESPAÑA.

Lucas Imbernón FJ y García Fernández C. *“Proyecto de Mejora continua en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete”*. Rev Adm Sanit 2006; 4(2): 271-292.

Lucas Imbernón FJ, García Fernández C, Gili Martínez-Meco P. *“Proyecto de Mejora Continua del Proceso de Acreditación Joint Commission y Autoevaluación EFQM”*. XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Toledo 24-27 de Octubre de 2006.

Manual de Estándares de Acreditación de JCI. JCAHO 2000.

Normas ISO 14000. AENOR

Normas ISO 9000. AENOR

*“Orientación acerca de los requisitos de documentación de la Norma ISO 9001:2000”.*  
Documento: ISO/TC 176/SC 2/N 525R; Marzo 2001.

Roa DV, Rooney A. *“La acreditación, la concesión de licencias y la certificación para mejorar la prestación de servicios de salud”.* Noticias 1999; 8 (2): 4-11.

Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. *“Standardization as a mechanism to improve safety in health care”.* Joint Commission Journal on Quality and Safety 2004; 30(1): 5-14.



## TEMA 6.4

# Experiencias Internacionales: Calidad desde las Organizaciones supranacionales y en las Organizaciones no Gubernamentales

J. Manuel Tejero González.  
Teresa Laguía Arrazola.

## 1. Experiencias internacionales en calidad asistencial: Organizaciones supranacionales

### Estados Unidos y Canadá

En 1951 el Colegio Americano de Cirujanos se fusionó con el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Médica Americana y Asociación Médica de Canadá para formar la conocida Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO). Por primera vez se tuvo en cuenta la necesidad de que los hospitales fueran acreditados para poder trabajar en la asistencia sanitaria, acreditación que resultaba muy útil en un sistema como el norteamericano en el que son entidades privadas las que proveen la atención y las compañías de seguros han de velar por la calidad de los servicios prestados cuando se financian con sus fondos. Quizá la proximidad, no sólo geográfica, sino también socio-económica y cultural entre ambos países, a pesar de las diferencias en la gestión de los respectivos sistemas de salud, facilitara esta fusión, que permitió el nacimiento de la entidad con mayor influencia internacional en el ámbito de la calidad asistencial (NAIR, 1992). En 1997 se creó la Joint Commission International (JCI), con el objetivo de que se pudieran acre-

ditar hospitales de otros países. Según la Joint Commission, la “calidad total” es un proceso dinámico hacia la realización cada vez mejor de los procesos clínicos, administrativos, y mantenimiento en la provisión de la atención de la salud: “el grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento” (JCAHO).

La calidad asistencial como disciplina se desarrolla casi exclusivamente en EE.UU., hasta los años 80. La razón se ha querido buscar en la existencia de la Joint Commission. Sin embargo, han existido experiencias internacionales interesantes. Nosotros nos vamos a limitar a mencionar las más conocidas, con el objetivo de que el lector se forme una idea aproximada del panorama internacional actual, aunque sea de forma superficial, para que después pueda localizar más información de aquellas experiencias que sean de su interés.

El crecimiento de la tecnología y la información, las demandas de la transparencia y la rendición pública de cuentas, y la limitación de los recursos disponibles obligan a los países a mejorar su sistema de salud según normas reconocidas internacionalmente. El informe publicado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, en 2001, “cruzando el abismo de la calidad” marca seis objetivos a conseguir que pueden aplicarse a cualquier país: Sistemas Sanitarios seguros, eficaces, centrados en los pacientes, oportunos, eficientes y equitativos (CQHCA, 2001) . En los últimos años se está pasando en todo el mundo de sistemas de control de calidad a un modelo de mejora continua de la calidad. Un objetivo clave de cualquier estrategia nacional de calidad es identificar y desarrollar los intereses comunes entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Por ejemplo, en el Reino Unido y Nueva Zelanda, los gobiernos han establecido sistemas de calidad en organizaciones de atención sanitaria de forma impuesta, en lugar de la construcción y en la incorporación voluntaria de las organizaciones a programas de acreditación, posiblemente, perdiendo la oportunidad de capitalizar el actual compromiso con la calidad de gestores, médicos y otros profesionales (Shaw y Kalo 2004). Si bien los desafíos a la calidad varían en cada país, las experiencias acumuladas y los modelos teóricos se han universalizado, de forma que existen ya elementos comunes referidos a la organización y a la actividad en cada país.

En Estados Unidos, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ 2001), que depende del Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Human Services (HHS), tiene la misión de proporcio-

nar apoyo a instituciones públicas y privadas en cualquier iniciativa relacionada con la instauración de procesos de calidad, la seguridad del paciente, resultados y efectividad de los cuidados, práctica clínica y tecnologías sanitarias, organización y gestión de los sistemas sanitarios, así como atención primaria y prevención en materia de salud. Los indicadores de calidad de la prevención, de la hospitalización, y de seguridad del pacientes propuestos por la AHRQ están siendo utilizados actualmente en distintos hospitales españoles, incluidos los hospitales de Castilla-La Mancha.

Los Indicadores de Calidad de la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Sanitaria de EE.UU. (Quality Indicators of Agency for Healthcare Research and Quality) son un conjunto de indicadores de calidad organizados en cuatro “módulos”, cada uno de los cuáles están asociados a procesos de cuidados que transcurren en la atención ambulatoria al paciente o en la hospitalización:

1. Indicadores de Calidad de la Prevención.
2. Indicadores de Calidad de la Hospitalización.
3. Indicadores de Seguridad del Paciente.
4. Indicadores de Calidad Pediátrica.

La herramienta 3M Hiscal, en su versión 1.0, proporciona los tres primeros grupos de indicadores extraídos del C.M.B.D. de los Hospitales.

Los indicadores de calidad de hospitalización (“Inpatient Quality Indicators”, IQIs) son un conjunto de medidas que proporcionan una perspectiva de la calidad de cuidados de un hospital utilizando los datos administrativos. Estos indicadores reflejan la calidad de cuidados dentro de los hospitales e incluyen mortalidad hospitalaria por ciertos procedimientos y condiciones médicas, utilización de procedimientos para aquellos en los que existen dudas por sobreutilización, infrautilización o mala utilización, y volumen de procedimientos para aquellos en los que existe evidencia de que un mayor volumen de procedimientos está asociado con una mortalidad menor (Tabla 1, en página siguiente).

---

**TABLA I**

**Indicadores de calidad de la hospitalización propuestos por la AHRQ**

Volumen de resección esofágica	(IQI 01)
Volumen de resección pancreática	(IQI 02)
Volumen de cirugía cardíaca pediátrica	(IQI 03)
Volumen de Reparación de Aneurisma Aórtico Abdominal	(IQI 04)
Volumen de Bypass Coronario	(IQI 05)
Volumen de Angioplastia Percutánea Transluminal Coronaria	(IQI 06)
Volumen de Endarterectomía Carotídea	(IQI 07)
Tasa de Mortalidad de Resección Esofágica	(IQI 08)
Tasa de Mortalidad de Resección Pancreática	(IQI 09)
Tasa de Mortalidad de Cirugía Cardíaca Pediátrica	(IQI 10)
Tasa de Mortalidad de Reparación de Aneurisma Aórtico Abdominal	(IQI 11)
Tasa de Mortalidad de Bypass de Arteria Coronaria	(IQI 12)
Tasa de Mortalidad de Craneotomía	(IQI 13)
Tasa de Mortalidad de Reemplazo de Cadera	(IQI 14)
Tasa de Mortalidad de Infarto Agudo de Miocardio	(IQI 15)
Tasa de Mortalidad de Insuficiencia Cardíaca Congestiva	(IQI 16)
Tasa de Mortalidad de Accidente Cerebro Vascular (Acute Stroke)	(IQI 17)
Tasa de Mortalidad de Hemorragia Gastrointestinal	(IQI 18)
Tasa de Mortalidad de Fractura de Cadera	(IQI 19)
Tasa de Mortalidad de Pneumonía	(IQI 20)
Tasa de Cesáreas	(IQI 21)
Tasa de Parto Vaginal tras Cesárea	(IQI 22)
Tasa de Colectomía laparoscópica	(IQI 23)
Tasa de Apendicectomía Incidental en la Vejez	(IQI 24)
Tasa de Cateterismo Cardíaco Bilateral	(IQI 25)
Tasa de Bypass de Arteria Coronaria	(IQI 26)
Tasa de Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea	(IQI 27)
Tasa de Histerectomía	(IQI 28)
Tasa de Laminectomía o Fusión Espinal	(IQI 29)

---

Los Indicadores de Seguridad del Paciente (Patient Safety Indicators, PSIs) son una herramienta para ayudar a los directivos de los sistemas sanitarios a identificar sucesos adversos potenciales que ocurren durante la hospitaliza-

ción. Los PSIs constituyen un conjunto de indicadores que proporcionan información sobre complicaciones potenciales y sucesos adversos en la prestación de cuidados, procedimientos y partos (Tabla II).

---

**TABLA II**

**Indicadores de seguridad del paciente propuestos por la AHRQ**

Complicaciones de anestesia	(PSI 01)
Muertes en GDRs de baja mortalidad	(PSI 02)
Úlceras de decúbito	(PSI 03)
Mortalidad evitable (“failure to rescue”)	(PSI 04)
Cuerpo Extraño extraviado durante el proceso	(PSI 05)
Pneumotórax iatrogénico	(PSI 06)
Infecciones oportunistas debidas a los cuidados médicos	(PSI 07)
Fractura de cadera durante el postoperatorio	(PSI 08)
Hemorragia o hematoma postoperatoria	(PSI 09)
Complicaciones fisiológicas y metabólicas postoperatorias	(PSI 10)
Insuficiencia respiratoria postoperatoria	(PSI 11)
Embolismo pulmonar o Trombosis en vena profunda postoperatorios	(PSI 12)
Sepsis postoperatoria	(PSI 13)
Dehiscencia de herida postoperatoria	(PSI 14)
Punción o laceración accidental	(PSI 15)
Reacción a la transfusión	(PSI 16)
Trauma o daño en el neonato	(PSI 17)
Trauma obstétrico en parto vaginal con forceps	(PSI 18)
Trauma obstétrico en parto vaginal sin forceps	(PSI 19)
Trauma obstétrico en parto con cesárea	(PSI 20)
Cuerpo extraño extraviado durante el proceso	(PSI 21)
Pneumotórax iatrogénico	(PSI 22)

Infección oportunista debida a los cuidados médicos	(PSI 23)
Dehiscencia de la herida postoperatoria	(PSI 24)
Punción o laceración accidental	(PSI 25)
Reacción a la transfusión	(PSI 26)

---

Existen también en Estados Unidos otras instituciones relacionadas con la calidad asistencial, como la National Association for Healthcare Quality (NAHQ, <http://www.nahq.org/about/>) cuya misión es proporcionar apoyo a los profesionales implicados en experiencias de calidad asistencial, y que ha editado un código ético y de estándares profesionales (Tabla III).

---

### TABLA III

#### Estándares de práctica profesional de calidad de la NAHQ

*Fundamentalmente, la práctica profesional de calidad:*

- Mantiene programas activos de desarrollo personal y profesional en el ámbito de la asistencia sanitaria y exhibe una amplia gama de conocimientos.
- Crea y apoya un ambiente que fomenta el trabajo en equipo, hace hincapié en la calidad, reconoce el cliente, y promueve el aprendizaje.
- Mantiene un compromiso con la mejora de los profesionales a través de la participación y el apoyo activo a las organizaciones profesionales locales, estatales y nacionales.
- Apoya el Código Ético de calidad para los profesionales de la asistencia sanitaria.

*En el área de liderazgo:*

- Refuerza a través de un programa formal de certificación las competencias profesionales y reconoce el liderazgo en la asistencia sanitaria.
- Proporciona a los líderes de la organización educación y entrenamiento sobre rendimiento y gestión de la calidad.
- Establece objetivos de gestión relacionados específicamente con la calidad para medir los procesos y los resultados de la organización.
- Demuestra habilidades de gestión en la administración de los programas que se centran en mejorar los resultados de los pacientes en los sistemas de atención o prestación de servicios de salud.

*En el ámbito de la información y análisis:*

- Exhibe habilidades en materia de información sobre salud, incluida la aplicación de procesos estadísticos básicos, el análisis de datos y presentación de informes, y el uso de ordenadores.
- Posee unas excelentes habilidades de comunicación escrita y verbal, aplicables al desarrollo tanto del individuo como de la organización.
- Apoya el acceso a la información apropiada de los médicos, proveedores de servicios de salud, investigadores, y organismos de salud pública, de forma equilibrada con la debida protección al consumidor.

*En el ámbito de la planificación estratégica de calidad:*

- Proporciona el liderazgo y servicios de consultoría a los departamentos y servicios de la organización para conseguir una reglamentación, acreditación, y cumplimiento de las condiciones de calidad, en rendimiento de la gestión y las actividades de mejora.
- Busca la implicación de los gestores en el desarrollo de un enfoque de planificación de la asistencia sanitaria de calidad y la seguridad del paciente.
- Establece la calidad como la guía principal al estudiar los esfuerzos de organización para el control de los costes sanitarios.

*En el ámbito del desarrollo y gestión de los recursos humanos:*

- Apoya programas orientados a reconocer los logros relacionados con la asistencia sanitaria de calidad.
- Exhibe un compromiso con el Código Ético de la Calidad para los profesionales de la Salud.
- Asegura la participación del personal en los esfuerzos para conseguir equipos de calidad de la atención sanitaria.
- Otros mentores en los principios de la asistencia sanitaria de calidad.

*En el ámbito de la gestión de procesos de calidad:*

- Asegura que las expectativas de los clientes orientan el desarrollo y la mejora continua de los procesos, productos y servicios.

- Actúa como un agente de cambio y es eficaz en el proceso de cambio, incluida la identificación de las oportunidades de mejora, la resolución de problemas, y la evaluación de la eficacia del cambio.
- Integra la formación, reconocimiento, enfoque de equipo, y la satisfacción del cliente para crear un enfoque normalizado para la mejora continua de los procesos de la organización.

*En el ámbito de la calidad y resultados operativos:*

- Promueve los esfuerzos de calidad de forma proactiva, no reactiva.
- Asegura que el personal posee las habilidades adecuadas y conocimientos necesarios para evaluar los problemas y lograr mejoras.
- Busca identificar las causas de raíz de los problemas en lugar de centrarse en cada uno de sus componentes o eventos aislados.

*En el área de enfoque en el cliente y la satisfacción:*

- Establece la satisfacción del cliente como un objetivo primordial para la organización de la calidad de las actividades.
- Normaliza el enfoque para determinar las expectativas de los clientes.
- Actúa como un defensor del cliente en la resolución de problemas y en la iniciación de mejoras del rendimiento de las actividades.

---

El Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, N.C.Q.A., <http://www.ncqa.org>) es una organización privada, creada en 1990, dedicada a la instauración de sistemas de calidad en las organizaciones sanitarias.

## **Europa**

En 1980, la Organización Mundial de la Salud, dentro de su estrategia “salud para todos en el año 2000”, en concreto el objetivo 31, decía:

“De aquí a 1990 todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias. Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia continua y sistemática para determinar la calidad de los servicios prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades

habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos”.

Pasado ya hace tiempo esa referencia temporal del año 2000, no parece que se haya avanzado mucho en la disminución de la variabilidad no justificada entre distintos países. En cuanto a la situación de la calidad asistencial en Europa, en un estudio publicado por la O.M.S. en 2004 se citan muchos ejemplos de los actuales enfoques, políticas y proyectos de diferentes países; se dice que el crecimiento de la tecnología y la información, las demandas de la transparencia y la rendición pública de cuentas, y la limitación en los recursos humanos y financieros obligan a los países miembros de la Unión Europea a reformar sus sistemas de salud de acuerdo a criterios internacionales reconocidos de estructuras, procesos, rendimiento y resultados (Shaw y Kalo 2004). Los gobiernos deben comprobar si sus estrategias de calidad o políticas se basan en la experiencia y en la evidencia científica. Sin embargo, hay pocas pruebas de que las reglamentaciones internas de cada país hayan adoptado los principios de control y mejora de la calidad, la seguridad, las mejores prácticas y la rendición pública de cuentas. Aún no se han desarrollado experiencias compartidas entre los distintos Estados para garantizar unos principios comunes de calidad y seguridad en la asistencia sanitaria.

En una revisión realizada en el 2004 por el Observatorio Europeo de los Sistemas y Políticas de Salud (Allin, Mossialos, McKee, Holland, 2004), se describen las características de la toma de decisiones sobre planificación sanitaria en ocho países: Suecia, Finlandia, Dinamarca, Holanda, Francia, Alemana, Australia y Canadá. A continuación citamos algunas de las conclusiones a las que se llegó en este estudio (Tabla IV).

---

#### TABLA IV

##### **Procedimiento de toma decisiones en política sanitaria en 8 países.**

###### *Organización y salud pública.*

###### **Suecia:**

A nivel nacional, El Ministerio de Sanidad y Bienestar Social tiene a su cargo la regulación de la política sanitaria. A nivel local, los consejos de condado (independientes del gobierno) son responsables de los servicios públicos de salud. Cada consejo tiene un departamento de planes de salud, de forma que los

servicios y, en particular, el fortalecimiento de la prevención se basa en datos epidemiológicos.

**Finlandia:**

El Ministerio de Asuntos Sociales y Salud (MOSAH) establece la normativa y supervisa su ejecución. A nivel local, los comités municipales de salud establecen prioridades y proporcionan servicios de salud pública. En 1972 se reguló legalmente la atención primaria de salud creando los centros de salud que proporcionan acciones curativas y preventivas. Los servicios de salud pública de los municipios, a un nivel primario, conservan una considerable autonomía en su funcionamiento.

**Dinamarca:**

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MS) coordina un amplio programa de promoción de la salud, con la participación de otros 12 ministerios. El Ministerio de Salud es responsable de la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles. El sistema de salud es bastante descentralizado, y los consejos de los condados son responsables de la salud y de las iniciativas de promoción, que, junto con otros servicios de salud, son financiados a través de los impuestos sobre la renta.

**Holanda:**

El Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes promulga la legislación (por ejemplo, la Ley sobre el tabaco o la Ley de Salud Pública) y ofrece orientación a los municipios. A nivel local la ley exige que todos los municipios organicen un Departamento Municipal de Salud. Los municipios son responsables de la aplicación de las políticas de salud preventivas incluidas la educación para la salud, la lucha contra las enfermedades infecciosas, y el cribado.

**Francia:**

A nivel nacional el gobierno tiene la responsabilidad del sistema de salud pública. Actualmente, la toma de decisiones involucra múltiples actores que actúan en una forma inconexa, con superposición de funciones y muy poca evaluación de la efectividad. El gobierno ha propuesto un nuevo proyecto de ley (2003) para establecer las responsabilidades de diferentes actores, para consolidar y fortalecer organismos de nivel nacional (por ejemplo, el Comité de Alto Salud Pública y el Instituto Nacional para la Prevención Salud y Educación) y para mejorar el sistema de salud pública. A nivel local son los gobiernos regionales los que aplican los programas de salud pública, el establecimiento de regionales de vigilancia, epidemiología, prevención y salud. El nuevo proyecto

de ley de salud también se propone uniformizar la formación en salud pública.

**Alemania:**

Ámbito nacional: el Ministerio Federal de Salud tiene un pequeño papel, pero cada vez más importante en la asistencia; se especializa en las enfermedades transmisibles, salud en la educación y salud ambiental.

Nivel Local: los estados federales (Länder) son los principales responsables de los servicios de salud pública. El seguro social de enfermedad tiene un papel cada vez más importante; desde el año 2000 los fondos de seguridad social han vuelto a cubrir los servicios de prevención primaria.

**Australia:**

Ámbito nacional: el gobierno federal desarrolla una amplia política sobre liderazgo y financiación. A nivel local los estados y territorios gestionan el sector público de los servicios de salud y regulan las condiciones de los trabajadores de la salud de los sectores público y privado.

**Canadá:**

Ámbito nacional: el papel del gobierno federal está ubicado en la Subdivisión de Salud Pública (PPHB) del Ministerio de Salud de Canadá. Sus responsabilidades incluyen las políticas, los programas y sistemas relacionados con la prevención, la promoción de la salud, vigilancia de las enfermedades, de la comunidad, acción y lucha contra las enfermedades que se han de combatir necesariamente a nivel federal. A nivel local, la salud pública es fundamentalmente una responsabilidad provincial; cada provincia tiene su propia salud pública, legislación, con diferentes capacidades y los gastos. Existen importantes diferencias entre provincias o territorios; algunos tienen relativamente fuertes sistemas de salud pública (por ejemplo, Quebec), mientras que otros no (por ejemplo, Territorios del Noroeste).

**Financiación de la atención sanitaria y de la salud pública**

**Suecia:**

Los impuestos recaudados por el condado, los consejos y las contribuciones que el gobierno asigna a los consejos de acuerdo a una fórmula per cápita (83,8%), y fuentes privadas, sobre todo mediante sistemas de aseguramiento (payment out-of-pocket: 16,2%\*). Aproximadamente el 3% del gasto total en salud se asigna a los servicios de salud pública.

### **Finlandia:**

Los impuestos municipales (43%), los impuestos federales que se asignan a los municipios (18%), seguro nacional de salud (15%), seguros privados (2,5%), sistemas de aseguramiento (out-of-pocket: 20,6%). La financiación federal a los municipios toma la forma de subvenciones en bloque, teniendo en cuenta el tamaño de la población, la estructura por edades y la mortalidad. Aproximadamente el 3,4% del gasto total en salud se gasta en la salud pública y prevención.

(\*): Término anglosajón que se puede traducir como 'gastos de bolsillo', definido como el gasto 'per capita' en el hogar como pago por servicios relacionados con la salud tales como consultas médicas, ingresos hospitalarios, medicamentos, medicinas alternativas, etc, excluidos aquellos que son reembolsados por aseguradoras. En esencia cuantifica los gastos en salud que deben ser satisfechos directamente por los hogares sin que exista una forma alternativa de pago.

### **Dinamarca:**

El estado y los impuestos locales (82%), sistemas de aseguramiento (16,5%), el seguro de salud voluntario (1,5%). Los gastos en salud pública representa el 9% del gasto público total, y el 6,7% del total de los gastos de salud.

### **Holanda:**

El seguro social (69%), seguros privados (14%), los subsidios del gobierno (10%), los pagos directos (8%). Cerca del 4% del gasto sanitario en los Países Bajos se gasta en prevención y salud pública.

### **Francia:**

Seguro de enfermedad obligatorio (75,5%), Contribuciones Voluntarias del Seguro de Salud (12,4%), sistemas de aseguramiento (pago "out of pocket": 11,1%). Aproximadamente el 2,5% del gasto total en salud se asigna a la prevención y la salud pública.

### **Alemania:**

Seguro de enfermedad obligatorio (68%), impuestos (10%), (10%), y un seguro privado (6,6%) (116).

Aproximadamente el 4% del gasto total en salud se asigna para la prevención y la salud pública.

**Australia:**

Federal (y en algunos estados): impuestos (71%), pagos "out of pocket" (16%), y los seguros privados (7%). Alrededor del 5,3% del gasto total en salud se destina para la salud pública y prevención.

**Canadá:**

Provincial y federal: impuestos (73%), los seguros complementarios, pagos por empleadores y "out of pockets" (27%). Alrededor del 7% del gasto total en salud se destina a la salud pública y prevención

**Estrategia nacional****Suecia:**

La estrategia nacional sueca se estableció en 2003 para asegurar una buena salud en igualdad de condiciones para la población. La metodología, en lugar de estar centrada en los objetivos, se centra en la promoción de los factores determinantes de la salud. Principales prioridades: • Reducir las desigualdades en salud, • apoyar el estilo de vida saludable. Objetivos específicos: • Participación e influencia en la sociedad • seguridad económica y social • condiciones favorables durante la infancia y la adolescencia • vida laboral más saludable • un entorno seguro y unos productos saludables • la salud y la atención médica que más activamente promueva la buena salud • una protección eficaz de las enfermedades • sexualidad segura y buena salud reproductiva • aumento de la actividad física • buenos hábitos alimenticios y seguridad de los alimentos, y la reducción del uso de tabaco, el alcohol, las drogas ilícitas, el dopaje, y los juegos de azar.

**Finlandia:**

El programa Salud 2015 fija objetivos para la política nacional de salud para los próximos 15 años. Hay 36 directrices de política en relación con las líneas de acción subrayadas por el gobierno, la incorporación de los desafíos y directrices marcados por los ciudadanos y los distintos entornos actores de la sociedad (por ejemplo, los indicadores psicosociales, y un sistema de vigilancia construido sobre ellos; la posición de la política sanitaria de investigación en las universidades y centros de investigación deben reforzarse) Principales prioridades: • Mejorar la Esperanza de vida sana • reducir las desigualdades en salud. Condiciones previas para alcanzar estas metas: • Tomar la acción intersectorial; • la participación del sector privado; • incorporar la dimensión social en todas las políticas; • supervisar los progresos utilizando indicadores específicos; • incluir todos los ámbitos de la vida cotidiana, y • adoptar un estilo de la vida.

### **Dinamarca:**

La estrategia nacional es el Programa de Salud Pública y Promoción de la Salud 1999-2008 del Gobierno danés. Las principales estrategias para la aplicación del programa: la promoción de la salud, a todos los niveles; los nuevos servicios ofrecidos a la población; directrices profesionales y planes de acción para elaborar directrices y establecer buenas prácticas; incentivos económicos. Principales prioridades: • Aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida; • mejorar la equidad en salud; • estilo de vida; factores: tabaco, el abuso del alcohol, ejercicio, nutrición, la obesidad, los accidentes de tráfico; • El VIH / SIDA y el uso indebido de drogas; • grupos de edad: niños (máxima prioridad), los jóvenes, personas, personas de la tercera edad; • áreas: las escuelas primarias, el lugar de trabajo, locales comunidades, los servicios de salud; • cooperación en todos los niveles; • Investigación. Estrategias para lograr los objetivos: • Legislación (por ejemplo, prohibir la publicidad del tabaco, prohibición de venta de alcohol a menores), y • campañas de información (por ejemplo, asesoramiento nutricional, promover el ejercicio, el sexo seguro).

### **Holanda:**

El contrato nacional para la atención de la salud pública fue firmado en 2001 por el Ministro de Salud,

Bienestar y Deporte, el Ministro del Interior y de Relaciones del Reino, los municipios y GGD Nederland (la Asociación de Funcionarios Municipales de los Servicios de Salud). Principales prioridades: • Fortalecer la infraestructura de salud pública • reducir las desigualdades en salud • fomentar estilos de vida saludables. Objetivos del Contrato con el Consejo Nacional: • Mejores oportunidades de salud para todos los residentes; • promover una vida sana; • cooperación entre el sector de la atención curativa y el sector de la salud pública; • el fomento de una política coherente en materia de salud pública, la atención, tanto a nivel nacional como a nivel local y • mejorar la administración y la formulación de políticas de las autoridades locales y municipales de los servicios de salud.

### **Francia:**

Hasta el proyecto de ley de 2003 \* no había una estrategia nacional de salud pública en Francia; sin embargo, la nueva ley establece un marco global para: • mejorar la política de salud pública; • mejorar los sistemas de vigilancia y estudios de eficacia; • aumentar la rendición de cuentas del gobierno; • esbozo proceso de aplicación, y • determinar las herramientas necesarias para la

aplicación del presente estrategia de salud pública; • involucrar al público en la política de salud pública y aplicación, y • establecer una política de salud pública basada en el logro de los objetivos designados (metas) en las principales áreas de la salud pública. Principales prioridades: • cáncer; • salud ambiental; • la violencia y los riesgos de comportamiento (en particular control del tabaco); • trastornos poco frecuentes, y • enfermedad crónica. Prioridades adicionales: • Alcohol • tabaco • nutrición y el ejercicio • salud ocupacional • salud ambiental • infecciones iatrogénicas • dolor • la pobreza y las desigualdades • discapacidad • enfermedades infecciosas • salud materna y perinatal • trastornos endocrinos • trastornos neuropsiquiátricos • Trastornos órganos de los sentidos • enfermedades cardiovasculares • enfermedad respiratoria • crónica INFL ammatory enfermedad del intestino • insuficiente renal crónica • Trastornos ginecológicos • los trastornos musculoesqueléticos • atención prenatal • trastornos poco frecuentes • la salud oral • la violencia.

(\*): *Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*

### **Alemania:**

Si bien no existe una estrategia nacional, hay algunos programas nacionales, por ejemplo, la campaña nacional del SIDA. Las decisiones en materia de salud pública son en gran parte competencia de los distintos Länder. El objetivo de la Ley de Reforma de Salud Social es mejorar la salud general y reducir las desigualdades; sin embargo, la financiación asciende a menos del 2% del total de los gastos de salud. Una nueva Ley de Prevención se espera que sirva para coordinar las actividades de prevención en todo el país y la participación de los fondos del seguro de salud. No está claro cómo esto se traducirá en acciones viables. Principales prioridades: Las prioridades se determinan a nivel regional, y varían considerablemente entre, e incluso en el interior, de los Estados federados. Sin embargo, en 2003, un documento destinado a planificar la salud establecía los siguientes objetivos por áreas: • diabetes; • cáncer de mama; • el control del tabaco; • crecer sanos (nutrición, actividad física); y • potenciación del paciente y su autonomía..

### **Australia:**

Existen varias estrategias nacionales coordinadas por la NPHP: HIV/AIDS<sup>41</sup>, Estrategia Nacional Indígena para la salud sexual, la Campaña Nacional de Tabaco, y el Consejo Nacional de Prevención de lesiones. El gobierno tiene intención de desarrollar una política nacional de salud pública que se centraría en las desigualdades de salud y las intervenciones basadas en pruebas. Principales

prioridades: • Las enfermedades cardiovasculares • cáncer • lesiones • problemas mentales • diabetes • asma. El Consejo Nacional de Salud (NHPAC) adopta las medidas prioritarias y facilita la acción dentro y entre las prioridades nacionales. Las prioridades de salud nacionales se rigen por los siguientes principios:

- promoción y protección de la salud de todos los australianos y reducir al mínimo la incidencia de mortalidad prevenible, enfermedad, lesión o discapacidad;
- el acceso a la relación coste-eficacia de los servicios médicos, medicamentos y la atención de la salud para todos los australianos;
- apoyo a un envejecimiento saludable para los australianos de edad y la calidad y costo-efectiva para el cuidado de las personas mayores frágiles y el apoyo a los cuidadores;
- mejora de la calidad, integración y eficacia de la atención;
- mejora de los resultados de salud para los australianos que viven en regionales, rurales y lugares remotos;
- reducción de las consecuencias de la pérdida de audición para optar clientes;
- mejorado el estado de salud de los aborígenes y los Isleños del estrecho de Torres;
- conocimientos, información y capacitación para el desarrollo de mejores estrategias para mejorar la salud de los australianos.

### **Canadá:**

El Ministerio de Salud de Canadá reconoce la necesidad de desarrollar una estrategia nacional con especificaciones de objetivos, así como los medios del seguimiento de los progresos hacia ellos, y mecanismos para asegurar la colaboración a todos los niveles del Gobierno. Actualmente, existen distintas estrategias nacionales, por ejemplo, para la inmunización, el tabaco, el cribado, el alcohol y las drogas. Principales prioridades: los objetivos de la Carta de Ottawa, que se inició en la Primera Conferencia Internacional sobre la Salud: reducir las desigualdades, aumentar y mejorar la prevención de afrontamiento. La Carta pone de relieve el hecho de que la promoción de la salud implica la construcción de una política pública saludable, la creación de entornos propicios, el fortalecimiento la acción comunitaria, desarrollo personal de las aptitudes y la reorientación de los servicios de salud. El gobierno adopta un enfoque de población, elaborado por la Comisión Consultiva en Salud de la Población, con los objetivos de mejorar la salud y reducir las desigualdades. El marco de la salud de la población sirve para proporcionar una base racional para el establecimiento de prioridades e invertir en la mejora de la salud de la población.

## **Criterios utilizados para la priorización y toma de decisiones**

### **Suecia:**

La salud pública en la presentación de informes epidemiológicos y demográficos y la encuesta de hogares: el formulario de datos de base local para la formulación de políticas. Los informes publicados por la Junta Nacional de Salud Pública y Bienestar Social. Las prioridades se establecen sobre la base de una "plataforma de ética" de la dignidad humana, la necesidad y la solidaridad, y la relación coste-efectividad.

### **Finlandia:**

Las evaluaciones de las necesidades locales y comentarios informales de los programas existentes orientan la toma de decisiones. La toma de decisiones y el establecimiento de prioridades es incluyente e intersectorial en los planos local y nacional.

### **Dinamarca:**

Las decisiones se basan en la carga de la enfermedad y las posibilidades de prevención. El departamento de investigación informa a nivel nacional la formulación de políticas, sin embargo, hay un papel más limitado de la investigación a nivel local. El Instituto de Epidemiología Clínica realiza el National Health Interview, programa de encuestas, epidemiológica y los servicios de salud.

### **Holanda:**

Los informes del departamento holandés de salud orientan la toma de decisiones, y el intento para proporcionar una base científica a la política de salud desempeña un papel fundamental en las políticas encaminadas a la reducción de las desigualdades, una investigación a largo plazo del programa puesto en marcha en 1995 analizó la eficacia de varias intervenciones para reducir las desigualdades.

### **Francia:**

Las prioridades para la salud pública se basan en : • su importancia en términos de carga de la enfermedad; • encajan con sus valores sociales y las prioridades; • pruebas de las desigualdades en los resultados de salud para la condición o problema en el país, o pobres resultados en Francia en comparación con otros países; • estado actual de conocimientos sobre la condición o problema de salud de la etiología.

### **Alemania:**

El establecimiento de prioridades a nivel nacional es muy limitada. Las responsabilidades para la toma de decisiones son en general compartidas entre los Länder y el gobierno federal. El proceso para decidir las áreas prioritarias en salud implica a muchos actores, por ejemplo, en el documento denominado Gesundheitsziele 2003, el objetivo nacional de salud fue redactado por más de 70 grupos de interesados y más de 200 expertos. La metodología consistió en la revisión de prioridad - la fijación de criterios en otros países en desarrollo, una matriz de la morbilidad y la mortalidad, información sobre los factores de riesgo de enfermedades y someter una lista corta a las negociaciones políticas.

### **Australia:**

La fijación de prioridades y la toma de decisiones se basa ampliamente en estudios que documentan la carga de morbilidad y las pruebas de eficacia, incluyendo coste-eficacia, de los enfoques de salud pública. En 1997 se formó un grupo asesor para promover y defender la investigación en salud pública y el desarrollo a fin de que las partes interesadas y la comunidad australiana se beneficie de una base sólida de investigación en salud pública. El Instituto Australiano de Salud y Bienestar proporciona informes sobre la salud y el bienestar a informar la toma de decisiones (por ejemplo, la carga de la enfermedad).

### **Canadá:**

El enfoque de la salud de la población tiene en cuenta los determinantes generales de la salud y crea un marco para orientar el desarrollo de políticas y estrategias. Los elementos fundamentales de la población: factores determinantes de la salud; basar las decisiones en pruebas; aumentar las inversiones; aplicar múltiples estrategias; colaborar en todos los sectores y niveles; emplear los mecanismos para la inversión pública; y la rendición de cuentas para demostrar los resultados de salud. Health Canada informa sobre la carga económica de la enfermedad en Canadá; ayuda a la fijación de prioridades en la atención de la salud. En 1998, los costos totales más altos fueron los de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades musculoesqueléticas, el cáncer y las lesiones. La Comisión Permanente del Senado sobre Asuntos Sociales, Ciencia y Tecnología publicó un informe en 2003 sobre el examen de la infraestructura y la gestión pública del sistema de salud pública en Canadá, así como la capacidad del Canadá para responder a las emergencias de salud pública derivados de los brotes de las enfermedades infecciosas. Hicieron recomendaciones, y, en general, se promovió el fortalecimiento del papel federal y el aumento de fondos federales para la salud pública.

## Desigualdades en salud

### Suecia:

Explícitamente es una estrategia nacional, como uno de los dos grandes objetivos; hincapié en las estrategias sociales de cohesión y ambientes saludables. Las recientes intervenciones, por ejemplo, Cambio en el Sur (2001), un proyecto de desarrollo comunitario centrado en un barrio privado, se evaluó con el fin de orientar futuras políticas y programas que abordan la reducción de las desigualdades.

### Finlandia:

Específicamente el objetivo es reducir la mortalidad por diferencias entre los sexos, educación y los grupos sociales. Los programas nacionales se han ocupado de las desigualdades, sin embargo, los programas no han sido aplicado sistemáticamente.

### Dinamarca:

Abordado explícitamente como un objetivo general en la estrategia nacional. Se hace hincapié en la Monitorización continua del estado de salud social a través de grupos para evaluar el progreso hacia la reducción de las desigualdades. La conferencia internacional sobre la reducción Social de Desigualdades en Salud (Copenhague, 2000), aborda las políticas y buenas prácticas en la reducción de las desigualdades en salud, la difusión de este conocimiento a otros países, e instó a todas las comunidades "Para hacer frente a las desigualdades sociales en salud utilizando medios documentados y eficaces "

### Holanda:

Abordado explícitamente como una de las principales prioridades en materia de salud pública. El programa holandés sobre las desigualdades socioeconómicas en salud basado en la evidencia (2001) tiene estos objetivos: • reducir las desigualdades en la educación • reducir los efectos negativos de los problemas de salud en la posición socioeconómica; • reducir los efectos negativos de nivel socioeconómico con respecto a la salud (por ejemplo, reducir la prevalencia del consumo de tabaco en las clases bajas), y • mejorar el acceso y la eficacia de la atención de la salud para los grupos socioeconómicos bajos.

### Francia:

Actualmente para que el gobierno es una prioridad el desarrollo de estrategias sobre las desigualdades en salud s en el área de salud pública. Estas es-

trategias se basan en la evidencia de las desigualdades en los resultados para determinados problemas de salud.

**Alemania:**

La Ley de de reforma del seguro social de salud aborda el reembolso del gasto en servicios de prevención primaria, pero este gasto cubre una parte insignificante de la financiación. No hay especificaciones estrategias para reducir las desigualdades.

**Australia:**

Las desigualdades en salud están dirigidas por el NPHP. El NHPAC tiene el objetivo explícito de reducir

las desigualdades, sin embargo, hasta la fecha no ha habido la aplicación sistemática de las intervenciones. Las desigualdades también se habían abordado por el Consejo Nacional de Estrategias de coordinación (un programa de trabajo establecido por el NPHP para facilitar la creación de capacidad), que es cómo el programa del NPHP afecta a las desigualdades.

**Canadá:**

El Gobierno destaca la importancia de lograr un acceso equitativo a las oportunidades y de un entorno favorable. No hay ninguna aplicación sistemática de intervenciones para reducir las desigualdades. Uno de los objetivos de Salud de Canadá 2000 Sostenible: una estrategia de desarrollo, es reducir las inequidades en salud entre las Primeras Naciones y los Inuit con la población general para determinados problemas de salud.

**Objetivos**

**Suecia:**

Debido al escaso papel del Estado en materia de salud pública, no se han establecido objetivos nacionales explícitos. Un estudio sobre la salud (2000) estableció seis distintos condicionantes para la salud: 1. entorno físico saludable 2. el aumento de capital social 3. la mejora de las condiciones de trabajo 4. - el mantenimiento de la salud los estilos de vida 5. buen comienzo en la vida para todos los niños 6. buena infraestructura de salud para el trabajo.

**Finlandia:**

El Comité del Consejo Nacional de Salud Pública Comité esbozó criterios para las metas en 1999. La estrategia de 2001 tiene unos objetivos generales

(por ejemplo, la mejora de la salud mediante la reducción de las enfermedades crónicas, accidentes y otros problemas de salud) y objetivos específicos (por ejemplo, reducir el tabaquismo en un 15% entre los jóvenes, el aumento de la esperanza de vida sana por dos años). El MOSAH tiene previsto elaborar indicadores para evaluar el logro de las metas pero no lo ha hecho hasta la fecha (2003).

#### **Dinamarca:**

Se aprobó un total de 17 áreas y metas que deben alcanzarse en factores de riesgo: tabaco, alcohol, la nutrición, el ejercicio, accidentes de tráfico; los grupos de edad: niños, jóvenes, personas de la tercera edad; ámbitos: la escuela primaria, el lugar de trabajo, locales, comunidad, la comunicación entre los distintos niveles de gobierno, la investigación y la educación. Cada área de orientación tiene niveles mensurables específicos relacionando los objetivos con las iniciativas para lograr dichos objetivos, se esbozan los ministerios responsables de la aplicación, por ejemplo, la gran proporción de fumadores de cigarrillos debe reducirse en un 50%. En Dinamarca se presentó un documento de política saludable durante toda la vida - objetivos y estrategias para la política de salud pública (2003). Se centró sobre las siguientes cuestiones: • fumar • alcohol • dieta • la actividad física • obesidad • accidentes • ambiente de trabajo • el medio ambiente. La prevención de las enfermedades objetivos incluyen: • diabetes • cáncer • las enfermedades cardiovasculares • osteoporosis • trastornos musculares • asma y las alergias • trastornos mentales.

#### **Holanda:**

El contrato nacional de los Países Bajos no tiene metas explícitas. Once objetivos cuantitativos se han fijado para la reducción de las desigualdades, para servir como hitos para evaluar los objetivos en la pobreza, la participación en el trabajo de los enfermos crónicos, el consumo de tabaco, la obesidad, educación, trabajo físico pesado, y la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Después de un primer intento fallido para establecer metas de salud en el plano nacional, en 2003, es los Países Bajos se publicó un libro blanco, titulado Langer gezond Leven (Una vida más sana ya), sobre los objetivos de salud que han de ser alcanzados para 2020. La Parte I incluye 13 objetivos: • enfermedad coronaria • derrame cerebral • insuficiencia cardíaca • cáncer de pulmón • cáncer de mama • cáncer intestinal • diabetes mellitus • depresión • ansiedades • asma • enfermedad pulmonar crónica • cuello y dolor de espalda • artritis • reumatismo. La Parte II tiene siete prioridades de la seguridad: • enfermedades infecciosas • hijo / a la atención de la salud • encuestas de población •

prevención de lesiones • la inocuidad de los alimentos y la nutrición • la salud y el medio ambiente • la gestión de crisis y postratamiento.

**Francia:**

El Ministerio de Salud (MS) se encarga del establecimiento de objetivos de salud pública. Hay cuatro requisitos para que los objetivos: deben ser cuantificables, aumentar la información disponible, fortalecer los conocimientos científicos, y ser útiles para evaluar las intervenciones existentes. El proyecto de ley sobre la Salud 2003 esbozó 100 objetivos basados en las prioridades nacionales. Los objetivos serán revisados en 2008.

**Alemania:**

La fijación de objetivos es difícil debido a la división de responsabilidades políticas de salud, por lo tanto,

En 2003, el gobierno estableció cinco objetivos: la diabetes, el cáncer de mama, el control del tabaco,

El desarrollo saludable (nutrición, actividad física y afrontamiento del estrés), y la potenciación de la autonomía del paciente. Antes de 2003.

**Australia:**

A lo largo de la década de 1990, se fijaron objetivos nacionales para las áreas prioritarias de salud. Se esbozaron los objetivos con el fin de abordar las enfermedades prioritarias y zonas de riesgo (tabaquismo, alcohol, la dieta, colesterol, sobrepeso, presión arterial alta, y el cáncer). La justificación para el desarrollo de este programa se centró en torno a la equidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto representó un programa equilibrado centrado en los resultados y la inclusión de los servicios de salud orientados a objetivos. Las prioridades se guían por tres criterios: responder a los principales problemas de salud, eficacia de las intervenciones para mejorar los resultados, y deben ser mensurables.

**Canadá:**

Los objetivos nacionales no están definidos explícitamente en los documentos políticos. La estrategia de desarrollo sostenible se indica a lo largo de 12 objetivos a corto y largo plazo, que son evaluados por el Ministerio de Salud de Canadá cada dos años; por ejemplo, uno de los objetivos es afrontar la relación entre las necesidades de salud en todo el ciclo vital y el desarrollo sostenible. El objetivo a largo plazo es crear y mantener la capacidad de la comunidad y

las herramientas para promover el desarrollo saludable de los niños, los jóvenes y sus familias; a corto plazo el objetivo es promover las mejores prácticas que conduzcan a soluciones prácticas en cuestiones fundamentales del desarrollo del niño.

### **Colaboración intersectorial**

#### **Suecia:**

Ha habido una considerable participación intersectorial en la formación de la estrategia nacional, por ejemplo, la participación política y de ong, consejos de los condados, municipios, los sindicatos e instituciones académicas. En la política de salud sueca, hay un énfasis en la evaluación de los impactos en la salud de todas las políticas, por ejemplo, identificar cómo las políticas agrícolas impactan sobre la salud.

#### **Finalandia:**

El programa de salud pública La Salud en 2015 reconoce que un compromiso de los entes locales y nacionales a nivel de la acción intersectorial es una condición previa para alcanzar los objetivos de salud pública. La evaluación del impacto sanitario también se destacó en el reciente programa (por ejemplo, el gobierno propone elaborar directrices para evaluar el impacto sobre la salud de los gobiernos centrales y locales de las políticas y decisiones. El programa nacional también destaca la importancia de fortalecer la promoción de la salud, el papel de las empresas y la industria. Se creó una junta asesora nacional intersectorial para la salud pública para ayudar a la formación de programas de salud pública. El informe de la OMS (2002) recomienda el fortalecimiento de los mecanismos intersectoriales para la formulación de políticas.

#### **Dinamarca:**

Existe una considerable participación intersectorial en la toma de decisiones (por ejemplo, el Ministerio de Trabajo es responsable de la prevención en el entorno de trabajo y en caso de enfermedad. El Ministerio de Salud y otros 12 ministerios participaron en los últimos programas de salud de naturaleza intersectorial.

#### **Holanda:**

El Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes es un elemento clave en la organización de la colaboración intersectorial para el éxito de las intervenciones; p. ej., combatiendo las desigualdades. Uno de los objetivos del Contrato Nacional es incorporar la salud en todas las áreas de la política.

**Francia:**

No existe una discusión explícita en los documentos políticos.

**Alemania:**

La coordinación intersectorial no ha tenido una gran prioridad.

**Australia:**

El NPHP se estableció para facilitar la colaboración entre los esfuerzos de salud pública, los estados y territorios; los gobiernos se reúnen para desarrollar un programa intergubernamental conjunto para la salud pública.

**Canadá:**

El enfoque de la salud de la población reconoce que la colaboración entre las partes permitirá poner los recursos en común, abordar las prioridades comunes y reducir la duplicación de esfuerzos en las intervenciones para obtener la mejor rentabilidad de las inversiones. Sin embargo, no se han explicitado específicamente estrategias de apoyo a estas ideas.

### **Monitorización y evaluación de las políticas públicas de salud**

**Suecia:**

El programa nacional se inició en 2003, de modo que las evaluaciones aún no han tenido lugar (en 2003).

Se espera el Informe del NIPH para vigilar los once objetivos de la estrategia nacional. Cada cuatro años, se espera que el NIPH presente un informe sobre el progreso hacia la metas nacionales de salud.

**Finlandia:**

El seguimiento de las actividades de promoción de la salud en todos los sectores y niveles se lleva a cabo a escala nacional. Se llevan a cabo encuestas anuales relacionadas con el comportamiento en la población en edad de trabajar y encuestas semestrales a las personas mayores. Los informes nacionales de salud, se han previsto cada cuatro años. Las evaluaciones externas realizadas por la OMS recomiendan: el fortalecimiento de mecanismos intersectoriales; garantizar adecuadamente la capacidad de recursos humanos tanto para la planificación como para la ejecución; la introducción de análisis de las repercusiones de las iniciativas; asegurando una aplicación de la estrategia de la Salud 2015; ayudar a los municipios en actividades de promoción de la salud; asignar

y gestionar en el plano nacional el apoyo a las funciones locales y facilitar la promoción de la salud y hacer más uso de la política basada en la evidencia .

**Dinamarca:**

El seguimiento del progreso hacia el logro los objetivos nacionales (por ejemplo, el porcentaje de los fumadores de cigarrillos deben reducirse en un 50%) será coordinado por el Ministerio de Salud, que se propone para revisar el programa de salud pública en 2005. Evaluación de las intervenciones de salud pública. Además de la falta de evaluación sistemática de procedimientos, hay necesidad de mejorar la evaluación del impacto sanitario de las políticas gubernamentales fuera del sector de la salud. No está claro si el programa puede transformarse en una acción eficaz con los limitados recursos que han sido asignados y las vagas acciones estructurales y de organización.

**Holanda:**

Si bien existe una creciente conciencia de la necesidad para la evaluación, se ha avanzado poco en la evaluación de las intervenciones de salud pública, con la excepción de los dirigidos a las desigualdades. Se han realizado importantes esfuerzos para evaluar intervenciones, vigilar objetivos, y desarrollar políticas basadas en pruebas. El organismo holandés encargado de formular políticas reconoce la necesidad de una mayor base de pruebas para las políticas de salud pública, con objetivos más explícitos y mensurables. Sin embargo, no está claro si se desarrollarán las políticas para controlar los progresos de los programas de salud pública.

**Francia:**

Un nuevo marco de evaluación se propuso en el proyecto de ley sobre la Salud 2003, sin embargo, no está claro en qué se ha avanzado. Estos objetivos deben ser revisados en cada cinco años por el gobierno nacional. Se propone para medir el logro de objetivos utilizar especificaciones nacionales y regionales de indicadores. Sin embargo, la gran cantidad de objetivos probablemente obstaculizará este proceso.

**Alemania:**

No hay un organismo federal o estatal de vigilancia de las actividades de salud pública. Sólo trabajos de investigación independientes del gobierno para contribuir a este proceso. Las Encuestas de Salud Federal, organizadas por el Instituto Robert Koch, llevan a cabo algún tipo de supervisión de la salud de la población. Se han hecho esfuerzos recientemente para aumentar la coopera-

ción entre las autoridades federales y las estatales sobre vigilancia de la salud, como introducir indicadores. El gobierno federal espera definir y evaluar de manera más eficaz los objetivos mediante la mejora de la vigilancia de la salud.

**Australia:**

Existe un considerable y creciente uso de medidas económicas de evaluación en la toma de decisiones y estrategias. También ha habido progresos en la identificación de los resultados de la inversión en salud pública, con el fin de evaluar los actuales programas de salud pública y tomar decisiones acerca de políticas futuras. La salud pública basada en la evidencia hace uso de la evaluación económica en la toma de decisiones, sin embargo, en la práctica este esfuerzo es limitado.

**Canadá:**

Se percibe la necesidad de mejorar los datos para la formulación de políticas. Hay un seguimiento de las estrategias por separado; por ejemplo, la estrategia de lucha contra el tabaco. El Ministerio de Salud de Canadá mantiene en la web, herramientas de cambio - métodos para la promoción de la salud, para ilustrar los enfoques que han trabajado y para orientar la ejecución de los programas futuros. Los informes anuales de salud proporcionan información sobre la salud de la población y los factores asociados con ciertos problemas de salud, sobre la base de encuestas nacionales, con el fin de desarrollar la investigación como base para las intervenciones. Existe una creciente utilización de la evaluación de procesos en la salud pública, además de evaluar los resultados. Sin embargo, este esfuerzo es de alcance limitado.

---

El Informe del S.N.S. de 2005 (MSC, 2006) clasifica a los países miembros de la Unión Europea en tres categorías: aquellos en los que no existe una normativa específica sobre calidad asistencial: Chipre, Grecia, Malta, Portugal, Luxemburgo, Letonia, Polonia y República Eslovaca; aquellos en los que recientemente se ha desarrollado legislativamente la regulación sobre la calidad de la atención sanitaria: República Checa, Estonia, Hungría, Lituania, Eslovenia e Irlanda, entre los que están incluidos algunos países de reciente incorporación a la Unión en los que la aspiración a la integración en Europa ha supuesto un acicate, y una tercera categoría formada por los países en los que ya existe una amplia tradición y experiencia sobre calidad asistencial; en esta tercera categoría hay países cuyos sistemas de calidad están ya totalmente instaurados, previéndose solamente pequeñas reformas a lo largo del tiempo: Bélgica, Francia, Finlandia,

Alemania, Italia, España y Suecia, y países que están reorganizando sus sistemas de salud: Austria, Países Bajos, Reino Unido/Inglaterra y Dinamarca.

La Sociedad Internacional para la Calidad de las Instituciones Sanitarias (ISQUA, <http://www.isqua.org/isquaPages/General.html>) se creó en 1985, por un grupo de profesionales de la salud que se reunieron en Udine, en el norte de Italia, para discutir sobre la calidad de la medicina. El grupo original había sido profundamente influenciado por Avedis Donabedian. Bajo la dirección desde 1986 de Peter Reizenstein como Presidente y la Sociedad creció a través de sus conferencias internacionales anuales. La Secretaría se estableció en Australia en 1995. Tras un largo período de desarrollo en Melbourne, Australia, ISQua trasladó su oficina internacional a Dublín, Irlanda, con el apoyo del Departamento de Salud e Infancia de Irlanda, después de un proceso de licitación internacional. La Sociedad es una organización no lucrativa, independiente, administrada por una Junta Ejecutiva que se elige cada dos años. Las actuales miembros de la Junta son de América del Norte, Europa y Asia / Pacífico. Los principales patrocinadores son el gobierno de Victoria en Australia (Departamento de Servicios Sociales y Salud), el Departamento de Salud e Infancia de Irlanda, en los EE.UU. el DDN programa de aseguramiento de la calidad, y en Canadá la organización Canadá Accreditation.

En 2003 se puso en marcha un proyecto de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar una herramienta de evaluación de la calidad en los hospitales en 51 hospitales de seis países de todo el mundo: Bélgica, la región de Ontario del Canadá, Dinamarca, Francia, Eslovaquia y Sudáfrica (WHO, 2007). Este proyecto tiene por objeto apoyar a los hospitales en la evaluación de su desempeño, cuestionando sus propios resultados, y su plasmación en acciones de mejora, mediante herramientas para la evaluación del rendimiento y la creación de redes entre los hospitales participantes. El proyecto PATH se desarrolló a través de una serie de cuatro talleres de expertos. Se llevó a cabo una extensa revisión de la literatura; se propusieron más de 100 indicadores de desempeño, y se realizó una encuesta en 20 países europeos. Se identificaron seis dimensiones para evaluar el rendimiento: eficacia clínica, seguridad, orientación hacia el paciente, eficiencia, orientación hacia los profesionales, cuestionamiento de los resultados y aplicación de esta información en acciones de mejora (Tabla V, página siguiente).

---

## TABLA V

### Indicadores de calidad del desempeño propuestos por el proyecto PATH

C1	cesárea
C2	uso profiláctico de antibióticos
C3	Mortalidad
C4	Readmisión
C5	Día de la cirugía
C6	Admisión después de la cirugía ambulatoria
C7	Volver a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
C8	Duración de la estancia
C9	Uso del quirófano
C10	Gastos de formación
C11	Absentismo
C12	Exceso de horas de trabajo
C13	Lesiones innecesarias
C14	Prevalencia del tabaquismo en los profesionales.
C15	Lactancia materna al alta
C16	Traslados
C17	Expectativas de los pacientes

---

En el Reino Unido, el National Institute for Health and Clinical Excellence, (NICE <http://www.nice.org.uk>) ha tenido un papel central en las reformas llevadas a cabo por el National Health Service (NHS) para garantizar que la atención esté realmente basada en la evidencia y la calidad. El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica. NICE es una organización independiente responsable de proporcionar orientación al NHS en la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de problemas de salud:

- Salud pública: orientación en la promoción de la buena salud y la prevención de la mala salud de las personas que trabajan en el NHS, las autoridades locales, el público en general y el sector del voluntariado.
- Tecnologías de la salud: orientación sobre el uso de medicamentos, tratamientos y procedimientos dentro del NHS
- Práctica clínica: orientación sobre el tratamiento adecuado y el cuidado de las personas con enfermedades o condiciones específicas dentro del NHS.

NICE no cubre la totalidad del Reino Unido. Proporciona orientación sobre tecnologías sanitarias y práctica clínica para el NHS en Inglaterra y Gales.

El Health Quality Service (<http://www.hqs.org.uk/sidefiles/aboutus/history.htm>) es una institución privada de acreditación de servicios de salud, que se considera ella misma como la más antigua en el Reino Unido y el resto de Europa. Trabaja de forma coordinada con las organizaciones internacionales de asistencia sanitaria para mejorar la calidad de la atención de los pacientes a través de servicios de consultoría y del desarrollo de normas para la evaluación de procesos.

En Escocia, el Quality Improvement of Scotland (<http://www.nhshealthquality.org>) es un servicio especial de salud que, aunque no realiza tratamiento de pacientes o administra directamente los servicios de salud, trabaja con las organizaciones, para ayudarles a mejorar la atención que ofrecen. Trabaja con los ciudadanos, pacientes y personal sanitario, para aplicar las investigaciones científicas, la opinión de los expertos y la experiencia de los pacientes en mejoras prácticas que pueden aplicarse en los servicios de salud. Como parte de NHS Scotland, tiene cinco funciones principales:

- Ofrecer asesoramiento y orientación eficaz en la práctica clínica.
- Fijar estándares clínicos y no clínicos de la atención.
- Supervisar la actuación del NHS apoyamos el personal del NHS a la mejora de los servicios.
- Promover la seguridad de los pacientes y la aplicación clínica de la gestión pública.
- Apoyar a otras organizaciones que trabajan para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

El Consejo de Salud de Escocia (SHC), supervisa al NHS para asegurar la participación de los pacientes y los ciudadanos en las decisiones sobre los servicios, y el Scottish Medicines Consortium (SMC) asesora sobre la efectividad clínica y la rentabilidad de todos los nuevos medicamentos autorizados.

En Francia, la Alta Autoridad de la Salud del Ministerio de la Salud, la Juventud y el Deporte desarrolló entre 2003 y 2006 a través del Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica, el Proyecto Compaqh de coordinación para medir el rendimiento y mejorar la calidad hospitalaria (<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/accueil.htm>): un proyecto de investigación sobre el desarrollo de indicadores de calidad de los hospitales. En concreto, 36 instituciones de diversos estatutos participaron en este proyecto. El primer objetivo fue seleccionar una batería de 42 indicadores de calidad de los hospitales. A partir de 2004 hasta abril de 2006, el proyecto se concentró en la evaluación de la calidad de metrología de estos indicadores, el establecimiento de un sistema comparativo (o "benchmarking") y, por último, en la definición de indicadores de gestión dentro de las instituciones.

En el informe final se propusieron 8 objetivos prioritarios, y la lista de indicadores para medir el grado de cumplimiento de esos objetivos (Tabla VI).

**TABLA VI**

Objetivos prioritarios e indicadores del proyecto Compaqh	
Nº	Nombre del Objetivo
1	La lucha contra el dolor
2	Garantizar la continuidad de la atención a pacientes
3	La lucha contra el trastornos de la nutrición
4.1	La lucha contra las infecciones nosocomiales
4.2	Luchar contra el riesgo iatrogénicos
5	Mejorar la satisfacción del paciente
6	Observar las buenas prácticas clínicas
7	Aumentar la motivación, la rendición de cuentas y la evaluación de habilidades profesionales en contacto con el paciente
8	Garantizar la accesibilidad

Nº de indicadores	Nombre del Indicador	Nº O.P.
8	Tratamiento del dolor en pacientes	1
19	Trazabilidad de valorar el dolor	1
10	La exigencia de exámenes de imágenes con información clínica suficiente y adecuada	2
11	La cancelación de los actos realizados bajo anestesia ambulatoria	2
29	Reunión de coordinación multidisciplinaria	2
32	Apoyo social	2
38	Coordinación de la atención	2
1	El cumplimiento de archivo de historias clínicas	2
2	Plazo para la presentación del informe de alta de hospitalización	2
43	El cumplimiento del archivo anestésico	2
20	La educación terapéutica	3
3	La detección de trastornos nutricionales en los adultos	3
18	Bajas tasas de mortalidad en los grupos homogéneos de pacientes	4
41	Las caídas de pacientes hospitalizados	4
14	Tasa de infecciones del sitio quirúrgico	4
15	Volumen anual de productos hidro-alcohólicos (geles y soluciones) por día y por paciente	4
16	El consumo de antibióticos por 1000 días-paciente	4
17	Tasa de staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) por 1000 días-paciente	4
6	Índice compuesto sobre las actividades de la lucha contra la Infecciones Nosocomiales (ICALIN)	4
4	Satisfacción del paciente hospitalizado	5

23	Práctica Clínica: prevención hospitalaria inicial del accidente cerebrovascular	6
31	Práctica Clínica: el cáncer de colon no metastásico	6
39	Práctica Clínica: control de la diabetes tipo 2	6
36	Práctica Clínica: tratamiento electro-convulsivo	6
37	La práctica clínica: prevenir el suicidio	6
40	Práctica Clínica: el uso de salas de aislamiento	6
12	La práctica clínica: prevenir el cáncer de mama	6
13	Práctica Clínica: revisión pre-tratamiento del cáncer de próstata	6
35	Seguimiento del paciente alcohol-dependiente	6
24	La práctica clínica: Cesáreas	6
30	Práctica Clínica: prevención de los efectos secundarios de los tratamientos	6
42	Práctica Clínica: el cuidado y la prevención de decúbito	6
22	Práctica Clínica: prevención hospitalaria de infarto de miocardio después de la fase aguda	6
5	El volumen de trabajo de los profesionales en contacto con el paciente	7
9	El absentismo a corto plazo los profesionales en contacto con el paciente	7
34	Los actos de violencia en psiquiatría	7
25	Clima organizacional	7
26	Duración de espera ambulatoria	8
27	La fecha límite para el nombramiento de un ambulatorio	8

En los Países Bajos, la organización NIAZ (<http://www.niaz.nl/about.htm>) fue fundada en 1998 por la Asociación de Hospitales, la Federación de Enseñanza de centros médicos, la Asociación de Médicos Especialistas y el Proyecto Piloto de Acreditación Foundation (Stichting Proefproject Acreditatie - PACE).

La Fundación PACE, una iniciativa de ocho hospitales, ha venido desarrollando normas de calidad desde 1989. La Fundación tiene dos objetivos: desarrollar un sistema de normas para juzgar el desempeño de los hospitales y la creación de un sistema de auditoría. En 1996, PACE formuló un procedimiento de acreditación, que dio lugar al NIAZ. El Hospital Universitario de Maastricht (Maastricht academisch ziekenhuis) se convirtió en la primera organización de atención de salud en recibir un certificado de acreditación. Durante el año 2007, muchos otros hospitales y servicios de atención de salud también han adquirido con éxito la acreditación.

Como miembro de ISQua (la Sociedad Internacional de Calidad en Atención de Salud), la Niaz colabora con las asociaciones de acreditación en Europa, Australia, Canadá, los Estados Unidos y Sudáfrica. Esta colaboración se dirige principalmente a la mejora y el desarrollo ulterior del programa de acreditación NIAZ.

### **Australia y Nueva Zelanda**

En Australia, la Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Comisión sobre la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria, ACSQH ([http://www.asianhnm.com/Knowledge\\_bank/articles/australian\\_healthcare\\_safety.htm](http://www.asianhnm.com/Knowledge_bank/articles/australian_healthcare_safety.htm)) fue creada por los gobiernos estatales y territoriales para hacer sostenible la mejora de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria y para cumplir con las responsabilidades señaladas por los ministros de Salud. Entró en vigor en enero de 2006, como sucesora del anterior Consejo Australiano para la Seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria. La Comisión ha sido financiado por el gobierno australiano, los gobiernos estatales y los territoriales. Su misión es dirigir y coordinar las mejoras en la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria en Australia mediante la identificación de problemas y las orientaciones de política general, y recomendar las prioridades para la acción. difundir el conocimiento y abogar por la seguridad y la calidad.

Emite un informe anual sobre el estado de la seguridad y la calidad de desempeño. Proporciona asesoramiento estratégico a los ministros de salud sobre las

mejores prácticas para conducir la mejora de la calidad, y recomendar a nivel nacional las normas aprobadas para la seguridad y la mejora de la calidad.

La Comisión tiene también la misión de liderar y coordinar iniciativas en todo el sistema de prestación de servicios de salud, incluidos los sectores público y privado, la atención primaria y ambulatoria. Se está desarrollando un sistema de acreditación. También es la representante en Australia de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

En Nueva Zelanda, el Comité Nacional de la Salud (NHC) encargó en 2001 un informe sobre la calidad y la seguridad de la atención sanitaria (<http://www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/nhc-quality-in-nz-health>). El papel de este documento fue la clave para poner de relieve los problemas de calidad y la seguridad que podrían mejorar con un esfuerzo nacional coordinado y plantea las prioridades para la acción. El resumen de las conclusiones de este informe fue el siguiente:

- Existe la necesidad de una comprensión compartida y un lenguaje común en relación con la calidad.
- Debe haber un enfoque nacional para la calidad de la atención de la salud para asegurar la coherencia y evitar la duplicación de esfuerzos.
- Hay un número considerable de iniciativas actualmente en curso destinadas a mejorar la calidad de los servicios de salud, pero estos se encuentran fragmentadas. - - Hay poca coordinación entre ellos.
- Es esencial la participación de los consumidores en todos los niveles y debe facilitarse y financiarse.
- Nueva Zelanda carece de una base sólida de organizaciones de consumidores de salud.
- El vigente Código de Derechos sobre la Salud y la Discapacidad proporciona un excelente marco para la calidad, desde una perspectiva individual. Sin embargo, se requiere un examen de la conciencia colectiva, especialmente en relación con la equidad e igualdad de oportunidades.

- Existen requisitos de calidad específicos para la población de origen māori que se añaden a la calidad. Su participación en todos los niveles es vital.
- La calidad tiene un coste. El reconocimiento explícito de sus ventajas es necesario para alcanzar prácticas de calidad significativas y sostenibles.
- Debe haber un enfoque nacional para la calidad de la atención de la salud para asegurar la coherencia y evitar la duplicación de esfuerzos.
- El liderazgo es esencial, tanto a nivel nacional y dentro de las organizaciones.
- El Comité Nacional de Salud (NHC) se le dio un mandato a tomar un papel de liderazgo en el establecimiento de un coordinado enfoque nacional para la calidad en cuestiones de salud.

### **Países en vías de desarrollo: América Latina y África**

Nos alejamos del año 2000 y el objetivo de salud para todos, reiterado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 en Alma Ata, antigua Unión Soviética, se encuentra todavía distante (Peralta, 2005).

Dentro de los objetivos marcados para el siglo XXI por la Declaración del Milenio aprobada por 189 Estados en septiembre del 2000 en la sede de Naciones Unidas en Nueva York para reducir las diferencias entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo figuraba como prioritario la mejora de la atención sanitaria, como una de las claves para lograr un avance en el desarrollo de los pueblos. Los objetivos marcados por esa Declaración fueron los siguientes:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Durante los primeros años del nuevo siglo se han sucedido diferentes declaraciones de las cumbres de los jefes de estado en América Latina a favor de la mejora de la atención sanitaria, como una de las claves para lograr esos objetivos. Por ejemplo, en la Declaración de Monterrey de enero de 2004 se dice:

*“...continuaremos ampliando las estrategias de prevención, atención y promoción, así como la inversión en este ámbito, a efecto de proveer servicios de calidad para todos y mejorar dentro de lo posible la protección social a todas las personas, con particular énfasis en los grupos más vulnerables” (OPS, 2004).*

En el desarrollo de las políticas destinadas a mejorar la calidad asistencial está jugando un papel fundamental la Organización Panamericana de Salud (OPS), la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para América. Desde el 2004, la OPS puso en marcha en América Latina la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, para lo que se organizaron diferentes talleres de expertos, en San Francisco (2006) y Chicago (2007) con la participación de pacientes y proporciona orientación a la Alianza para crear una red panamericana de líderes de pacientes que desarrollen proyectos de sensibilización en América (OPS, 2007).

Citamos algunas de las experiencias desarrolladas, como el plan para reducir la mortalidad materna, a través del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con sede en Uruguay, el Plan Estratégico Regional de Tuberculosis 2005-2015 para mejoren la calidad de la atención, la participación comunitaria y la movilización social, la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” (HRP) con el propósito de reducir la carga de la enfermedad en 50% para 2010, la mejora de la calidad de la atención primaria de salud a través de la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones para la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo, 2005).

El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están desarrollando estrategia de cooperación conjunta en el campo de la investigación en políticas y sistemas de salud para el análisis de las reformas de las políticas y sistemas de salud en América Latina y el Caribe (CSP, 2006).

A partir de procesos de reforma sectorial en la región se priorizó fortalecer el conocimiento y el “empowerment” de los profesionales de los diferentes países para aumentar la equidad de los sistemas de salud (Infante, 2000). Era necesario reorientar las reformas emprendidas, fortaleciendo la asignación de recursos y haciendo énfasis en la eficiencia de los servicios, el papel regulador de los Estados y la participación de los ciudadanos, el acceso equitativo a los servicios y la calidad asistencial. También se valoraron las dificultades para que los resultados de la investigación influyeran sobre las políticas de los Estados (Almeida, 2001).

En año 2001 se organizó en Canadá un taller internacional sobre la reforma del sector salud en las Américas: fortaleciendo los vínculos entre investigación y políticas (IDRC, 2001). En las conclusiones se señalaba la necesidad de construir políticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, democráticas y participativas, para conseguir la equidad, la universalidad y vencer la alta vulnerabilidad de amplios sectores de la población latinoamericana. Se estima que en América Latina y el Caribe hay más de 200 millones de personas que no tienen asegurada cobertura regular por el sistema de seguro.

de salud, de los cuales 100 millones aproximadamente no tienen acceso a ningún servicio de salud (PAHO, 2006). En 2003 se inició un programa sobre “Gobernanza, Equidad y Salud (GEH) para “fortalecer la capacidad de los gobiernos de asegurar la prestación y el financiamiento de servicios de salud y de salud pública equitativos, especialmente para las poblaciones marginadas y sin acceso a servicios” (ISEH, 2006).

La Iniciativa Programática de Gobernanza, Equidad y Salud de IDRC y la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud de la OPS/OMS, en colaboración con tres redes sub-regionales de investigación en sistemas y servicios de salud (la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur, la Red Nevalat para la Región Andina y Centro América, y la Red del Caribe Anglófono para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud), iniciaron en 2003 la presentación de propuestas sobre el tema de la extensión de la protección

social en salud (IDRC, 2003). Los cinco proyectos seleccionados en Argentina, Brasil, Colombia (Bogotá y Medellín) y Jamaica tuvieron una duración total de tres años (2004-2006).

Por último daremos algunas notas sobre la situación de la atención a la salud en el África subsahariana. En el último informe anual publicado por la Oficina Regional de África de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) se ofrece una visión general de la situación de la salud pública a través de los 46 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. Este informe describe el progreso realizado en la lucha contra las enfermedades y la promoción de la salud en África. Los países africanos no se desarrollan económica y socialmente, sin mejoras sustanciales en la salud de sus gente. La atención de la salud (intervenciones - tratamientos, diagnóstico y prevención) que se necesitan en esta región son conocidos. El reto para los países africanos y sus socios es el buen funcionamiento de los sistemas de salud. Existen iniciativas para combatir la elevada mortalidad y morbilidad en África, tales como la Declaración de Abuja (UNESCO, 2004) y los esfuerzos internacionales, incluida la de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU.

En la reunión del Comité Regional para África de la Organización Mundial de la Salud celebrado en Johannesburgo en 2003 (Busquin, 2003) se señaló que la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente son los primeros objetivos de los ministros de Salud. En la Declaración de Abuja en abril de 2000, los Jefes de Estado africanos se comprometieron a aumentar sus esfuerzos para reducir la malaria en un 50% en 2010. En cuanto a la malaria y el paludismo, en colaboración con el Programa Marco Europeo (1998-2002), se llevaron a cabo proyectos de investigación en 15 países africanos, 11 países europeos y 5 países de Asia o América del Sur. La publicación del mapa del genoma del *Plasmodium falciparum* y el mosquito *Anopheles*, supuso una esperanza sin precedentes. En cuanto a la tuberculosis los proyectos se centraban en el descubrimiento de nuevas moléculas de la vacuna.

La distribución de SIDA varía considerablemente de un país a otro dentro de África. La Comisión Europea ha financiado los primeros estudios epidemiológicos sobre el VIH desde los 80 años. El tratamiento y la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual, han disminuido a la mitad la transmisión del SIDA.

El "Comité de Coordinación de los Países en Desarrollo" tiene establecida una red de investigación sobre ensayos clínicos en África (EDCTP, 2007). Esta iniciativa incluye la puesta en marcha de iniciativas destinadas a fortalecer la capacidad de investigación clínica en mediante la transferencia de tecnología conocimientos. Los investigadores africanos determinan las necesidades de la población local. En la declaración final de la segunda cumbre de la Unión Africana de Jefes de Estado se declaró que la lucha contra el VIH / SIDA, la malaria y la tuberculosis es una prioridad para el continente. La carga de estas enfermedades y su impacto sobre las poblaciones es demasiado pesada, y puede impedir iniciativas de desarrollo. Para desarrollar vacunas y medicamentos, es fundamental hacer investigación en África.

## 2. Calidad en las Organizaciones no gubernamentales

Las organizaciones no gubernamental (ONG) son entidades privadas, sin ánimo de lucro, independientes de los gobiernos nacionales y también de los organismos internacionales. Pueden tener estatus jurídicos diferentes, como asociaciones, fundaciones, cooperativas... también son conocidas como organizaciones de "economía social", o "tercer sector". Las ONG se nutren de la acción voluntaria de sus miembros y la financiación de sus actividades proviene fundamentalmente de subvenciones o aportaciones de empresas, u otras entidades.

El ámbito de actuación de las ONG puede ser local, nacional o internacional. Los objetivos, marcados libremente por sus miembros, están relacionados con la ayuda humanitaria, la salud pública, la investigación, el desarrollo, los derechos humanos, la ecología, etc. Las ONG no sustituyen las acciones de los Estados sino que cubren aspectos de las necesidades sociales que los Estados no llegan a satisfacer, generalmente por falta de medios o por situaciones de falta de democracia, corrupción o abusos de las autoridades.

A finales del siglo XIX surgieron las primeras ONG, como la Cruz Roja, que se considera una de las más antiguas (Historia de la Cruz Roja, <http://www.cruzroja.es>. Fundada por Henry Dunant. El 24 de junio de 1859, en el norte de Italia, observa una batalla entre el ejército austríaco y el francés y el piamontés. 40.000 muertos y heridos tendidos en total confusión en el campo de batalla. Escribió el libro "Recuerdo de Solferino", donde concibe la idea de crear sociedades de socorro en tiempo de paz "...cuya finalidad será cuidar de los heridos

en tiempo de guerra por medio de voluntarios entusiastas y dedicados, perfectamente cualificados para el trabajo...” Esta idea fue recogida por un grupo de cuatro ciudadanos suizos pertenecientes a la Sociedad Ginebrina de Utilidad Pública, que junto a Dunant fue conocido más adelante como “Comité de los Cinco”: Moynier, Dufour, Appia y Maunoir. Este comité fue quien impulsó las ideas de Dunant y dio origen en 1863 al Comité Internacional de la Cruz Roja. Este Comité con el apoyo del Gobierno suizo logra organizar una conferencia diplomática el 8 de agosto de 1864, en Ginebra, en donde participan 24 representantes de 16 países europeos y observadores de los Estados Unidos obteniendo la firma por doce Estados del primer Convenio de Ginebra para proteger a los militares heridos en campaña donde se contempla: proteger a los militares heridos en campaña. La neutralización y protección del personal sanitario, así como de los hospitales militares.

El reconocimiento internacional de las ONG se produce con la creación de las Naciones Unidas, en 1945:

*“El Consejo Económico y Social podrá hacer arreglos adecuados para celebrar consultas con organizaciones no gubernamentales que se ocupen en asuntos de la competencia del Consejo. Podrán hacerse dichos arreglos con organizaciones internacionales y, si a ello hubiere lugar, con organizaciones nacionales, previa consulta con el respectivo Miembro de las Naciones Unidas.”*

Artículo 71 de la Carta de las Naciones Unidas (<http://www.un.org>).

Desde entonces el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ha reconocido 2350 ONG (datos de 2003). El número es mucho mayor si se tienen en cuenta las que sólo actúan a nivel local. La Sociedad Internacional del Tercer Sector (ISTR <http://www.istr.org/about/mission.htm>) fue fundada en 1992 para la promoción de la investigación y la educación en los ámbitos de la sociedad civil, la filantropía y el sector sin fines de lucro. ISTR es una organización dedicada a la creación, la discusión y el avance de los conocimientos relacionados con el Tercer Sector y su impacto en humanos y planetaria bienestar y el desarrollo internacional. La misión de la Sociedad es promover el desarrollo de investigación de alta calidad y la educación sobre el Tercer Sector en las cuestiones relacionadas con teorías y políticas, difusión y aplicación de conocimientos sobre el Tercer Sector en todo el mundo, con especial énfasis la posibilidad de ampliar el número de investigadores en países en desarrollo y Europa central y oriental.

En España, el Consejo Estatal de ONG de Acción Social es un órgano colegiado, de carácter consultivo, que pretende fomentar el diálogo y la participación de las organizaciones solidarias en la elaboración de políticas sociales dentro del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Real Decreto 235/2005, de 4 de marzo, por el que se regula el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social. <http://www.boe.es/boe/dias/2005-03-18/pdfs/A09546-09549.pdf>). Entre sus funciones están el conocimiento de las convocatorias de subvenciones que apruebe el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la evaluación y diagnóstico de las políticas sociales, el impulso de la cooperación entre los actores sociales y las instancias públicas de diverso ámbito, el conocimiento de proyectos normativos en la materia y el refuerzo de la colaboración entre las ONG y la Administración Pública.

El Consejo está formado por las siguientes Organizaciones (Tabla VII)

---

#### **TABLA VII**

#### **ONG que forman parte del Consejo Estatal de ONG de Acción Social**

##### *Generalistas o de actuación transversal:*

Cruz Roja. Cáritas Española. Plataforma de ONG de Acción Social. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. Red Española de Desarrollo Rural. Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales. Plataforma del Voluntariado de España.

##### *Organizaciones de atención específica a colectivos vulnerables:*

Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. Confederación Española de Familias de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias. Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas. Unión de Asociaciones Familiares. Plataforma de Organizaciones de Infancia. Federación de Entidades Cristianas de Tiempo Libre. Movimiento Scout Católico. Federación de Mujeres Progresistas. Federación de Mujeres y Familias del Ámbito Rural. Fundación Secretariado Gitano. Unión Romaní. Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodepen-

diente. Coordinadora Estatal VIH-SIDA. Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. Grupo Inter. Disciplinar- Grupo GID.

Las organizaciones que configuran la composición de la Comisión Permanente para el período 2006-2008 son las siguientes:

*Organizaciones Generalistas o de actuación transversal:*

Cruz Roja. Cáritas Española. Plataforma de ONG de Acción Social. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. Red Española de Desarrollo Rural. Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales. Plataforma del Voluntariado de España

*Organizaciones de atención específica a colectivos vulnerables:*

Federación de Mujeres Progresistas. Unión Romaní. Confederación Española de Organizaciones a favor de Personas con Discapacidad Intelectual. Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España. Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

---

La actividad del Consejo se organiza a través de una serie de Grupos. El plan de trabajo está confeccionado en torno a una serie de temas transversales que afectan a todas las ONG. En la actualidad, existen los siguientes 5 grupos: Voluntariado. Legislación y Financiación. Plan Estratégico, que cuenta a su vez con tres comisiones: de desarrollo operativo del Plan, de Calidad y de Comunicación. Inclusión Social y Empleo. Género e Igualdad.

El Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Calidad, surge como consecuencia del acuerdo adoptado en el marco del Consejo Estatal de ONG de Acción Social celebrado el 11 de febrero de 2002 (Borrador de Plan Estratégico para el fomento de la calidad en las ONG de acción social 2003-2005. Grupo de trabajo de Sistemas de calidad del Consejo Estatal de ONG de acción social. <http://www.q-ong.org>). Dicho acuerdo partió no sólo de la demanda surgida en los dos últimos años de mayor calidad, transparencia y eficiencia en los proyectos sociales, sino también del trabajo realizado por varias ONG, liderado por INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales), y que ha contando con el apoyo de MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). El mandato del Consejo Estatal de ONG de Acción Social consistía en la elaboración de

un Plan de Calidad para el fomento de la calidad en las ONG, o dicho en otros términos, para el acercamiento de la cultura de la calidad a las ONG. Ese ha sido, por tanto, el objetivo del grupo y su resultado el proyecto de Plan Estratégico para el Fomento de la Calidad de Organizaciones no Gubernamentales. En 2005 se constituyó la "Red ONG con calidad" y en abril de 2006 se constituyó el Instituto para la calidad de las ONG (ICONG <http://www.ongconcalidad.org>). El ICONG "aspira a convertirse en organismo certificador de las organizaciones sociales. Pretende, además, que la norma ONGConCalidad se consolide como norma específica para el sector de Acción Social y se equipare a una certificación en ISO o en EFQM. De esta forma, se contará con una marca propia del Tercer Sector y se logrará que las ONG caminen hacia la calidad sin perder sus valores y señas de identidad propias". Las ONG que participaron en la elaboración de la "Norma" fueron Feaps, Secretariado General Gitano, Cruz Roja, Vínculos, Pioneros, la Federación de Mujeres Progresistas e Intress, con el apoyo del Observatorio para la calidad de los Servicios Públicos.

Los objetivos que se perseguían eran estos:

- Orientar toda la actividad de las ONG a la satisfacción de sus clientes ofreciéndoles productos y servicios de calidad.
- Desarrollar el aprendizaje organizativo de las ONG, para que sean más eficientes, ellas mismas y sus propios procesos.
- Aumentar la seguridad, la salud laboral y el respeto al medio ambiente.
- Conseguir más legitimación social desde la transparencia de la gestión.
- Mejorar permanentemente la calidad de las ONG.

A continuación se incluye un resumen de los valores y requerimientos incluidos en la "NormaONGconCalidad" (Tabla VIII, en la página siguiente).

---

## TABLA VIII

### Valores y requisitos de la “NormaONGconCalidad”

#### VALORES

- a. Orientados hacia las personas.  
La dignidad humana. La defensa de los derechos. La solidaridad. La profesionalidad. La voluntariedad.
- b. Centrados en la Organización.  
La orientación al cliente. La participación y descentralización. La transparencia. La eficacia y la eficiencia. La mejora continua. La gestión de la globalidad de la misión de la organización.
- c. Orientados hacia la sociedad.

El compromiso democrático. Implicación social. Colaboración.

#### Requisitos del sistema de gestión.

1. Los requerimientos del sistema con relación a las necesidades del sistema de clientes y de los requisitos legales.
2. La responsabilidad de la dirección en la promoción y mantenimiento del sistema de calidad.
3. La planificación, tanto de los objetivos como de los procesos, los cambios, la prevención de riesgos y las contingencias.
4. Los procesos de organización y desarrollo de las actividades y servicios.
5. Los sistemas de medición, evaluación y documentación.
6. Los sistemas de mejora continua.
7. La comunicación interna y externa.

---

Un ámbito específico de actuación de las ONG es la cooperación para el desarrollo, que comprende el conjunto de actuaciones entre países de diferente nivel de renta para promover el progreso económico y social, de forma que la relación Norte/Sur resulte sostenible. La salud constituye un exponente de la desigualdad entre los países ricos y pobres (Mazarrasa y Corominas, 2004). El subdesarrollo es el resultado de la relación que los países subdesarrollados han experimentado con la expansión de los países capitalistas, y es necesario para que exista el desarrollo tal y como está concebido por las leyes del mercado en la sociedad tardointindustrial (Sanpedro JL, Berzosa C. 1996).

La Agencia Española de Cooperación Internacional, actualmente Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID <http://www.aecid.com/01aeci/intro.htm>) se creó en noviembre de 1988 como órgano de gestión de la política española de cooperación internacional para el desarrollo. Es una Entidad de Derecho Público adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a través de la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional (SECI). Su trabajo es el diseño, la ejecución y la gestión de los proyectos y programas de cooperación para el desarrollo, ya sea directamente, con sus propios recursos, o bien mediante la colaboración con otras entidades nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales. Para realizar esta labor la AECID tiene una estructura exterior formada por Oficinas Técnicas de Cooperación, Centros Culturales y Centros de Formación, situados en los países donde la agencia lleva a cabo sus principales proyectos de cooperación.

La preocupación de la sociedad por la calidad y la transparencia en la gestión de las ONG han conducido en los últimos años a diversas experiencias, tanto en el mundo como en España, que están contribuyendo a mejorar la imagen social de este sector, que se ha visto amenazada por diversas denuncias de malversación. (“Las ONG temen que los casos de corrupción alejen a futuros socios y colaboradores. Dos organizaciones vascas, Alboan y PTM-Mundubat, desvelan los controles de calidad”. M. Nieto. Diario El País. Bilbao - 15/04/2007).

El Pacto Mundial es una iniciativa internacional propuesta por Naciones Unidas cuyo objetivo es un compromiso voluntario de las empresas privadas y otras entidades en responsabilidad social, por medio de la implantación de Diez Principios basados en derechos humanos, laborales, medioambientales y de lucha contra la corrupción (Tabla IX <http://www.pactomundial.org>).

---

## TABLA IX

### Principios básicos del Global Compact de las Naciones Unidas

Los Diez Principios del Pacto Mundial están basados en Declaraciones y Convenciones Universales: dos sobre derechos humanos basados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos; cuatro laborales, inspirados en la Declaración de la OIT sobre Principios fundamentales; y Derechos Laborales, tres sobre medio ambiente tomando como referencia la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo. A mediados de 2004 se vio la necesidad

de reforzar los nueve principios ya existentes con un décimo principio de lucha contra la corrupción, basándose en la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción.

- Principio 1. Las empresas y los Derechos Humanos.
  - Principio 2. Vulneración de los Derechos Humanos.
  - Principio 3. Las empresas y la libertad de asociación.
  - Principio 4. Las empresas y el trabajo forzoso y coacción.
  - Principio 5. Erradicación del trabajo infantil.
  - Principio 6. La discriminación en el empleo.
  - Principio 7. Las empresas y el medio ambiente.
  - Principio 8. Iniciativas para el respeto medioambiental.
  - Principio 9. Difusión de tecnologías ecológicas.
  - Principio 10. Las empresas y la corrupción, la extorsión y el soborno.
- 

La iniciativa, que persigue la implantación de unos principios básicos de conducta y acción de las empresas, la presentó en 1999 el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, en la Cumbre Económica Mundial en Davos. En abril de 2002 se produce el lanzamiento del Pacto Mundial en España, coincidiendo con la visita a Madrid de Kofi Annan, adhiriéndose 135 entidades al movimiento de Global Compact que en español se conoce como “El Pacto Mundial de Naciones Unidas”. En 2006 finalizó el plazo para adherirse a ASEPAM como Socio Fundador, siendo 170 el número final de entidades que adquieren dicha consideración. En junio de 2008 se aprueba la nueva denominación de la Asociación, que viene a ser “Red Española del Pacto Mundial de Naciones Unidas”.

La Fundación Lealtad, creada en el año 2001, es una institución independiente y sin ánimo de lucro, cuya misión es:

*“Fomentar la confianza de particulares y empresas en asociaciones y fundaciones que cumplan fines de acción social, cooperación al desarrollo, ayuda humanitaria y/o medio ambiente. Con ello, se pretende lograr un incremento de las donaciones y del voluntariado de particulares y empresas”*

(<http://www.fundacionlealtad.org/web/jsp/frames.jsp?1|2|jsp/fundacion/origen.jsp>)

La Fundación parte de la hipótesis de que existe cierta desconfianza hacia el Tercer Sector debido al desconocimiento de la realidad de las ONG, del desti-

no de sus fondos y del impacto de las acciones que llevan a cabo. Elabora un análisis basándose en 9 Principios de Transparencia y Buenas Prácticas (Tabla IV), que queda reflejado en un informe en el que se recoge de forma detallada el cumplimiento por parte de la organización de cada uno de los Principios, así como una visión general de la organización y otros datos de interés para que los potenciales colaboradores puedan decidir fácilmente con qué ONG colaborar. Cada uno de los informes se encuentra disponible al público en la sección “todos nuestros informes” de la página web de la Fundación. Además, los resultados de los análisis realizados son publicados anualmente en la Guía de la Transparencia y las Buenas Prácticas de las ONG que se difunde gratuitamente entre particulares y empresas (Tabla XI).

---

## TABLA X

### Principios de transparencia y buenas prácticas de la Fundación Lealtad

1. Principio de funcionamiento y regulación del órgano de gobierno
  2. Principio de claridad y publicidad del fin social
  3. Principio de planificación y seguimiento de la actividad
  4. Principio de continuidad e imagen fiel de la información
  5. Principio de pluralidad y transparencia en la financiación
  6. Principio de control en la utilización de fondos
  7. Principio de presentación de las cuentas anuales y cumplimiento de las obligaciones fiscales
  8. Principio de obligatoriedad de elaboración y liquidación del presupuesto anual
  9. Principio de promoción del voluntariado.
- 

---

## TABLA XI

### Resumen de la Guía de Transparencia y Buenas Prácticas de la Fundación Lealtad

En la Guía 2008 han participado 122 ONG, 74 de acción social, 43 de cooperación al desarrollo y 5 de medio ambiente, con una cifra de gasto agregado de 822 millones de euros, lo que supone un incremento del 17% con respecto al volumen de gasto de las ONG de la Guía 2007.

## CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS 2008

Principio 1. Funcionamiento y regulación del órgano de gobierno	68,9%
Principio 2. Claridad y publicidad del fin social	99,2%
Principio 3. Planificación y seguimiento de la actividad	88,5%
Principio 4. Comunicación e imagen fiel en la información	95,9%
Principio 5. Transparencia en la financiación	100%
Principio 6. Pluralidad en la financiación	68,9%
Principio 7. Control en la utilización de fondos	91,0%
Principio 8. Presentación de las cuentas anuales y cumplimiento de obligaciones legales	91,0%
Principio 9. Promoción del voluntariado	95,1%
Media cumplimiento Principios	88,7%

---

En septiembre del año 2000, representantes de 189 países se reunieron en la Cumbre del Milenio, convocada por la Organización de las Naciones Unidas, y adoptaron la declaración que dio base a la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

*“Poder alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio dependerá principalmente de dos circunstancias: la disponibilidad de recursos económicos suficientes y la mejora de los sistemas nacionales de salud. Si bien la primera estrategia depende en parte del compromiso de los gobiernos de los países de bajos recursos, estos no podrán alcanzar esos objetivos a menos que los países industrializados establezcan compromisos a largo plazo para facilitarles nuevos recursos y acuerdos comerciales justos. Sin embargo, hasta el momento no se ha logrado cancelar la deuda externa, no se ha avanzado hacia la meta propuesta por las Naciones Unidas de destinar 0,7% del producto nacional bruto de los países de mayor desarrollo al impulso de las economías de los países más pobres, y siguen vigentes los actuales reglamentos comerciales, que pueden empeorarse aun más con los llamados “tratados de libre comercio” que favorecen solamente a los países industrializados. La segunda estrategia, que consiste en mejorar los sistemas nacionales de salud, dependerá a su vez de cambios en la gestión del sector público, de que haya más investigación en el sector de la salud, así como del establecimiento de políticas e intervenciones que vayan más allá de dicho sector “*

Peralta, A.Q., Breilh, J. , Hurtig, A.K., San Sebastián M. (2005).

Estas estrategias, junto con las líneas específicas de acción, se recogen en la Declaración para la Salud de los Pueblos (Health for all now. People's Health Movement). La adopción de esta Declaración en los ámbitos nacional e internacional contribuirá, sin dudas, a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a allanar el camino hacia una salud para todos, tanto en América Latina y el Caribe como en el resto del mundo (Tabla XII).

---

## TABLA XII

### Resumen de la Declaración para la Salud de los Pueblos

La salud es un asunto social, económico, y político, y sobretodo es un derecho humano fundamental.

La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están a la raíz de la mala salud y de los muertes de l@s pobres y marginad@s. La salud para tod@s significa que los intereses poderosos tienen que ser cuestionados/disputados, que la globalización tiene que ser opuesta, y que las prioridades políticas y económicas tienen que ser cambiados drásticamente. Esta declaración se construye sobre perspectivas de gente cuyas voces raras veces o casi nunca han sido escuchadas antes. Estimula a la gente a desarrollar soluciones propias y a apoyar autoridades locales, gobiernos nacionales, organizaciones y corporaciones internacionales confiables.

### VISION

La equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz son los ejes centrales de nuestra visión de un mundo mejor – un mundo en el cual una vida saludable para tod@s sea una realidad; un mundo que respete, aprecie y celebre toda vida y diversidad; un mundo que permita el florecimiento de los talentos y habilidades para enriquecer uno/a a otro/a; un mundo en lo cual las voces de los pueblos guíen las decisiones que afectan nuestras vidas. Hay más que suficientes recursos para lograr esta visión.

### PRINCIPIOS DE LA DECLARACION DE SALUD DE LOS PUEBLOS

- El logro del más alto nivel de salud y bienestar es un derecho humano fundamental, sin importar el color de la persona, su etnia, religión, género, edad, habilidades, orientación sexual, o clase.

- Los principios de una Atención Primaria en Salud (APS) universal e incluyente -concebidos en la Declaración de Alma Ata de 1978 - deberían ser la base para formular las políticas relacionadas con la salud. Ahora más que nunca se requiere de un enfoque equitativo, participativo e intersectorial.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de garantizar el acceso universal a una atención en salud de buena calidad, educación y otros servicios sociales de acuerdo a las necesidades de la población, no a su capacidad de pago.
- La participación de la población y de las organizaciones populares es esencial para la formulación, implementación y evaluación de todas las políticas y programas sociales y de salud.
- La salud es determinada primordialmente por el ambiente político, económico, social y físico y debe ser de alta prioridad al elaborarse las políticas locales, nacionales e internacionales, junto con los temas de equidad y desarrollo sostenible.

## LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

La salud es un reflejo del compromiso de una sociedad para tener equidad y justicia. La salud y los derechos humanos deberían prevalecer sobre los asuntos económicos y políticos. Esta Declaración llama a los pueblos del mundo a:

- Apoyar todos los intentos por implementar el derecho a la salud.
- Exigir que los gobiernos y organizaciones internacionales reformulen, implementen cumplan con las políticas y prácticas que respetan al derecho a la salud.
- Construir movimientos populares de amplia base para presionar a los gobiernos a incorporar la salud y los derechos humanos en sus constituciones nacionales y su legislación.
- Luchar contra la explotación de las necesidades de salud de los pueblos.

---

*Secretaría PHA [www.pha2000.org](http://www.pha2000.org) 22 de Enero del año 2001. 8 de diciembre, 2000, Savar, Bangladesh*

## Bibliografía

AHRQ (2001). *“Quality Research for Quality Health Care. A Report from AHRQ on Recent Activities and Future Directions”*. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2001. AHRQ Publication No. 01-0018. <http://www.ahrq.gov>.

Allin, S. Mossialos, E. McKee, M. Holland, W. (2004). *“Making decisions on public health: a review of eight countries”*. European Observatory on Health Systems and Policies. Rue de l'Autonomie 4 1070 Brussels. Belgium. [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk). ISBN 92 890 1066 5

Almeida C, Bazzani R, Pittman P, organizadores (2001). *“Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas”*. Washington C: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

Busquin, Ph. (2003). *“Europa y África juntos en la lucha contra las enfermedades de la pobreza”*. Philippe Busquin. Comisario Europeo de Investigación. Reunión anual del Comité Regional para África de la Organización Mundial de la Salud. Johannesburgo, 1 de Septiembre de 2003. SPEECH/03/378 Date: 01/09/2003

CQHCA (2001) CROSSING THE QUALITY CHASM *“A New Health System for the 21st Century Committee on Quality of Health Care in America”* INSTITUTE OF MEDICINE. NATIONAL ACADEMY PRESS. Washington, D.C.

CSP (2006). *“Building bridges between research and policy to extend social protection in health in Latin America and the Caribbean: a strategy for cooperation”* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 Sup:S109-S112, 2006

EDCTP (2007). *“Independent External Review Report. European and Developing Countries. Clinical Trials Partnership”* (EDCTP Programme). Review conducted by the IER / EDCTP Panel. [http://ec.europa.eu/research/health/poverty-diseases/doc/final\\_ier\\_report\\_12july2007\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/health/poverty-diseases/doc/final_ier_report_12july2007_en.pdf)

IDRC (2001). *“International Development Research Centre. Health sector reform in the Americas: improving the research to policy interface”*.

[http://archive.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/foro\\_documents.html](http://archive.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/foro_documents.html)

IDRC (2003). Knowledge translation in health and development: *“Research to policy strategies”*. International Development Research Centre/Coalition for Global Health Research/Institute of Population Health, University of Ottawa; 2003.

Infante A, Mata I, López-Acuña D. *“Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias”*. Rev Panam Salud Pública 2000; 8:13-20.

ISEH (2006). *“Equity and in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: approaches and limitations”*. Toronto: International Society for Equity in Health; 2006.

JCAHO. *“What is the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”* (<http://www.jcaho.org>)

MSC, 2006. *“Informe del Sistema Nacional de Salud. 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cap. 3: La calidad asistencial en la Unión Europea”*.

Mazarrasa, L. Montero Corominas, M.J. (2004) *“La cooperación internacional española en el ámbito de la salud”*. Gac Sanit 2004;18(Supl 1):214-20

Nair C, Karim R, Nyers C. *“Health care and health status. A Canada--United States statistical comparison.”* Health Rep. 1992;4(2):175-83. PMID 1421020.

OMS (2006). *“The African Regional Health Report: The Health of the People”*. <http://www.who.int/bulletin/africanhealth/en/index.html>

OPS (2004). *“Declaración de Nuevo León. Cumbre Extraordinaria de las Américas”*. Monterrey, México, 2004. [http://www.oas.org/juridico/spanish/cumbre\\_decl\\_nuevo\\_le%C3%B3n.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/cumbre_decl_nuevo_le%C3%B3n.pdf)

OPS (2007) *“Informe Quinquenal 2003-2007 de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana”*. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. O.P.S. - O.M.S. Washington, oct. 2007.

PAHO (2006) *“Extension of social protection in health: joint initiative of the Pan American Health Organization and the International Labour Organization”*. <http://www.paho.org/English/gov/csp/csp26-12-e.pdf>

Peralta, A.Q. Jaime Breilh, J. Hurtig, A. San Sebastián M. *"El Movimiento de Salud de los Pueblos: salud para todos ya. A"*. Revista Panamericana de salud Pública/Pan American Journal of Public Health Volume 18 (1) | July 30, 2005 | page(s) 45-49

Peralta, A.Q., Breilh, J. , Hurtig, A.K., San Sebastián M. (2005) *"El Movimiento de Salud de los Pueblos: salud para todos ya"*. Revista Panamericana de salud Pública/ Pan American Journal of Public HealthA peer-reviewed journal published by the Pan American Health Organization. 2005; 18 (1): 45-49.

Sanpedro JL, Berzosa C. (1996) *"Conciencia del subdesarrollo veinticinco años después"*. Madrid: Santillana-Taurus S.A..

Shaw Ch. D. y Kalo I.. (2004). *"Un fondo nacional para las políticas de calidad en los sistemas de salud"*. International Journal for Quality in Health Care 2004; Tomo 16, Número 1: pp. 91-92

UNESCO (2004) *"Congrès international sur le dialogue des civilisations, des religions et des cultures en Afrique de 'Ouest"*, tenu à Abuja (Nigeria) du 15 au 17 décembre 2003.

UNESCO *"Division des Politiques Culturelles et Dialogue Interculturel. Programme de Dialogue Interreligieux"*. [http://portal.unesco.org/culture/es/files/23138/10960297143D%E9claration\\_Abuja\\_fran%E7ais.pdf/D%E9claration%2BAbuja%2Bfran%E7ais.pdf](http://portal.unesco.org/culture/es/files/23138/10960297143D%E9claration_Abuja_fran%E7ais.pdf/D%E9claration%2BAbuja%2Bfran%E7ais.pdf)

WHO (2007) *"Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Indicator descriptions."* EUR/07/5064212. © World Health Organization 2007.



## TEMA 6.5

### El futuro de la Calidad Asistencial

Rodrigo Gutiérrez Fernández.  
Rafael Peñalver Castellano.

*“¿Qué es el futuro, al fin y al cabo, más que una estructura de expectativas y esperanzas? Reside en la mente. Carece de realidad.”*

J.M.Coetzee, “Elizabeth Costello

*“El arte del progreso consiste en preservar el orden en medio del cambio y preservar el cambio en medio del orden. La vida se niega a ser embalsamada viva. Cuanto más prolongada es la parada de un sistema en el orden perfecto, mayor el derrumbe de esa sociedad muerta.”*

Alfred North Whitehead

*Todo conocimiento es una liberación de numerosas servidumbres. Toda ignorancia es una limitación.*

Jean Dausset

*“No leáis para contradecir o impugnar, ni para creer o dar por sentado, ni para hallar tema de conversación o de disertación, sino para sopesar y reflexionar”.*

Sir Francis Bacon

## 1. Introducción

Los sistemas sanitarios del s. XXI van a requerir innovación y profundos cambios en las formas de financiación, gestión y provisión de los servicios. La calidad y la seguridad seguirán siendo, en este sentido, áreas críticas para su sostenibilidad. Indudablemente, todo ello exigirá acciones audaces, estratégicas e innovadoras por parte de los responsables políticos, y buena voluntad para acompañar estos cambios por parte de todos los agentes implicados en la prestación de servicios sanitarios: directivos, gestores, clínicos, profesionales... y ciudadanos, usuarios y pacientes, comprometidos e informados, capaces de tomar decisiones y corresponsabilizarse en una asistencia de calidad.

Desde hace varias décadas la calidad asistencial se ha convertido en uno de los elementos estratégicos para la transformación y mejora de los modernos sistemas sanitarios, formando parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de cualquier institución sanitaria. De esta manera, gestión y calidad constituyen, de hecho, un binomio inseparable para conseguir organizaciones sanitarias más eficientes, seguras y coste-efectivas.

La calidad asistencial es definida en cada momento por la comunidad científica, por los profesionales, por los pacientes y la sociedad en general, y por las propias administraciones y organizaciones sanitarias, en función de prioridades establecidas conforme a determinados valores, necesariamente cambiantes y en permanente evolución.

En el momento actual estas prioridades se encontrarían contenidas en los siguientes objetivos generales:

- Prestar una asistencia sanitaria acorde con el estado de los conocimientos científicos.
- Proporcionar cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes.
- Asegurar la continuidad de los cuidados.
- Proporcionar cuidados que satisfagan las expectativas y demandas de los pacientes.

Una de las innovaciones más significativas de la asistencia sanitaria del siglo XX ha sido sin duda el reconocimiento de que la calidad de la atención médica es un concepto que puede ser medido y estudiado científicamente. A partir de esta nueva concepción se adoptaron y pusieron en práctica numerosas iniciativas para diseñar sistemas para medir y mejorar los procesos de cuidado, basándose más en las necesidades de los consumidores y usuarios de estos servicios, que en los posibles beneficios o intereses de los proveedores. La sociedad ha venido exigiendo tales esfuerzos, y aunque la propia definición de calidad asistencial permanezca más o menos nebulosa, las características de una asistencia médica de calidad se han enfocado y comprendido mejor a partir del trabajo desarrollado en todo el mundo por distintas organizaciones, tanto públicas como privadas. A título de ejemplo, y sólo en los Estados Unidos, pueden citarse la *Joint Commission* (antes *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations*), la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), el *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), y otras. A través de este tipo de instituciones, la sociedad ha ido incrementando la presión sobre los proveedores de asistencia sanitaria para añadir valor en los servicios que prestan y demostrar científicamente sus avances y la mejora continua.

En 2001 el Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM) publicó el informe *Crossing the Quality Chasm*, en el que define y articula su perspectiva sobre la calidad asistencial sobre la base de los seis objetivos que debería perseguir y alcanzar cualquier sistema de provisión de servicios sanitarios: Todo sistema de salud debe prestar una atención *segura, efectiva, centrada en el paciente, eficiente, oportuna (timely) y equitativa*.

Apenas dos años después del conocido informe *To Err is Human*, este trabajo del IOM volvía a poner de manifiesto los serios problemas que afectaban al sistema de asistencia médica estadounidense. El nuevo informe, -que sigue siendo un documento de referencia-, realiza una serie de recomendaciones concretas para su mejora, que contemplan la medición de la efectividad de la atención sanitaria, y la aplicación de técnicas de mejora continua perfeccionadas en otras áreas de la economía, como las líneas aéreas. Estas recomendaciones obligaron a responder al sistema de asistencia médica de los Estados Unidos, con el fin de adoptar estas medidas cuanto antes y evitar unas tasas de error sólo comparables con el funcionamiento de las peores industrias. Desde entonces se han puesto en marcha numerosas iniciativas, incluyendo algunos consorcios sanitarios que han establecido normas y estándares para las organizaciones de

asistencia médica, con el fin de reducir errores y mejorar la calidad de los cuidados.

El resultado final de este movimiento es la emergencia de una mayor y más amplia responsabilidad del sistema, como consecuencia lógica derivada de este nuevo enfoque, ya que los proveedores son recompensados en función de objetivos y resultados de calidad (a través de mecanismos de *pay for performance*), y las intervenciones se diseñan para mejorar los sistemas de cuidado. El diseño de métodos de mejora de la calidad en los sistemas de asistencia médica será la única opción viable para alcanzar este nuevo nivel de valor. El resultado final será indudablemente una asistencia médica más rentable, segura, coste-efectiva y de alta calidad.

## 2. Complejidad y gestión de las organizaciones sanitarias

Como han destacado numerosos autores, las modernas organizaciones sanitarias responden a esquemas propios de los denominados *sistemas complejos adaptativos*, cuyos patrones de comportamiento y la estructura de sus unidades y servicios suelen ser difícilmente inteligibles desde un punto de vista estrictamente racionalista y cartesiano. Su arquitectura organizativa hace que, con frecuencia, su desarrollo y evolución sean poco predecibles, y la respuesta a las propias intervenciones de gobierno sanitario de los gestores y administradores puede resultar paradójica e incluso contradictoria.

La aplicación del enfoque de las teorías del caos y la complejidad, en el análisis de los sistemas sanitarios, está permitiendo nuevos avances en la conceptualización y rediseño de los mismos. De hecho, las concepciones fuertemente racionalistas dominantes en el sector sanitario y en el entorno público han ido perdiendo capacidad explicativa, y suponen una rémora para ensayar nuevas perspectivas de gestión. Estos nuevos marcos teóricos de la complejidad y el caos buscan ensayar nuevas líneas de actuación sobre una realidad en permanente cambio donde predominan las interacciones y la evolución constante.

En la era presente de la información, el conocimiento, la innovación, la creatividad, la conectividad, la orientación del trabajo mediante procesos horizontales, la cooperación de áreas temáticas y la cultura de equipo, constituyen la base de las competencias distintivas de las organizaciones modernas. En esta línea, las instituciones sanitarias se encuentran también en un contexto de

cambio y transición desde unos esquemas previos de funcionamiento burocrático hacia modelos organizativos más flexibles, descentralizados, interactivos y comprometidos con la mejora continua de los resultados, para adaptarse a las realidades sociales y expectativas cambiantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud.

**Tabla 1. Teoría de las organizaciones. Pensamiento tradicional vs. Pensamiento complejo**

Pensamiento organizacional tradicional	Pensamiento organizacional complejo
Decisiones tomadas a través de procesos lógicos, analíticos, con énfasis en el control de los gerentes y una estrategia definida. Los expertos generan nuevas ideas.	Decisiones tomadas a través de procesos experimentales y de exploración. Las nuevas ideas surgen de cualquiera.
Centrado en expertos y líderes carismáticos.	Centrado en el grupo. Los gerentes crean condiciones favorables para el aprendizaje.
Importancia del futuro, establecimiento de metas y planes estratégicos. El enfoque es la replica de procesos que han funcionado bien en otro sitio.	El énfasis está en el aquí y ahora. Las estructuras locales, procesos y modelos son importantes.
La organización es entendida por el análisis de sus componentes.	Perspectiva holística. La organización es diferente de la suma de sus partes.
Énfasis en la medida y en la cuantificación del sistema.	Los aspectos cualitativos de la medición son importantes.
Intento de racionalizar la toma de decisiones, incluso cuando los problemas son complicados, reduciendo así la ambigüedad e incertidumbre.	Reconocimiento del potencial creativo de ambigüedad y la importancia de la resolución a través del diálogo.

Pensamiento organizacional tradicional	Pensamiento organizacional complejo
Equipos permanentes y parte de una estructura jerárquica. Los gerentes deciden quién participa y los límites.	Equipos informales, espontáneos y temporales. Los participantes deciden quién participa y los límites. Centrados en redes de autoorganización.
Organización basada en una cultura compartida y sólida.	Organización generada y limitada por la cultura.

*Fuente: Elaboración propia*

De acuerdo con esa nueva perspectiva, las organizaciones humanas, constituidas por individuos inteligentes, con intereses propios y con una visión imperfecta del conjunto, configuran modelos complejos que tienden claramente a la **autoorganización**. Incluso cuando se precisa de una gran disciplina para la ejecución muy jerarquizada de tareas, se necesita un espacio de organización, decisión e iniciativa autónoma.

Las organizaciones profesionales, como la sanidad, cuyo activo fundamental es el conocimiento experto y que están sometidas a cambios tecnológicos rápidos, son posiblemente el paradigma de la organización que tiende a la autoorganización.

La autoorganización se expresa en todas las instituciones y grupos humanos a través de estructuras formales e informales, y de redes de relación más o menos visibles o cambiantes. Entender esta realidad, y saber ponerla al servicio del buen funcionamiento de los sistemas, es actualmente una de las garantías más importantes del éxito en los proyectos de gestión.

Históricamente existe una clara relación entre los modelos mentales y la traslación de dichos modelos al diseño, estructura y dirección de las organizaciones y empresas. La industrialización nació cuando regía el paradigma clásico newtoniano, que influyó en el concepto inicial de empresa (Fayol y Taylor) y cuyas características eran:

- Empresa como entidad estable, que funciona de manera lineal y predecible.

- Empresa como una máquina, en la que los empleados eran los elementos que podían ser dirigidos, controlados o reemplazados.
- Era importante el papel de la predicción y el control.
- El papel del gestor era observar, establecer y comprender la estructura causal de la organización para establecer un control de la misma.

A lo largo del tiempo las fórmulas y modelos de gestión empleados han ido cambiando y adaptándose a las ideas y conceptos imperantes en cada momento.

Los modelos de gestión vigentes en la era industrial o material buscaban gestionar la **estabilidad**. La organización es cerrada, con una dinámica estable. Los cambios a los que se enfrenta la empresa son predecibles y, por tanto, la gestión es reactiva: la adaptación al cambio opera *a priori*, desde el pasado, para adaptarse a un futuro cierto. La gestión se caracteriza por tener aversión al riesgo y ser fuertemente centralizada y jerarquizada, con límites restrictivos entre los diferentes niveles organizativos. Los valores organizacionales son descendentes y el control es externo.

Si avanzamos en el tiempo nos encontramos en la era de la **incertidumbre predecible**. Las relaciones se siguen suponiendo lineales y, por tanto, determinables, aunque ahora en términos aleatorios en lugar de deterministas. Por tanto, sigue siendo importante determinar estas relaciones causales para establecer un control de las mismas, para lo cual es necesario aumentar el nivel de información. Por eso son importantes las redes horizontales, que a su vez priman la importancia del grupo para alcanzar el éxito. Los valores emergen de abajo a arriba, y el autocontrol sustituye al control externo. La gestión es anticipativa, en el sentido de que opera desde el presente anticipando el futuro. En esta etapa surgen como conceptos fundamentales la información y el aprendizaje, además de los usuales de estabilidad, equilibrio y orden.

En la era de la **incertidumbre impredecible** las relaciones entre causas y efectos no son lineales, por lo que aumentar el nivel de información no conduce necesariamente a su determinación. Estas relaciones no lineales conducen a la aparición de propiedades emergentes. Pierden importancia los conceptos de estabilidad, equilibrio, orden y jerarquía frente a los de *inestabilidad, desequilibrio, desorden, conflicto y diálogo* como fuente de estrategias creativas, favore-

ciendo la autoorganización espontánea. La gestión debe ser creativa e innovadora, y el futuro pasa de 'ser anticipado' a 'ser creado'. Los valores son tanto ascendentes como descendentes, el control alterna la gestión ordinaria para la supervisión de la actividad cotidiana con la gestión estratégica a través del aprendizaje complejo.

### **2.1. La dinámica de las organizaciones como sistemas complejos**

Las grandes organizaciones actuales se conceptualizan como sistemas dinámicos, complejos y no lineales, caracterizados por la existencia de un gran número de elementos que interactúan de manera compleja entre sí y con el entorno, que evolucionan a lo largo del tiempo generalmente alejadas del equilibrio, que son dependientes de su pasado, en las que nacen propiedades emergentes y cuya evolución futura es difícilmente predecible, aunque simultáneamente muestren la existencia de patrones ordenados (los denominados sistemas *caórdicos*). Sus propiedades fundamentales son la *inestabilidad limitada* y la existencia de propiedades emergentes (*autoorganización*).

La autoorganización se expresa en todas las instituciones y grupos a través de estructuras formales e informales, y de redes de relación más o menos visibles o cambiantes. Saber entender esta realidad, y ponerla al servicio del buen gobierno y del funcionamiento de los sistemas, debe ser actualmente una de las garantías más importantes del éxito en los proyectos de gestión. En esta línea, la Tabla 2 recoge algunas de las capacidades prácticas necesarias para gestionar adecuadamente estos sistemas.

**Tabla 2. Capacidades para la Gestión Compleja**

#### **VISIÓN COMPLEJA**

La realidad es subjetiva, y la experiencia individual depende de los propios esquemas mentales: las creencias influyen en la percepción de la realidad y viceversa. La capacidad de visión compleja permite ser más consciente de las intenciones propias como paso previo a su modificación para, a su vez, cambiar la percepción del mundo (aprendizaje).

#### **PENSAMIENTO COMPLEJO**

Si las relaciones son no lineales, es preciso que el proceso de toma de decisiones no sea lineal, sino complejo o no lineal. El pensamiento complejo permite pensar de modo creativo, estar en desacuerdo, y asociar conceptos aparentemente opuestos.

<p><b>CONOCIMIENTO COMPLEJO</b> Existe la posibilidad de acceder a una información subyacente en la realidad a través de procesos basados en la intuición y en la autoconfianza.</p>
<p><b>SENTIMIENTO COMPLEJO</b> Los seres humanos están compuestos de energía, que aumenta con las emociones positivas y viceversa. Es importante por tanto mantener un comportamiento vitalista.</p>
<p><b>ACTUACIÓN COMPLEJA</b> Se basa en el reconocimiento de la globalidad: todo el universo está conectado, forma parte de un todo en el que cada parte influye y está influida por el resto. La actuación compleja es la capacidad de actuar de acuerdo con el beneficio de la globalidad, y no sólo de la individualidad, tomando decisiones responsables o éticas aumentando la posibilidad de que otros actúen de la misma manera.</p>
<p><b>CONFIANZA COMPLEJA</b> Está probada la existencia de caos en los procesos naturales, y los sistemas caóticos se caracterizan por su autoorganización. Es importante mantener la confianza en los procesos naturales, y en la presencia del caos y la complejidad, para aprovechar la potencia creativa del caos aumentando la flexibilidad de los comportamientos.</p>
<p><b>SER COMPLEJO</b> Está relacionada con la importancia de las interrelaciones en el universo. El ser complejo es la capacidad de estar abierto a un aprendizaje continuo basado en estas interrelaciones, que son oportunidades de aprender. Se debe aumentar la comunicación y comprensión tanto horizontal como verticalmente en la organización.</p>

*Fuente: Shelton y Darling, 2003*

Las relaciones entre estas diferentes capacidades complejas, y los cambios actuales que se buscan u observan en las grandes organizaciones hoy en día se recogen en la Tabla 3:

**Tabla 3. Relación entre las capacidades complejas y los cambios organizacionales**

Cambio	Capacidad Compleja	Definición	Comportamiento
Calidad	Visión compleja	Capacidad de ver intencionalmente	Enfocado
Innovación	Pensamiento complejo	Capacidad de pensar paradójicamente	Creativo

Cambio	Capacidad Compleja	Definición	Comportamiento
Motivación	Sentimiento complejo	Capacidad de comportarse vitalmente	Vitalista
Auto potenciación	Conocimiento complejo	Capacidad de conocer intuitivamente	Seguridad
Responsabilidad social	Actuación compleja	Capacidad de actuar responsablemente	Responsabilidad ética
Cambio/Caos	Confianza compleja	Capacidad de confiar en los procesos naturales	Flexibilidad
Trabajo en equipo	Ser complejo	Capacidad de estar relacionado	Comprensión

Fuente: Shelton y Darling, 2003

La reconceptualización compleja del universo provoca una nueva forma de contemplar, pensar, conocer y ser en el mundo y, por tanto, en las organizaciones. La evolución del pensamiento científico y de la misma gestión empresarial lleva a pensar en términos no lineales y complejos, para abrir la mente hacia otros conceptos y progresar en la comprensión de lo complejo, aceptando la ambigüedad, la contradicción, la falta de precisión y la ausencia de predecibilidad.

A nivel de las organizaciones sanitarias, es necesario trabajar en una dinámica de inestabilidad limitada, manteniendo altos niveles de flexibilidad y aprendizaje que permitan, en lugar de anticipar el futuro, *crearlo* a partir de las propiedades emergentes de la organización.

## 2.2. Características de la gestión compleja

Algunas de las características más importantes de esta nueva forma de gestión compleja son consecuencia directa de la modificación de las hipótesis básicas que hasta ahora han gobernado las ideas del *management* y la gestión:

1. El éxito requiere de una creatividad continua, y la organización debe fomentarla mediante una *destrucción* creativa, generando incertidumbre de manera deliberada para favorecer la creatividad y la innovación.

2. Es necesario favorecer el aprendizaje complejo y la autoorganización, para lo cual se deben plantear nuevas situaciones y problemas de manera activa y cambiante, además de favorecer el diálogo, las relaciones, el cuestionamiento de las posturas y la modificación de las mentalidades.

3. Antes de poner en práctica las propuestas es importante que estén legitimadas y cuenten con los apoyos necesarios, obtenidos mediante procedimientos informales y espontáneos.

4. Es preciso combinar la gestión ordinaria de la actividad diaria, aplicando los controles para las tareas repetitivas y predecibles, con la gestión compleja no ordinaria. En la gestión compleja el control se entiende de manera general, sobre las condiciones restrictivas de la incertidumbre necesaria para la emergencia. Por eso no es beneficiosa una planificación excesiva.

5. No hay diferencias acusadas entre gestión y control. Es importante ceder autoridad a los empleados para favorecer la creatividad para afrontar los problemas y el aprendizaje. Las estructuras organizacionales deben ser flexibles para aumentar la polivalencia de los profesionales y los grupos autogestionados. También debe favorecerse la coexistencia de elementos diversos que generen diálogo y aprendizaje.

6. Dado que la predicción a largo plazo es imposible en términos cuantitativos, gana importancia la existencia de un pensamiento estratégico continuado basado en modelos cualitativos generales acerca de la estructura y posición que mantiene la organización.

7. Actualmente la sociedad demanda por parte de las empresas la existencia de ciertos valores éticos, por lo que los directivos deben favorecer la vocación de servicio al cliente, los valores democráticos y ecológicos, así como la búsqueda continua de la calidad y la excelencia.

### 3. ¿Cómo mejorar la calidad asistencial?

El conocimiento de las experiencias existentes y la generación de ideas innovadoras son, en cualquier ámbito, las dos vías existentes para identificar cambios y tendencias, anticipando las transformaciones necesarias. Por lo que se refiere a la calidad asistencial, en los últimos años las ideas innovadoras han surgido

en espacios de debate y convivencia basados en un modelo de conocimiento experto multidisciplinar y transversal, que integra conocimiento médico y tecnológico, proveedores de asistencia sanitaria, industria y clientes, (usuarios, pacientes y ciudadanos).

En esta línea, una reciente publicación del PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (*The quality conundrum: Practical approaches for enhancing patient care*), apunta cómo han comenzado claramente a emerger algunas tendencias en este ámbito:

- Transparencia y rendición de cuentas (*public accountability*).
- Información sobre normas y estándares establecidos.
- Adopción de mediciones basadas en evidencias.
- Incrementar la colaboración entre grupos de interés.
- Mejora de la comunicación con usuarios y pacientes.
- Establecimiento de incentivos adecuados.
- Potenciar la conectividad y el uso de tecnologías de la información (TIC).

A partir de una serie de entrevistas realizadas a más de 50 directivos de instituciones sanitarias, este mismo informe señala que, aunque la calidad asistencial continúa siendo un objetivo prioritario, está lejos aún de ser una realidad plena. Al mismo tiempo, aparecen destacados una serie de medidas y pasos previos que los directivos y responsables sanitarios deben adoptar para conseguir avances en la calidad:

- Fijar objetivos de calidad anuales y establecer prioridades.
- Implicar a los miembros de los equipos directivos en temas clínicos y de calidad.
- Realinear las organizaciones y estructuras para mejorar la calidad.

- Incorporar TIC en la clínica.
- Desarrollar nuevos conocimientos y habilidades de los profesionales.
- Implicar al personal clínico.
- Incrementar la participación de los usuarios y pacientes en los temas de calidad.
- Establecer incentivos para recompensar la calidad.

Es importante señalar que las organizaciones influyen en la calidad de los servicios que prestan sobre la base de su propia configuración estructural. En este sentido, en la prestación de cuidados de salud y servicios sanitarios, desde hace varios años se vienen ensayando también distintas fórmulas que buscan promover la cooperación y mejorar las estructuras organizativas, para reducir la complejidad de las interacciones entre los diversos agentes que intervienen en el proceso asistencial. Es probable que en un futuro próximo asistamos al desarrollo de auténticas *adhocracias*, es decir, organizaciones inteligentes y racionalmente adaptadas que eviten los procesos de excesiva burocratización. Mintzberg incorporó este concepto en su tipología de las configuraciones organizacionales. Para él las organizaciones adhocráticas coordinan tareas a través de la adaptación mutua de sus integrantes y están dominadas por la presión hacia la colaboración. Son organizaciones flexibles, que cambian su forma interna con frecuencia, al estar orientadas hacia la innovación y el cambio.

La adhocracia se impone pues, en las organizaciones dispuestas al cambio y a la innovación. Son organizaciones descentralizadas, cuya agrupación entre miembros se da a partir de la participación. De ese modo, la adaptación entre las funciones y el conocimiento experto de todos permite un mejor desarrollo de la especialización de los individuos, que trabajan en equipo potenciando su implicación. En un entorno cada vez más complejo e interdependiente, las respuestas tenderán a la simplicidad de las estructuras organizativas y la movilidad de los recursos humanos.

Desde hace al menos unos veinte años, en la mayoría de las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios, las tendencias en calidad asistencial se han venido enmarcando en los conceptos de **mejora continua** y **calidad total**, como fórmulas que integran todas las áreas de la organización, implican a todo el

personal de la misma y fijan su objetivo final en la satisfacción de las expectativas, demandas, necesidades y preferencias del cliente. Su método de trabajo y abordaje consiste en identificar problemas e insuficiencias, es decir, áreas y oportunidades de mejora, utilizando como herramientas fundamentales el **rediseño** y la **reingeniería de procesos** (a nivel de coste, calidad, servicio y rapidez adecuados), así como la orientación al paciente, garantizando la continuidad de la atención y la seguridad, en todos los niveles de la organización. La reingeniería o rediseño de procesos supone en gran medida una *demolición controlada y drástica* de los procesos estratégicos de valor agregado y de los sistemas, las políticas y las estructuras organizacionales que los sustentan, para optimizar los flujos del trabajo y la actividad de una organización.

También en el caso de los sistemas sanitarios públicos las nuevas tendencias gerenciales abogan por un mayor protagonismo de los ciudadanos y usuarios en la toma de decisiones de los procesos asistenciales, y por una mejora de la calidad de los servicios ofrecidos. Conscientes de esta realidad, los gestores y responsables sanitarios se vienen caracterizando por un interés creciente en desarrollar proyectos de mejora de sus procesos asistenciales básicos, utilizando para ello en algunos casos esas herramientas.

La crisis de competitividad global que afrontan algunas organizaciones y empresas no es el resultado de una recesión económica temporal ni de un punto bajo en el ciclo de negocio; en realidad, ya ni siquiera podemos contar con un ciclo predecible. En el entorno de hoy ya nada es constante ni previsible (ni el crecimiento del mercado, ni la demanda de los clientes, ni la tasa de cambio tecnológico). Los pilares que sustentaban a la administración, a la teoría de la organización tradicional de corte Taylorista y a los principios del modelo burocrático de Weber entraron en franco declive a mediados de los años setenta del pasado siglo.

Por lo que respecta al ámbito de la Administración pública (también la sanitaria), el correlato organizacional de esta nueva dinámica de articulación de intereses entre Administración y ciudadanos se materializa en entidades públicas más abiertas a los intereses ciudadanos, gerenciadas con criterios de empresa privada, buscando resultados y una minimización del costo prestacional. Los actuales paradigmas organizacionales dan cuenta de una nueva mentalidad empresarial postburocrática, con vocación de autojustificar económicamente su existencia institucional, de adaptarse a las exigencias sociales y con explícito reconocimiento de su responsabilidad en cuanto a una adecuada prestación de

bienes y servicios en términos de expectativas de una ciudadanía, que hace uso creciente de sus derechos frente a la administración.

La irrupción del ciudadano como unidad de referencia de la atención pública se ha reflejado en las formas de dirección de los gestores hospitalarios que han intentado reaccionar para hacer frente a los nuevos escenarios. El resultado ha sido la adopción de diferentes técnicas y métodos de dirección, cuyo éxito en el sector empresarial privado indujo a prever idénticos resultados en el sector sanitario público. De esta forma hemos asistido a la implantación de técnicas como los sistemas *Just In Time*, la gestión por competencias, la gestión del conocimiento, los sistemas de calidad *Kaizen*, el método de mejora *Deming*, y el *Benchmarking* entre otros. En esta misma perspectiva, la citada reingeniería o rediseño de procesos, aparece como una herramienta radical para mejorar la calidad de los procesos y al igual que las otras prácticas mencionadas, ha recorrido su camino partiendo desde el campo de la gestión del sector privado.

La **competencia** es un concepto cada vez más introducido en el sistema sanitario público, íntimamente ligado a filosofías gerencialistas que defienden la necesidad de aplicar esa reingeniería o rediseño de procesos en el entorno hospitalario. No cabe descartar en este sentido, que se desarrolle un sistema de competencia autorregulada, en la que será ineludible demostrar que el rendimiento alcanzado y la calidad de un centro son óptimos y mejores que los de sus competidores, contando incluso con la incorporación de la opinión de los pacientes a través de *report cards* o *league tables* sobre los servicios ofrecidos. En el Reino Unido y en algunas compañías gestoras de planes de salud en los Estados Unidos, los ciudadanos interesados pueden consultar, por ejemplo, datos sobre demora en la asistencia en consultas externas, urgencias, lista de espera quirúrgica, complicaciones o efectos adversos.

En un escenario mesoeconómico caracterizado por la incesante presión ejercida por los contratos de gestión (en los que la financiación depende directamente tanto de los niveles asistenciales alcanzados como de los objetivos de gestión), donde se plantea un mercado mixto sanitario (sistemas concertados con pago capitativo fijo, sistemas públicos con gestión privada, etc.), que obligaría a los hospitales públicos a competir ferozmente por captar pacientes-clientes y recursos financieros en función de los servicios prestados, resulta lógico encontrar defensores (y detractores) de estas herramientas de gestión de la calidad que proclaman sus virtudes (y defectos) a la comunidad científica argumentando la puesta en práctica de supuestas experiencias, proyectos o pi-

lotajes aislados de reingeniería de procesos con resultados satisfactorios (o por el contrario claramente desastrosos).

## 4. Nuevas perspectivas de la calidad: el paciente protagonista

Es sabido que en los últimos años la relación médico paciente está cambiando. Por una parte se reconoce que el tradicional modelo paternalista de relación debe desplazarse hacia un modelo en el que el principio de autonomía del paciente tenga un peso equilibrado en la toma de decisiones. Por otra parte, los ciudadanos están cada vez más informados (aunque estar más informados no necesariamente quiere decir que estén mejor informados), y cada vez perciben en mayor medida su papel como usuarios-clientes, con respecto a su papel como paciente. Además, existe evidencia de que las preferencias del médico no siempre coinciden con las del paciente. Mientras que progresivamente los sistemas de salud se interesan cada vez más por la satisfacción del paciente o se establecen medidas para incrementar su capacidad de elección (de centro, de médico, etc.), aún se sabe poco sobre el tipo y calidad de información que reciben los pacientes, su participación en la toma de decisiones clínicas que le afectan o cuáles serían sus preferencias.

Aparte del **modelo paternalista**, en el que el médico determina la situación clínica del paciente basándose en su conocimiento y establece el diagnóstico y el tratamiento adecuados sin la participación del paciente, existen al menos otros dos posibles modelos de toma de decisiones en el tratamiento: el **informado** y el modelo de **decisiones compartidas**, aunque se reconoce que pueden producirse situaciones intermedias entre ellos. El modelo informado concede importancia a incorporar las preferencias de los pacientes en el proceso, aunque asume que sólo el médico tiene el conocimiento suficiente para tomar la decisión. En la toma de decisiones compartidas el objetivo es tomar parte tanto en el proceso de decisión como en el resultado (tratamiento). En este modelo ambos agentes (médico y paciente), deben implicarse en el proceso de decisión; compartiendo información, explicitando sus preferencias sobre el tratamiento de forma que, una vez tomada, la decisión será compartida por ambos.

Pero en la asistencia no sólo interviene el médico; hay que tener en cuenta al resto del personal implicado en la atención sanitaria (enfermeros, fisioterapeu-

tas, auxiliares, trabajadores sociales, etc.). La relación ha dejado de ser bipolar, pues en ella también intervienen otros actores: familiares, amigos, administración, trabajadores sociales, psicólogos, incluso los jueces en caso de conflicto.

La aparición de este tipo de pacientes informados, competentes o expertos se produce simultáneamente a un cambio trascendental en el patrón epidemiológico de las enfermedades, con una prevalencia de trastornos crónicos cada vez más elevada, lo que también influye en el conocimiento del paciente. Idealmente estaríamos ante un paciente con acceso a la información sanitaria, que la utiliza en su beneficio para afrontar eficazmente procesos de enfermedad, haciendo un uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles. Un paciente responsable, que ejerciendo y haciendo uso de su autonomía, se implica en las decisiones clínicas y mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios.

Para que este nuevo papel se desarrolle adecuadamente, es preciso garantizar la calidad de la información a la que se accede y las actitudes y aptitudes de profesionales sanitarios y pacientes. Con respecto a la información, es necesario que se cumplan ciertos requisitos o criterios relativos a su elaboración y diseño (con participación o no de las asociaciones de pacientes), la facilidad de acceso e interpretación de la información, su fiabilidad (actualizada, contrastada y basada en evidencias), su comprensión e inteligibilidad y la difusión de la misma. Existen herramientas como el International Patient Decision (IPDAS) elaborado por el Picker Institute Europe en 2006, que pueden contribuir a este objetivo.

En cuanto a actitudes y aptitudes, es necesario garantizar el tiempo suficiente de visita, valorar y revisar las preferencias de los pacientes, permitiéndoles participar en función de sus necesidades, expectativas y preferencias, mejorando su capacidad y competencia (*health literacy*), para desempeñar esta nueva función, animándoles a emplear sus propias habilidades y estrategias para tomar el control sobre el cuidado de su enfermedad, y de su vida.

#### ***4.1. e-pacientes. Cambios en la tradicional asimetría informativa***

En la sociedad de la información los ciudadanos disponen de mucha mayor información para adoptar sus decisiones como consumidores, también en los servicios de salud. La relación médico-paciente tradicionalmente caracterizada por la asimetría informativa, fue el origen de la denominada *relación de agencia*.

Los datos sobre la enfermedad del paciente sólo sabe interpretarlos (“tratarlos” como información) el médico, que es también el único de los dos que dispone de información sobre cómo afrontar la enfermedad. Esta asimetría informativa entre médico y paciente está cambiando con Internet, los pacientes pueden ya disponer de información para decidir sobre los tratamientos asistenciales que precisan.

Si es cierto que la información es poder, facilitar una mayor información a los ciudadanos-pacientes está incrementando su poder, su autonomía y su capacidad de decisión. Está apareciendo así un nuevo tipo de usuario de los servicios de salud: el ciudadano-paciente informado que desea utilizar tal información en su relación con el sistema sanitario porque lo considera útil para su salud y calidad de vida.

Los *e-pacientes* o pacientes de Internet, representan un nuevo tipo de consumidores y usuarios que usan la red para obtener información sobre algún problema sanitario de particular interés (bien por curiosidad o por una necesidad concreta), para contrastar un diagnóstico o tratamiento (segunda opinión), o para intercambiar experiencias en foros más o menos especializados.

El término *e-pacientes* se refiere y abarca tanto a los que buscan información y asesoramiento *on line* para sus propias dolencias, como a los amigos y familiares (cuidadores) que actúan en su nombre. Los *e-pacientes* suponen un reto para los profesionales, que deberán adaptarse a unos usuarios mucho más informados y exigentes.

Como ya se ha señalado, se vienen produciendo importantes cambios en el acceso a la información, al saber médico experto, tradicionalmente en manos de los profesionales de la medicina, que mantenían la hegemonía sobre la información relacionada con la salud. Ahora, periodistas, sociólogos, economistas, gestores y otros profesionales e instituciones de dudosa o desconocida cualificación, son también protagonistas.

El problema fundamental de la información sanitaria, disponible a través de Internet para uso de pacientes y profesionales, es su desmesurado crecimiento, la obsolescencia, la falta de actualización de la misma, las frecuentes contradicciones, la dispersión, la inadecuación a las necesidades y, en muchos casos, su cuestionable calidad. En este sentido parece necesario el establecimiento de estándares y criterios que aseguren y garanticen la calidad de esa información, habiéndose planteado algunas iniciativas en este sentido.

## 4.2. La participación de los pacientes

Una de las principales líneas de reforma y modernización de los sistemas sanitarios públicos en los últimos años es la necesidad de mejorar la participación colectiva en la toma de decisiones en sanidad. La mayoría de estas reformas vienen condicionadas y se describen como consecuencia de un cambio de paradigma en la atención sanitaria, motivado a su vez por diversos factores: cambios en la tradicional relación médico-paciente, reconocimiento de la información y la comunicación como elemento central en la toma de decisiones en salud, incremento de la capacidad de elección derivada del derecho a la autonomía de los pacientes, presión colectiva y competencia entre diferentes grupos de usuarios, etc.

Desde un punto de vista del análisis económico en torno a las preferencias sociales y la elección colectiva, la participación pública es uno de los requisitos para que un sistema sanitario sea eficiente, al tiempo que introduce mecanismos para mantener la *lealtad* (según la terminología de Hirschman), incrementando la legitimación de las políticas públicas, en la medida en que recoge e incorpora las preferencias de los ciudadanos en relación con sus expectativas sobre el tipo de atención y la calidad de las prestaciones o servicios que espera recibir. Puede hablarse así del concepto de *sostenibilidad social* (más allá de la mera sostenibilidad económica o financiera), cuyo objetivo final no sería otro que el logro y mantenimiento de la viabilidad de un modelo sanitario *realmente* adaptado a las necesidades de todos los agentes o grupos de interés (*stakeholders*) que intervienen en el sector.

En última instancia se trataría de conseguir, de manera colectiva, la consolidación de un modelo que debe ser más integral, más sostenible y con una mayor capacidad de adaptación a los cambios que se vienen produciendo en nuestro entorno: envejecimiento demográfico, inmigración, nuevas patologías emergentes, profundos cambios sociales y culturales en la población, con unos ciudadanos que, como ya se ha dicho, son cada vez más exigentes, informados y responsables y desean ser copartícipes en el proceso de atención a su enfermedad.

Ello plantea la necesidad de que la sociedad civil, la ciudadanía, tenga un mayor protagonismo en la gestión de los recursos públicos, entre los que destaca la sanidad y los servicios sanitarios. Las implicaciones son claras: resulta necesario superar el fenómeno del mero electoralismo cortoplacista y buscar fórmulas de *democracia deliberativa* y participación activa para complementar y superar

las limitaciones asociadas al sistema de democracia electoral vigente en nuestro entorno. Transparencia, cercanía, honestidad, sensibilidad y receptividad ante las demandas de los ciudadanos (*responsiveness*), responsabilidad (*responsability*) y justificación o rendición cuentas (*accountability*), son elementos esenciales para facilitar la gobernanza (*governance*) de las instituciones sanitarias en el siglo XXI, incrementando la credibilidad y la confianza en ellas.

Dos de las estrategias que sin duda podrían facilitar este *gobierno de los ciudadanos* pueden ser la introducción de mecanismos *reales* de participación, tanto de los ciudadanos como de los profesionales en el gobierno de las organizaciones e instituciones sanitarias, y el desarrollo de una visión de las mismas estructurada en torno a los principios del contrato social.

El concepto de *gobierno de los ciudadanos* admite además la introducción de los conceptos de capacitación, soberanía o *empowerment* de los profesionales y de los pacientes. Esta idea no debe entenderse como una mera transferencia o delegación de autoridad, sino como un mecanismo de admisión de los profesionales y pacientes en los procesos de toma de decisiones sanitarias. Como dice John P. Kotter: "...*empowerment* no significa otorgar y transferir a las personas nuevas autoridades y nuevas responsabilidades y luego retirarse. *Empowerment* significa retirar las barreras que nos separan."

Desde el punto de vista de la calidad, la participación de los pacientes es importante en cuanto que éstos son capaces de percibir necesidades específicas no identificadas por los expertos y, además, contribuir a encontrar soluciones a problemas concretos. Entre estos problemas destacan algunos que podrían ser genéricos, como los problemas de coordinación entre niveles asistenciales, la forma en que se facilita la información al paciente, la existencia de múltiples fuentes de información, el estado deteriorado de algunas salas de espera o las dificultades para conseguir determinada medicación.

Existen muchos factores que dificultan la participación y la puesta en marcha de cauces operativos que realmente permitan una implicación y una mayor corresponsabilización de los ciudadanos, usuarios y pacientes como agentes activos en la toma de decisiones sobre la salud y el sistema sanitario. Es seguro, además, que no existe una fórmula mágica que permita resolver todos los problemas y dificultades: la Participación Comunitaria requiere de cambios pequeños y múltiples.

Entre las ventajas que supone una mejora de los mecanismos de participación ciudadana en el sistema sanitario pueden enumerarse las siguientes:

- La participación pública permite la adecuación de las respuestas desde lo público a las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- La participación favorece una mayor eficiencia de las intervenciones públicas, al producirse respuestas y propuestas bien orientadas, que optimizan los recursos.
- La participación profundiza en la democracia y facilita la articulación social.
- La participación introduce las perspectivas de los diferentes agentes y actores sociales (*stakeholders*), en el ámbito de la aplicación y la intervención, y permite orientar y gestionar de forma complementaria aquellos procesos planificadores que han identificado claramente los intereses de los ciudadanos.
- La participación permite alcanzar u obtener el mayor consenso posible, público/privado/ciudadano, a través de distintos procesos abiertos de consulta y debate.

Además, una serie de factores apoyan la necesidad de fomentar la participación ciudadana en el ámbito sanitario: con el incremento de las enfermedades crónicas y la edad de la población, las familias y las instituciones sociales tienen un mayor papel en la gestión y cuidados; los ciudadanos cada vez tienen mayor acceso a la información y quieren ser partícipes de la toma de decisiones, no aceptando fácilmente soluciones impuestas. En este sentido, como ya se ha dicho antes, la “aceptabilidad social” es un factor importante de la calidad de los servicios y por lo tanto debe tener en cuenta la opinión de los destinatarios “consumidores” de esos servicios, y no sólo la efectividad clínica y la eficiencia del sistema. Los niveles de satisfacción afectan los resultados de la práctica clínica y las decisiones o medidas impopulares son aceptadas más fácilmente si se ha participado en ellas. Es esencial también que las personas se sientan “propietarias” del Sistema, a cuyo sostenimiento contribuyen financieramente, y que puedan influir tanto en el proceso como en los resultados.

## 5. TIC y calidad asistencial

La sanidad se encuentra en medio de una fase de transición tecnológica que va desde los primeros desarrollos de sistemas de información sanitaria hasta las modernas organizaciones sanitarias digitales. Se trata de un proceso cuyo resultado tiene notables implicaciones. De hecho, puede afirmarse que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), aplicadas a la atención sanitaria, constituyen el principal factor de cambio y evolución de la práctica asistencial.

Las TIC están permitiendo que el conocimiento médico experto se expanda, supere límites geográficos, de lenguaje e infraestructura local, eliminando gran parte de los procesos burocráticos y administrativos inútiles e ineficientes. Pero además, desde el punto de vista de la calidad, las TIC están ya contribuyendo a mejorar la atención sanitaria en sí misma, reduciendo los errores médicos y facilitando una ayuda esencial para adoptar mejores decisiones clínicas y asistenciales. La información incrementará la autonomía de las personas y permitirá a los pacientes y a sus familias tener también más control sobre sus propias vidas y su salud.

Una organización sanitaria digital comprende un conjunto completo e integrado de capacidades de servicios de información que cubre los requisitos o necesidades de carácter clínico, económico o administrativo para la atención sanitaria. Básicamente, supone la integración de las TIC con las modernas tecnologías médicas de diagnóstico y/o tratamiento. La necesidad de transformación en organizaciones digitales de los sistemas sanitarios viene dada por la ingente cantidad de información que se necesita para la asistencia sanitaria, información que procede de múltiples orígenes y debe poder ser utilizada en entornos asistenciales muy diversos. Sólo un manejo digital de la misma permitirá realizar una asistencia de calidad, al contar con información precisa y completa, en el momento adecuado, en el sitio donde se realice la asistencia y con las debidas garantías de confidencialidad.

La incorporación e integración de las TIC en los servicios sanitarios se considera pues esencial en la transformación y conversión de los hospitales y centros de salud en auténticas instituciones sanitarias del s. XXI.

La evidencia empírica y numerosos estudios realizados demuestran que la progresiva informatización de las instituciones sanitarias y la incorporación de la historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes, han conseguido reducir

los errores médicos y aumentar la vigilancia y monitorización de la atención para posibles investigaciones. Todo ello redundará en el aumento de la calidad de la atención sanitaria. Además de reducir las posibles reclamaciones y demandas, los archivos informáticos permiten un mejor acceso a la historia por parte de los pacientes y la mejora de los test de implantación de nuevas técnicas.

La HCE no es sino un registro que almacena tanto datos alfanuméricos como imágenes y señales digitales, junto con datos de intervenciones y análisis relativos a un individuo a lo largo de toda su vida, y que es accesible independientemente del momento o lugar, con unos niveles de protección y seguridad en el acceso. Contiene una colección de información sanitaria de una persona, archivada electrónicamente, y ligada por un identificador único de la misma. Una historia clínica electrónica incluye por tanto toda la información clínica y administrativa de una persona, facilitada por todos los profesionales que han intervenido en los distintos procesos asistenciales, convirtiéndose en un punto clave como soporte de la decisión clínica y que provee conocimiento para la toma de decisiones.

El empleo de la HCE permite a los profesionales sanitarios el acceso inmediato a una completa información sobre el paciente, simplificando las labores relacionadas con el mantenimiento, modificación y consulta de dichos históricos. Se trata del elemento central de los sistemas de información sanitarios alrededor del que se integran otros módulos, como puede ser el de admisión, urgencias, farmacia, petición de pruebas diagnósticas, etc., y cumple objetivos de tipo médico, legal y económico. La historia clínica electrónica permite evitar duplicados de pruebas, acorta los tiempos de espera del paciente (intervenciones más rápidas), y reduce los errores médicos, al tiempo que ayuda a la toma de decisiones clínicas.

La historia clínica, o mejor la historia personal de salud, está diseñada para que cada paciente tenga una historia única en el ámbito de una institución o centro sanitario e, incluso, en un ámbito multicentro, cualquiera que sean sus localizaciones geográficas. La historia de un paciente es móvil, es decir, accesible desde cualquier lugar desde donde pueda establecerse una conexión a Internet, pudiendo incluir todo tipo de documentos multimedia que, ahora o en el futuro, sean relevantes desde el punto de vista de la salud del paciente.

La HCE como sistema integrado de información para el área clínica de los Servicios de Salud ofrece una nueva perspectiva de la Continuidad Asistencial.

Estos sistemas pretenden un abordaje global del núcleo de la actividad sanitaria e inciden en las dos cuestiones esenciales de la continuidad asistencial:

- La accesibilidad de los usuarios a las diferentes unidades funcionales que intervienen en su proceso asistencial. La integración de todos los sistemas de citación y admisión permite controlar el flujo de los pacientes y coordinar eficientemente todas las actuaciones requeridas en el diagnóstico y tratamiento de cada proceso: consultas, pruebas diagnósticas, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas. Esta sería la parte “administrativa” del Sistema de HCE.
- La integración de toda la información sanitaria de cada usuario en una Historia Única disponible para todos los profesionales que intervienen en un proceso, de manera que pueden compartir todos los datos disponibles y mantener un canal de comunicación entre ellos. Éste es el aspecto “clínico” del Sistema.

La HCE se encuentra hoy en proceso de implantación en los servicios sanitarios de todo el mundo. Se trata de una realidad que facilita que se compartan los datos entre centros y profesionales sanitarios. Mejorar y garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad entre aplicaciones y la explotación adecuada de la información es hoy el principal objetivo en esta área.

La receta electrónica es otro de los desarrollos prioritarios en e-salud desde hace unos años. permite la automatización de los procesos de prescripción, control y dispensación de medicamentos, además de todo proceso administrativo para la facturación a los servicios de salud de las recetas dispensadas haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información. Su desarrollo se realiza en paralelo a otras actuaciones íntimamente relacionadas como es el caso de la tarjeta sanitaria electrónica. Ofrece numerosas ventajas, ya que permite realizar un mejor seguimiento de la prescripción de un paciente, evita la generación de errores por desconocimiento, reduce el tiempo dedicado a la prescripción y permite tomar decisiones con criterios de coste/efectividad, entre otras.

## 6. Ética y calidad. Algunas consideraciones

La calidad asistencial tiene numerosos componentes, entre los que destacan: resultados clínicos, seguridad y satisfacción de los pacientes, administra-

ción de recursos y gestión de riesgos. Estos componentes se encuentran fuertemente relacionados unos con otros, y son importantes para la mayoría de los pacientes.

La calidad tiene que ver con el trabajo bien hecho, con la profesionalidad, con la innovación, con el confort y el desarrollo tecnológico, proporcionando la mejor asistencia que permitan los recursos disponibles. Es necesario compaginar la ambición con la racionalidad y con la coherencia de los grupos de mejora. Agilidad, proactividad y anticipación, son características de esa atención sanitaria excelente a la que necesariamente deben tender los servicios de salud.

Pero como en muchos otros campos del conocimiento, la gestión de la calidad exige hoy un abordaje y una perspectiva multidisciplinar, con amplia participación de clínicos, epidemiólogos, economistas, sociólogos, expertos en bioética, etc. Se ha dicho a este respecto que cualquier reflexión teórica o actuación práctica sobre la *calidad* lleva implícita siempre una dimensión ética. El propio término *calidad* no es un mero término descriptivo, sino un término *valorativo*. La *calidad*, más que medirse y cuantificarse objetivamente y científicamente, se *estima* mediante un juicio de valor que ilumina u oscurece aquello a lo que está referido, lo hace apreciable o no, significándolo como más o menos *bueno*. En realidad cuándo hablamos de “medir la calidad” nos referimos únicamente a la medición y cuantificación de algunos indicadores o parámetros a partir de los cuales inducimos, inferimos o, mejor, *estimamos* la calidad, que tiene grados: mínimo, óptimo, excelente. En resumen, hablar de calidad es situarnos ya, de entrada, en el mundo de la ética.

Ética y calidad están indisolublemente unidas, y por tanto ésta última no puede buscar su fundamento exclusivamente en un discurso científico de corte positivista, sino que habrá de contar además con referentes propios de las ciencias sociales, la hermenéutica y, claro está, la ética. Sólo así será posible acercarnos a una comprensión de la *calidad* en términos más radicalmente humanos, una comprensión que profundice en el bien interno que da verdadero sentido a las organizaciones sanitarias: promover efectiva, eficientemente y con sensibilidad y respeto, la salud, la vivencia de enfermedad y la calidad de vida –y de muerte– de cada uno de los hombres y mujeres con rostro concreto, y de las poblaciones que constituyen sus usuarios o clientes.

Por otro lado, hay que considerar que todos los criterios y estándares de acreditación o evaluación hacen primariamente referencia a la organización

como sistema, y sólo a partir de ahí, de forma subsidiaria, responsabilizan a los individuos particulares. Es decir, todo criterio y estándar de acreditación constituye una exigencia estructural, organizacional. Por tanto, el núcleo ético que en teoría entraña todo criterio y estándar sería, en un sentido amplio y global, de ética organizacional. Esto quiere decir que, de alguna manera, todo modelo de acreditación trata de configurarse como un modelo de *ética organizacional*.

En la intersección entre bioética, ética de la empresa, calidad y sistemas de evaluación o acreditación se ha instalado también un concepto que precisa ser destacado: la "excelencia". Desde hace algún tiempo este término marca el horizonte del trabajo en Calidad, y constituye el concepto de fondo de la Gestión de la Calidad Total.

En el ámbito económico alcanzar la excelencia moral será alcanzar el éxito económico. Como es sabido el término *excelencia* adquirió una relevancia importante en el mundo empresarial, como forma de apelar a la conducta ética, a partir de la publicación del libro de Thomas J. Peters y Robert H. Waterman "En busca de la excelencia", en 1982. A partir del estudio de las 43 empresas más exitosas del mercado norteamericano, los autores plantearon los 8 principios que, a su juicio, permiten alcanzar ese éxito y la *excelencia*. Estos 8 principios son: énfasis en la acción, proximidad al cliente, autonomía e iniciativa en toda la organización, productividad teniendo en cuenta a las personas, valores claros, actuar en aquello en lo que se es competente, estructuras sencillas y personal reducido, simultáneamente centralizadas y descentralizadas. El énfasis se pone, por tanto, en el desarrollo de culturas organizativas impregnadas por valores compartidos, como forma de obtener el éxito.

Sin embargo, las organizaciones e instituciones sanitarias, los centros sanitarios, no son simples empresas productoras de servicios. Son unas empresas especiales, porque a diferencia de las empresas "normales", se orientan simultáneamente hacia dos bienes, hacia dos fines, de los cuales uno es, *prima facie* superior al otro. Este es el que toma prestado de la Medicina, en tanto que estructura organizativa a su servicio. El otro fin lo toma prestado de la Economía. Así pues, una organización sanitaria de calidad excelente será aquella que sea capaz de deliberar prudente y responsablemente sobre estos fines y elegir, en cada momento, el que debe priorizarse, pero teniendo en cuenta que existe *a priori* una jerarquía de los mismos. Esta capacidad de deliberación deberá traducirse en estructuras internas y formas de funcionamiento flexibles que permitan compatibilizar ambos fines y lograr los resultados perseguidos.

Sin entrar en consideraciones más amplias sobre los modelos de gestión de la calidad, puede apuntarse que las instituciones sanitarias del futuro habrán de ser empresas excelentes, organizaciones donde la calidad será un elemento clave para su buen gobierno. En ese trayecto hacia la Calidad Total, por el océano de un mundo cada vez más complejo, pluralista y globalizado, la exigencia de contar con organizaciones dotadas de un sólido armazón ético, inteligente y flexible a la vez, parece imprescindible. Una ética de las instituciones como conjunto de procesos que transmiten valores a lo largo de todas las fibras de su estructura, aporta ese tipo de armazón capaz de contribuir a la mejora continua de la calidad. Muchos de sus elementos se encuentran ya en los diversos sistemas de acreditación o certificación de la calidad con los que cuenta el mundo sanitario.

## 7. Las nuevas organizaciones y empresas del futuro

Una reciente publicación de la empresa IBM (The IBM Global CEO Study 2008: La Empresa del Futuro), elaborada a partir de una encuesta realizada a más de mil directivos y consejeros delegados de organizaciones y empresas de todo el mundo, explicaba cuáles serán, a su juicio, las características de la empresa del futuro:

1. **Dispuesta a cambiar:** capaz de cambiar rápidamente y con éxito. En lugar de simplemente responder a tendencias, se anticipa y las lidera. Los cambios en el mercado o sector se presentan como una oportunidad para sacar ventaja a la competencia.
2. **Sensible a clientes más exigentes:** sobrepasando las expectativas de clientes cada vez más exigentes. Establecimiento de profundas relaciones de colaboración e innovaciones que conllevan mayores éxitos tanto para los consumidores como para la propia actividad.
3. **Globalmente integrada:** diseñando su actividad de forma estratégica para acceder a las mejores capacidades, conocimiento o talento y activos, independientemente de dónde se encuentren. El objetivo es poder utilizarlos en cualquier lugar donde sean requeridos.
4. **Disruptiva por naturaleza:** desafiando de forma radical su modelo de negocio, aumentando la propuesta de valor y reinventándose a sí misma y a todo el sector.

5. **Comprometida:** yendo va más allá de la filantropía y la conformidad, con una preocupación manifiesta a través de la responsabilidad social (RSC) y comprometida con la sociedad en todas sus acciones y decisiones, lo que contribuirá a mantener e incrementar su capital de reputación corporativa

De las conversaciones mantenidas por los directivos acerca de planes y retos pendientes se derivan algunas llamativas conclusiones:

- El número de cambios que bombardea las empresas es enorme, y muchas han de esforzarse por 'mantener el ritmo'.
- Para la alta dirección, un cliente más exigente no es una amenaza, sino una oportunidad de marcar la diferencia con sus competidores.
- Casi todos los entrevistados están ya adaptando sus modelos de negocio, con la incorporación de numerosas innovaciones.
- Los encuestados están adoptando, de forma cada vez más agresiva, diseños globales en sus negocios, asociándose en mayor medida, y cambiando profundamente sus capacidades organizativas.
- Las compañías con un mejor desempeño emprenden acciones más audaces.

Parece claro pues, que la alta dirección de las grandes organizaciones debe aplicar conscientemente el modelo de calidad total, pero también controlar y administrar el entorno a través de otras estrategias que le permitirán la generación de utilidades y bienestar para el mercado y el personal, así como para los accionistas o grupos interesados de la organización.

En el ámbito sanitario la calidad total no ha pasado de moda, pero en el entorno de hoy, es obvio que ya no es suficiente. Es claro que necesitamos un sistema de salud de alto rendimiento, diseñado para conseguir cuidados seguros y de alta calidad, eficientes y de alto valor, accesibles para todo el mundo y en un sistema capaz de mejora continua.

En el momento actual la obligación –y el principal desafío- de los gestores y directivos sanitarios es la de facilitar una provisión de servicios “seguros, bien coordinados, accesibles y eficientes” mediante una serie de pasos clave: poner

en marcha intervenciones basadas en la evidencia, seguras y de calidad, incrementar la utilización de las tecnologías de la información sanitaria, aumentar la transparencia del sistema, proporcionando información pública de los criterios de calidad y seguridad, y promover la calidad a través de iniciativas basadas en sistemas de *pay for performance*.

La pregunta es ¿qué modelo es importante hoy?, y la respuesta seguramente será: ¿qué es lo que deseas hoy y para mañana?, y en función de esto, se definirán las alternativas.

## 8. A modo de conclusión: los fines de la Medicina

En 1994, el prestigioso centro de investigación en bioética, *The Hastings Center*, de Nueva York, convocó a un equipo de expertos internacionales con el objetivo de emprender un ambicioso estudio sobre los fines de la medicina.

*Los fines de la medicina*, el documento que elaboró el grupo de investigadores es un intento de desmitificar la medicina, a fin de que su ejercicio constituya efectivamente un progreso para la humanidad. Para ello, es preciso que la medicina se conciba a sí misma como una actividad al servicio de todos, lo que implica que ha de enfrentarse a decisiones complejas y difíciles, muchas veces, trágicas. Ha de estar motivada no por el orgullo profesional, sino por el beneficio del paciente. Tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como una actividad viable y sostenible, sin dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable.

El grupo de trabajo consideró que los nuevos fines, como valores elementales de la medicina, contribuirán a preservar la integridad de la misma frente a las presiones políticas y sociales que defienden fines ajenos o anacrónicos. Deberían ser los siguientes:

- *La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.*
- *El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.*
- *La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.*
- *La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.*

Además, independientemente de cualquier barrera política y geográfica, la medicina debería aspirar a:

- *Ser honorable y dirigir su propia vida profesional.*
- *Ser moderada y prudente.*
- *Ser asequible y económicamente sostenible.*
- *Ser justa y equitativa.*
- *Respetar las opciones y la dignidad de las personas.*

La principal novedad aportada por el equipo de expertos es haber formulado unas nuevas prioridades en la práctica de la medicina de manera que *“...cualquier postura firme acerca de los fines de la medicina debe incorporar la capacidad del hombre de tomar decisiones pese a la incertidumbre, un núcleo de valores humanistas y morales y los hallazgos de una ciencia rigurosa. Una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines. No deberíamos permitir que los medios burocráticos, organizativos, políticos y económicos empleados en lograrlos eclipsen las cuestiones, siempre presentes y a menudo difíciles, de los fines y las metas. La medicina del futuro no será, ni debería ser, la misma medicina del pasado y del presente en sus estructuras institucionales y marcos políticos. Únicamente del esfuerzo común de médicos y pacientes, de medicina y sociedad, depende que ese futuro se modele correcta y satisfactoriamente, y el lugar de donde debe partir dicho esfuerzo son los fines de la medicina.”*

El desafío para los servicios sanitarios públicos es claro: hoy sabemos con certeza de la necesidad de convivir permanentemente con la incertidumbre; el mundo actual y las organizaciones sanitarias son esencialmente complejas y en constante cambio y debemos saber gestionar tanto la complejidad como la incertidumbre.

En su libro *Digital Medicine*, el experto en tecnologías de la información aplicadas a la sanidad Jeff Goldsmith recordaba que *“...nos espera un Sistema Sanitario más efectivo, más seguro y mejor, pero éste no llegará por sí solo.”*

Ninguna historia puede restringirse exclusivamente a un momento, a un sitio y a una situación. Shelley, con su optimismo vital creía que todo poema es un

fragmento más o menos corto de un infinito poema universal. Toda historia se hace eco de otras historias; todo libro no es sino el capítulo de una inmensa crónica cuyo principio no conocemos y cuyo fin apenas intuimos...

## Bibliografía

Andreu R, Ricart J, Valor J.: *“La Organización en la era de la información”*. Madrid: McGraw-Hill; 1997, 12.

Aparicio MP, Triadó XM.: *“Diseño organizativo de los hospitales y estructuras flexibles, un reto asumible”*. En Parras M. (dir.) Actas del XIV Congreso Nacional de la Asociación de Economía y Dirección de Empresas; 2000.p. 391-6.

Aranaz JM, Bolúmar F, Vitaller J.: *“La calidad asistencial. De la teoría a la práctica”*. En: La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Monografies Sanitaries nº 19. IVESP. Valencia, 1999.

Artells JJ.: *“La centralidad del paciente en el Sistema Público de Salud”*. Boletín FSIS nº 7, junio 2005.

Battram A.: *“Navegar por la complejidad. Guía básica sobre la teoría de la complejidad en la empresa y la gestión”*. Ediciones Granica S.A. Barcelona, 2001.

Bermudo L, Navarro A, Baena V, Fuentes JL, Juan F.: *“Reingeniería de empresa en el hospital”*. Todo Hospital 2002; 183: 24-32

Bru P, Basagoiti R.: *“La Investigación-Acción Participativa como metodología de mediación e integración socio-comunitaria”*. Revista Comunidad, 6. 2004.

Capra F.: *“Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo”*. Editorial Anagrama S.A. Barcelona, 2003.

Comisión de las Comunidades Europeas: Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. *“Preparar el futuro digital de Europa. Revisión Intermedia de la iniciativa 2010”*. Bruselas 17.4.2008 COM(2008) 199 final.

Ferguson T, Frydman G.: *"The first generation of e-patients"*. BMJ 2004; 328: 1148-9.

Ferguson T.: *"e-patients: how they can help us heal healthcare"*. Robert Wood Johnson Foundation Quality Health Care Grant, 2007.

García Fortea P. *"Estrategia de la OMS en e-Salud"*. Rev eSalud.com Vol.3, nº 9, 2007.

García González G.: *"Las reformas sanitarias y los modelos de gestión"*. Revista Panamericana de salud publica 2002; 9(6):406-1

García-Sánchez I., Cantón Galvez MA, Carrillo Tirado M. *"Estrategia en materia de salud de la UE (2008/2013)"*. Observatorio de salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Informe estratégico "La UE y el SSPA" nº 1, 2008.

Giménez MR, Segura G.: *"Aplicabilidad del rediseño de procesos en el ámbito hospitalario público"*. Enfermería global nº 10, mayo 2007. Disponible en:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/203/172>

Goldsmith J. *"Medicina digital"*. Ars Médica. Barcelona, 2006.

Gutiérrez R.: *"Las prioridades de los usuarios. ¿Responde el Sistema Sanitario a sus expectativas (y preferencias)?"* Mesa Redonda sobre "Nuevas demandas en la sociedad". XIV Congreso Nacional de Hospitales. Zaragoza, 17-20 de mayo de 2005

Gutiérrez R.: *"Algunas notas sobre la (mayor) implicación y participación de los ciudadanos en el Sistema Sanitario Público"*. Rev. Gestión y evaluación de costes sanitarios, Vol. 6. Monográfico 2. Fundación Signo, diciembre 2005.

Gutiérrez R.: *"Responsabilidad, Reputación Corporativa y Ética en las Organizaciones Sanitarias Públicas"*. Una propuesta de Código Ético para el SESCAM. Trabajo final para la obtención del Diploma Superior en Bioética SESCAM – ENS. 1ª edición, 2007.

Hamel G.: *"El futuro del management"*. Paidós Ibérica S.A. Barcelona, 2008.

Hernández Osuna E, Martín Paredero V.: *"Reingeniería de Procesos como herramienta para la Gestión de listas de espera de varices"*. *Angiología* 2006; 58 (Supl. 2): 535-44.

Institute of Medicine. *"Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Initiative"*. <http://www.iom.edu/CMS/8089.aspx>.

Jadad AR.: *"What Will it Take to Bring the Internet into the Consulting Room?"* *J Gen Intern Med.* 2005 August; 20(8): 787-788

Jadad AR.: *"A view from the Internet age: Let's build a health system that meets the needs of the next generation"*. *CMAJ.* Dec. 7, 2004; 171 (12)

Jovell A.: *"Democracia sanitaria"*. *El PAÍS*, 8-2-2005

Jovell AJ, Navarro MD.: *"Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social"*. Fundación Alternativas, 2006. Documento de trabajo 98/2006. Disponible en:

[http://www.falternativas.org/base/download/1d1b\\_18-10-06\\_Doc98.pdf](http://www.falternativas.org/base/download/1d1b_18-10-06_Doc98.pdf)

Kenney Ch.: *"The Best Practice: How the New Quality Movement is Transforming Medicine Public Affairs Books"*. New York, 2008

Lazaro J, Gracia D.: *"La relación médico-enfermo a través de la historia"*. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Supl 3:85-90

Lighter DE, Mc Laughlin CP.: *"The Rationale for Quality Improvement in Health Care"*, en: Lighter D.E., Fair D. C. *Quality Management in Health Care. Principles and Methods.* Jones & Bartlett Publishers. Second edition, 2004

Lorenzo S.: *"Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista"*. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):186-91

McDaniel R, Driebe D.: *"Complexity Science and Health Care Management"*. En: *Advances in Health Care Management*, vol 2, 11-36. Elsevier, 2001

Meneu R.: *"Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria"*. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20(6):337-42

Nicholas Taleb N. El cisne negro. *"El impacto de lo altamente improbable"*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, 2007.

Olmedo E, García JC.: *"De la linealidad a la complejidad: hacia un nuevo paradigma"*. Cuadernos de Estudios Empresariales 2005, núm. 15 73-92

Oteo LA, Hernández J.: *"Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica"*. En: Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Ed. Masson. Barcelona, 1998: 433-458

Peiró S et al.: *"Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos"*. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):143-55

Penchas S.: *"Complexity in Health Care Systems"*. ComPlexUs 2003; 1: 149-156; disponible en: [www.karger.com/cpu](http://www.karger.com/cpu)

Plsek P.: *"Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care"*. Conference held in Washington, D.C. January 27-28, 2003. Convened by National Institute for Health Care Management Foundation and National Committee for Quality Health Care.

Plsek P. *"Redesigning Health Care with Insights from the Science of Complex Adaptive Systems"*. En: Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Initiative. <http://www.iom.edu/CMS/8089.aspx>.

Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Rodríguez-Marín J.: *"Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos de los pacientes de Barcelona"*. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(6):327-36.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute.: HealthCast 2020: *"Creating a Sustainable Future"*. 2005. Disponible en:

[http://www.pwc.com/il/heb/about/svcs/publication/alerts/2healthcast\\_2020.pdf](http://www.pwc.com/il/heb/about/svcs/publication/alerts/2healthcast_2020.pdf)

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute.: *"The quality conundrum: Practical approaches for enhancing patient care"*. 2008. Disponible en:

<http://www.pwc.com/extweb/pwcpublications.nsf/docid/C0204123B329C1D38525726700760E29>

Repullo JR.: *"Reinterpretando la gestión del sistema sanitario desde las teorías de la complejidad y el caos"*. Ars Medica. Revista de Humanidades 2006; 2:180-197

Rodríguez J, Mira JJ.: *"La organización sanitaria y su influencia en la calidad"*. En: La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Monografías Sanitarias nº 19. IVESP. Valencia, 1999.

Ruiz Iglesias L.: *"Claves para la gestión clínica"*. Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid, 2004.

Sánchez R, Senado LA, Orio I, Fernández B, Rodríguez C.: *"¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del Rediseño de Procesos?"* Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 255-58.

Silva Sánchez MD, Garrido Casas J, Oteo Ochoa LA.: *"Bases conceptuales en la empresa moderna. Experiencias de innovación en el sector sanitario"*. Rev Adm Sanit 1998; 2: 119-138.

Simón Lorda P, Hernando-Robles P, Martínez Rodríguez S et al.: *"Estándares éticos para una organización sanitaria excelente"*. Rev Calidad Asistencial 2003;18(6):379-404.

Shelton C, Darling F.: *"From theory to practice: using new science concepts to create learning organizations"*. The Learning Organization, Vol. 10, no 6, 2003. pp. 353-360.

Sociedad Española de Informática de la Salud. *"El sistema integrado de información Clínica"*. Informe SEIS nº 6. Pamplona, 2004.

The Hastings Center. *"Los fines de la medicina"*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas nº 11. Barcelona, 2004.

The IBM Global CEO Study 2008: *"La Empresa del Futuro"*. Disponible en: <http://www.ibm.com/es/ceostudy>

VVAA. *"Las TIC en la sanidad del futuro"*. Colección Fundación Telefónica. Ariel, 2006.







[www.sescam.jccm.es](http://www.sescam.jccm.es)

