

## 14.1 Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo



Bases conceptuales y factores determinantes de la calidad asistencial. Los modelos de calidad en las organizaciones y en los servicios sanitarios orientados a satisfacer las necesidades esenciales a través de procesos de mejora continua. El ciclo de la evaluación desde la perspectiva asistencial y orientación al paciente

**Autoras: M<sup>a</sup> Paz Rodríguez Pérez**

**Marta Grande Armesto**

*Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad,  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. SERMAS. Madrid*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado día mes año]. Tema 14.1. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

En este Tema se aborda el concepto de calidad asistencial desde una perspectiva dirigida fundamentalmente a los profesionales sanitarios. Por ello, hacemos énfasis en la importancia del componente científico-técnico y, muy especialmente, en el componente de calidad relacional. Conseguir que la atención que presta un determinado servicio asistencial sea mejor que la que prestan los restantes servicios de su misma especie conlleva objetivarla, cuantificarla en lo posible y compararse con estándares aceptables de servicios similares. Pero no es suficiente, aunque sea necesario, alcanzar altos niveles en indicadores que

1. *Introducción*
2. *Concepto de calidad asistencial:*
  - 2.1. *Componentes, determinantes y atributos.*
3. *Aproximación histórica*
  - 3.1. *Desarrollo cronológico*
  - 3.2. *Evolución hacia diferentes modelos en las organizaciones sanitarias*
4. *Evaluación y mejora de la calidad asistencial.*
  - 4.1. *Aspectos a evaluar*
  - 4.2. *Métodos de evaluación. Ciclo de evaluación*
  - 4.3. *Definición de criterios, indicadores y estándares*
  - 4.4. *Técnicas para identificar y priorizar problemas*
  - 4.5. *Diseño de estudios*
  - 4.6. *Análisis de los datos*
  - 4.7. *La acción de mejora o acción correctora*
  - 4.8. *La reevaluación*
5. *Técnicas de evaluación de servicios asistenciales*
  - 5.1. *Audit médico*
  - 5.2. *Círculos de calidad*
  - 5.3. *Evaluación del riesgo en los servicios clínicos*
  - 5.4. *Comisiones clínicas*
  - 5.5. *Los programas de mejora a nivel de Servicio / Unidad Asistencial*
  - 5.6. *Instrumentos para gestionar la utilización de recursos y reducir selectivamente la utilización inapropiada*
  - 5.7. *Vías clínicas o críticas (clinical pathways)*
6. *La satisfacción del usuario*
7. *La organización y los modelos de calidad en el hospital. la orientación al paciente y a la excelencia*
  - 7.1. *La estructura organizativa para implantar el plan de calidad en el hospital*
  - 7.2. *El European Forum for Quality Management: Un modelo de excelencia*
  - 7.3. *La Certificación ISO*
  - 7.4. *La participación del paciente: El informe Clinton y la respuesta del Gobierno estadounidense*
8. *Referencias bibliográficas*

hacen referencia al determinante de calidad científico-técnica (mortalidad, infecciones, reingresos, etc.), se requiere también alcanzar buenos indicadores de calidad relacional, satisfacción de pacientes y de profesionales para estar prestando una excelente calidad asistencial.

Nos detenemos especialmente en la evolución histórica de los programas de mejora de la calidad por considerar que, desde un punto de vista didáctico, su conocimiento permite llegar a una mejor comprensión de los modelos de organización que facilitan las estrategias de mejora.

En el apartado de evaluación se insiste en que calidad es "hacer bien lo que se debe de hacer". Esto significa que hay que iniciar la evaluación de los servicios que se prestan evaluando la adecuación de los

mismos, después su excelencia y, por último, la satisfacción de quienes los reciben. Se presentan los métodos para identificar y detectar problemas y cómo llegar al análisis causal de los mismos, que será lo que nos permita plantear posibles estrategias de mejora.

## Introducción

Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe de hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciben esa asistencia. Es decir, calidad asistencial pasa por conseguir la adecuación de la práctica clínica, la excelencia de ésta y la satisfacción de quien la recibe. Esto requiere la participación de profesionales sanitarios, de profesionales que la planifican (gestores), y la de quienes la reciben (población asistida).

Lograr estos tres atributos en la asistencia sanitaria significa conseguir la calidad científico-técnica y la calidad relacional, ambas necesarias para hablar de calidad asistencial.

La calidad científico-técnica trata de acercar la efectividad de la práctica clínica a la eficacia que la ciencia ha demostrado, y de emplear la más eficiente. Además de hacerla accesible, equitativa y segura. Enfoca hacia los procesos atendidos.

La calidad relacional se refiere a la capacidad del sistema para comunicarse con quienes reciben los servicios. Se fundamenta en el respeto, entre otros, de los principios de ética asistencial y de los valores y preferencias de las personas que reciben la asistencia.

Partiendo de este concepto de calidad asistencial, el objetivo de este trabajo es analizar los factores que influyen en cada uno de los determinantes y componentes de la calidad; las técnicas de evaluación disponibles para conocer el nivel que alcanza cada uno de ellos, así como las estrategias para mejorarlos.

Por último presentamos una revisión de los modelos de gestión que ayudan a las organizaciones a conseguir estas mejoras.

## 2. Concepto de calidad asistencial

La Real Academia Española define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Entendida así, calidad de la asistencia sanitaria es el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo.

De esta definición se derivan tres características importantes:

- concepto de calidad como término relativo. En nuestro caso, como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria.
- que el concepto de calidad lleva implícito el de comparación (igual, mejor o peor) y, por último,
- la necesidad de contar con un estándar, norma o modelo con el que compararse.

En el sector industrial la calidad ha sido definida como la “aptitud para el uso”, la “adecuación a la norma” o como la “capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible”. En el sector sanitario, esta definición plantea los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el producto final de un servicio sanitario?: ¿curación, la mejoría, satisfacción?
- ¿Quién debe definir el objetivo deseado?: ¿los pacientes, los profesionales sanitarios, los directivos?
- ¿Cuál es el menor coste posible?

La respuesta a la primera de estas preguntas parece clara. El producto final de un servicio sanitario asistencial es el alta del paciente. Sin embargo, la diversidad de pacientes, desde el

*Cualquier referencia a la calidad de un servicio lleva consigo la evaluación del mismo, la comparación con un modelo o estándar y la aceptación de la competencia como estrategia de mejora*

*Iniciar un programa de mejora de la calidad en una organización, pasa por identificar el servicio o producto final que presta, el objetivo de cada uno de esos servicios con la participación de quienes van a recibirlo, quienes lo proporcionan y quienes lo financian, así como las posibles estrategias para obtener los mejores resultados con el menor coste posible.*

punto de vista de su morbilidad y de los valores y preferencias de cada uno de ellos, hacen difícil cuantificarlo. La heterogeneidad y dificultad para medir los productos resultantes de la atención sanitaria nos lleva a centrar nuestra atención en la "cadena de producción". En ella, podemos distinguir una función de producción técnica, que da lugar a productos intermedios (radiologías, analíticas, etc.), y una función médica ("alta del paciente"), que busca mejorar el nivel de salud. Así como medir los productos intermedios no entraña dificultad por ser tangibles, no ocurre lo mismo con los productos finales. Éstos han intentado medirse por diferentes métodos, como estancias, UBAs, UPAs, hasta otros más completos, aún en fase de desarrollo e implantación, como los sistemas de case-mix. Pero todos estos sistemas clasifican a los pacientes en función de la morbilidad por la que han sido atendidos, sin valorar otros aspectos clave en la calidad asistencial, como el punto de vista del paciente.

El objetivo a conseguir, es decir, el estándar adecuado para ese producto final, variará en función de quién lo defina. Mientras que en el sector industrial o manufacturero, son los clientes quienes lo hacen; en el sector salud es necesario llegar a un "consenso" entre gestores, profesionales y usuarios. Sin olvidar que el auténtico cliente es el usuario y es quien finalmente debería definir este objetivo. Para hacerlo, tendría que conocer parte de los aspectos científico técnicos que conlleva la atención, así como la disponibilidad de recursos financieros, por ello se delega en los profesionales y gestores estos atributos, quienes a su vez tienen que tener presentes los valores éticos y personales de sus pacientes.

Lograr este consenso pasa por un cambio cultural y social importante dentro de las organizaciones sanitarias.

Por otro lado, lograr los objetivos con el menor coste posible es ineludible. Cualquier servicio que busque la calidad debe trabajar siempre bajo la óptica de optimizar versus maximizar. No se trata de dar a unos cuantos lo mejor y sí de dar a la mayoría lo óptimo. Ninguna definición por sí sola da respuesta a todas estas cuestiones, sólo un análisis detenido de los componentes de la atención sanitaria, así como de los atributos que cada uno de ellos debe contener, podría hacernos llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad de la atención sanitaria.

## 2.1. Componentes, determinantes y atributos de la calidad asistencial

Los profesionales sanitarios tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente. Esta visión enfatiza en el primero de los componentes, la excelencia científico-técnica, en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, en la interacción, o calidad de la relación entre los profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente como receptor. Con mayor frecuencia es el paciente quien hace énfasis en este último componente.

Los determinantes claves de la calidad técnica son básicamente: la adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados se prestan. Algunos autores lo describen como "hacer bien lo que se debe hacer". Depende de la habilidad, conocimiento, competencia, interés, tiempo y recursos disponibles. En definitiva, de la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en su capacidad e interés para llevarlas a la práctica.

La calidad de relación entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente. En esta línea debe ser interpretada la definición del Instituto de Medicina Estadounidense (Tabla 1) cuando se refiere a los resultados deseados y las expectativas de los pacientes.

Tabla 1. Algunas definiciones sobre calidad de la atención sanitaria

Donabedian (1980): "Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que uno ha realizado balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas que sucedan tras el proceso de cuidados en todos sus componentes".

Instituto de Medicina (1990): "Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia".

*Los componentes que determinan la calidad de un servicio de asistencia sanitaria son: el científico-técnico, el interpersonal y los aspectos de organización y distribución de recursos. Se requiere la presencia de los tres componentes para alcanzar un alto nivel de calidad.*

Una visión globalizadora: Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar para ello.

El tercer componente de la atención sanitaria es el económico-organizativo. Incluye el punto de vista de las instituciones u organizaciones, que deben procurar, en una situación de recursos limitados, la accesibilidad de los usuarios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización.

Ninguna aproximación será válida si no incluye los tres componentes que acabamos de describir

Los atributos básicos de la calidad asistencial se muestran en la Figura 1



Figura 1. Atributos de la Calidad

### 3. Aproximación histórica

La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica.

Ya en el año 2000 a.C. en Babilonia el código Hammurabi regulaba la atención médica y en Egipto, se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. El tratado de Hipócrates de Cos, año 500 a.C., recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que aún hoy siguen vigentes. Estaban dirigidos básicamente, a normalizar el proceso de la práctica clínica. Los primeros trabajos de evaluación de la atención sanitaria los realizan epidemiólogos, como el Tratado sobre Política Aritmética, escrito en el siglo XVII por sir W. Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna; compara los hospitales de la ciudad de Londres con los de París y llega a afirmaciones tales como que "los hospitales de Londres son... mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16...".

*La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica*

#### 3.1. Desarrollo cronológico

El siglo XX se inicia con la evaluación sistemática de la calidad asistencial y abre un período en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación, conviven y se suceden a lo largo de tiempo. A continuación se presentan Algunos hechos y fechas claves en la evaluación de la calidad asistencial:

- 1912. La deficiente situación que presentaban los hospitales en EEUU a principios de siglo (falta de servicios centrales, mala organización, etc.) llevó a la asociación de cirujanos, American College of Surgeons (ACS), a retomar la iniciativa de Codman, cirujano del Massachusetts General Hospital, que perdió su puesto de trabajo por intentar que en la atención de todos los pacientes se exigiera el cumplimiento de una serie de estándares mínimos. Estos consistían en cinco reglas que dieron lugar al llamado "Programa de estandarización de los hospitales". Incluían los requisitos mínimos para prestar una asistencia de calidad: cualificación

*En el desarrollo e implantación de los programas de mejora de la calidad destacan tanto epidemiólogos, clínicos y cirujanos, como Sociedades Científicas y diferentes normativas o acciones gubernamentales.*



del personal, calidad y uso de la documentación clínica, tratamiento y revisión de la asistencia por colegas (peer review). La complejidad que fue tomando lo hizo demasiado costoso como para ser sostenido únicamente por el ACS.

- 1951. El ACS crea una plataforma organizativa junto con el American College of Physicians, la American Hospital Association, la American Medical Association y la Canadá Medical Association, constituyendo la conocida y cada vez más activa Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH).
- 1966. Un hito en la historia del control de calidad surge con Avedis Donabedian, formuló la estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, proceso y los resultados.
- 1972. Surge en EEUU la Professional Standards Review Organization (PSRO) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid.
- 1979. Se crea en Holanda la CBO, organización para la asesoría de hospitales en temas de calidad y educación. Con fines no lucrativos, y aunque de ámbito preferentemente nacional, tiene también difusión internacional como lo refleja la publicación de la European Newsletter on Quality Assurance.
- 1980. "Salud para todos en el año 2000". OMS: "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, continúa y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados 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".
- 1988. P. Ellwood propone el desarrollo de un programa para EEUU basado en orientar los resultados de la asistencia

sanitaria (outcomes management) al establecimiento de estándares y diseño de guías de práctica clínica.

- 1989. D. Berwick propugna el Continuous Quality Improvement (CQI) como un modelo de mejora continua para servicios sanitarios.
- 1990. La JCAH impulsa, con la agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de CQI y la necesidad de orientar los programas hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora.

---

### **3.2. Evolución hacia diferentes modelos en las organizaciones sanitarias**

---

En este apartado tratamos de analizar las diferentes orientaciones de dichos programas a lo largo del siglo XX.

Hasta mediados del siglo XX gran parte de las acciones de evaluación surgían de la iniciativa particular de los profesionales de la medicina, epidemiólogos o asociaciones científicas. Esta etapa se corresponde con el modelo profesional, que se caracterizó básicamente por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y algo en resultados (Tabla 2). También en los últimos años del siglo XIX y primeros del XX se inicia el período del control activo de la calidad de los servicios sanitarios, cuando tras la Revolución Industrial, el sector manufacturero inicia el paso del control pasivo al control activo de la calidad de sus productos, del control del consumidor al control realizado por el productor. Hasta ese momento, los consumidores, cuando adquirían un producto que resultaba ser deficiente en alguna de sus características, exigían ser compensados por ello. Se hacía así un control pasivo de la calidad de dichos productos. Gradualmente, la industria asumió la función de comprobar la calidad, tanto de la materia prima como del proceso de producción y del producto final antes de lanzarlo al mercado. Los productores se habían dado cuenta de que, cuanto más irreversible y costoso era el proceso de producción, más empeño había que poner no en examinar la calidad de los productos, sino en elaborarlos con ella. En los servicios sanitarios, donde los errores son irreparables, esta iniciativa surge desde los profesionales sanitarios. Los modelos

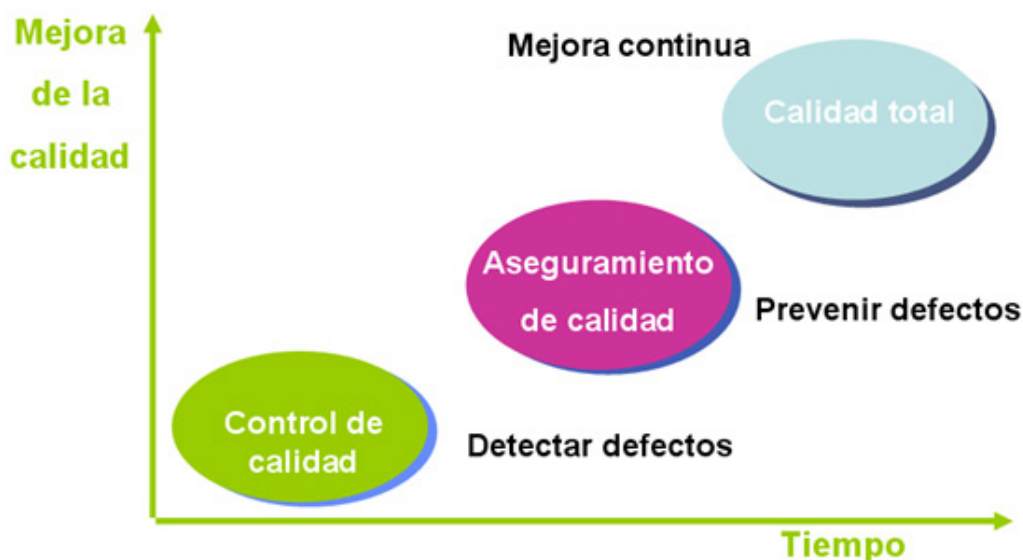
*Los modelos de gestión de calidad en las instituciones sanitarias han evolucionado en tres grandes etapas: la individual; la burocrática, cercana a la época del control estadístico de la industria; y los modelos de Mejora Continua, similares a la época industrial de la Gestión Total de la Calidad*

de evaluación (assessment) son los que predominan.

Hacia los años 60-70, los gobiernos y financiadores comienzan a interesarse por la evaluación de la asistencia sanitaria. Se inicia el período burocrático, en el que las decisiones de los profesionales empiezan a estar marcadas por las reglas de la organización. Durante estos años, comienza a producirse un cambio desde el análisis individual de patrones de cuidados hacia el análisis estadístico de los procesos.

Figura 2.

MODELO	Profesional	Burocrático	Industrial
TIPO DE DATOS	Estructura resultados	Proceso, estructura	Proceso, estructura, resultados
TIPO DE MEDIDAS	Criterios implícitos	Criterios explícitos: sucesos centinela y técnicos	Criterios explícitos: indicadores ajustados a severidad, calidad de vida
CONCEPTO			
Médico	Médico	Vendedor/proveedor	Asociado
Paciente	Paciente	Beneficiario	Cliente



f2. Evolución de histórica de la Calidad

El modelo profesional había sido el primero en existir y tenía buena acogida por parte de los médicos. Los estándares profesionales se revisaban por pares y los mecanismos de control de la calidad eran responsabilidad de cada profesional (Figura 2). Hacia los años 70, el rápido desarrollo tecnológico de la sanidad, la variedad de técnicas complejas que iban emergiendo, el trabajo en equipo y la aparición de otros profesionales no médicos en los servicios sanitarios (terapeutas, técnicos, etc.) hizo que la comunicación y la coordinación entre todos estos profesionales fueran motivos suficientes para la aparición del modelo burocrático. Contradicciones de este modelo organizacional son los requerimientos, por un lado, de solicitar que las organizaciones realicen su auditoría interna y, por otro, la obligatoriedad de revisión externa sobre la utilización de recursos que hace el desarrollo de la Professional Standards Review Organization (PSRO) para los programas Medicare y Medicaid. Estas dos estrategias de auditoría externa e interna son causas del entonces, y todavía actual, escepticismo de los médicos sobre los programas de mejora de calidad. La etapa burocrática deriva en los modelos de Quality Assurance (Tabla 3).

A mediados de los años 80, en EEUU, comienza a introducirse el modelo industrial en los servicios de salud. El paciente pasa de beneficiario a ser cliente. Las actividades de garantía de calidad son absorbidas por una estrategia de mejora continua de la calidad, y la calidad debe de ser también una preocupación de los líderes, directivos de la organización, y estar enfocada siempre a la búsqueda de las perspectivas de los clientes.

Hacer confluir los intereses del médico, de la organización y del paciente puede ser "política y económicamente irresistible y éticamente gratificante". Esta es la línea propuesta por el conocido modelo del que hablaremos más adelante, Mejora Continua o Continuous Quality Improvement (CQI).

Tabla 3. Modelos de Quality Assurance y Continuous Quality Improvement

Características	QA	CQI
Punto de vista	Reactivo	Proactivo
Objetivo	Conseguir la norma	Atender necesidad cliente
Medición	Esporádica	Continuas
Dirección	Centralizada	Descentralizada (gestión)
Acción	(coordinación) Recomienda	Implanta

## 4. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

### 4.1. Aspectos a evaluar

*Conocer el nivel de calidad de la atención que presta un centro sanitario pasa por valorar tres grandes aspectos: la adecuación de los servicios que presta, la excelencia con que los presta y la satisfacción de quienes los prestan y de quienes los reciben.*

Una vez analizados los componentes y evolución de la calidad asistencial se deduce que conocer el nivel de calidad de la atención que presta un centro hospitalario pasa por valorar tres grandes aspectos o determinantes de la misma: la adecuación, la excelencia y la satisfacción de la persona o paciente que recibe esa atención. Desarrollar medidas que permitan conocer con fiabilidad el nivel que cada centro alcanza para cada uno de estos determinantes es todavía un reto en el campo de la atención hospitalaria.

Referente al **grado de adecuación** de los diferentes procedimientos que se aplican a los pacientes, existe un gran número de estudios que muestran la variabilidad intercentros en la aplicación de los mismos. Por ej, la tasa de mujeres sometidas a cesáreas en España varía entre 9,9 y 14,7 por cada 100 nacidos entre las diferentes Comunidades Autónomas, con importantes diferencias según la financiación de los servicios sanitarios sea pública o privada. Si bien en estas diferencias de uso pueden estar pesando las diferencias en la disponibilidad de recursos y el modelo de financiación de los servicios sanitarios, no parecen razones suficientes para explicar dichas variaciones, que siguen

manteniéndose entre hospitales de un mismo país o zona con igual sistema de financiación y similares recursos.

En segundo lugar, cuando un procedimiento ha demostrado su eficacia, el siguiente paso es hacer que sea efectivo. Buscar la efectividad lleva a lograr la excelencia de nuestro trabajo. Entendido así, promover la calidad asistencial es promover la efectividad y, siendo ambiciosos, es promover la eficiencia, pues en la demanda ilimitada de necesidades en la que se mueve el sector sanitario, especialmente el sector público, es obligado elegir la alternativa menos costosa de todas las efectivas.

Por último, en lo que se refiere al tercer determinante, buscar la **satisfacción** del paciente con la atención recibida, dándole de forma comprensible toda la información sobre su proceso para que éste pueda participar activamente en la toma de decisiones y para mantener el comportamiento ético, es una de las obligaciones más importantes de quienes trabajamos en este sector.

---

## 4.2. Métodos de evaluación. Ciclo de Evaluación.

---

Donabedian desarrolla la estrategia para evaluar la calidad asistencial, basada en:

- Análisis de la estructura, recursos:
  - humanos
  - materiales
  - financiación
- Análisis del proceso o valoración de los métodos empleados.
- Análisis de los resultados como un estudio del producto obtenido.

Aunque parece lógico pensar que si el análisis de la estructura y del proceso son buenos también lo será el del resultado, esto no siempre es así. Lo que sí hay que tener en cuenta es que si uno de los dos, la estructura o el proceso, falla, el análisis del

*Hacia los años 80, Avedis Donabedian formuló claramente que la estrategia para evaluar la calidad de un servicio asistencial requiere evaluar la estructura (recursos), los procesos y los resultados de la misma.*

*El ciclo de la evaluación, aunque sencillo, requiere emplear el método científico en cada una de las fases del mismo.*

resultado con gran probabilidad alojara resultados negativos.

Para la mejora de la calidad, es necesario un conocimiento previo de la realidad. El primer paso es decidir qué es lo que queremos medir (criterios), qué herramienta (indicador) utilizaremos y qué valores consideraremos como aceptables (estándares). En segundo lugar, buscaremos aquellas fuentes de datos que consideramos más fiables. Una vez recogidos y analizados estos datos, tendremos en nuestras manos una información que nos permitirá conocer hasta qué punto estamos dentro del nivel que habíamos fijado como aceptable, y poner en marcha acciones de mejora.

Habitualmente, la evaluación suele estar dirigida a monitorizar aspectos clave para la calidad de la atención de una organización o servicio (infección, mortalidad, aspectos relacionados con la farmacia, documentación, etc.) o bien aquello que se ha identificado y priorizado como un problema para un servicio o unidad.

Los pasos se esquematizan en la Figura 3. Similar al ciclo de evaluación y mejora que acabamos de exponer es el ciclo PDCA que incluye las cuatro fases obligadas en la mejora de la calidad (Figura 4):

- A) Fase de Planificación: Tener definido hacia donde vamos (Plan).
- B) Fase de Implantación: Hacer aquello que hemos planificado (DO).
- C) Fase de Evaluación: Comprobar si lo hemos conseguido (Check).
- D) Actuar de nuevo: Implantar las medidas de mejora o acciones correctoras (Act).

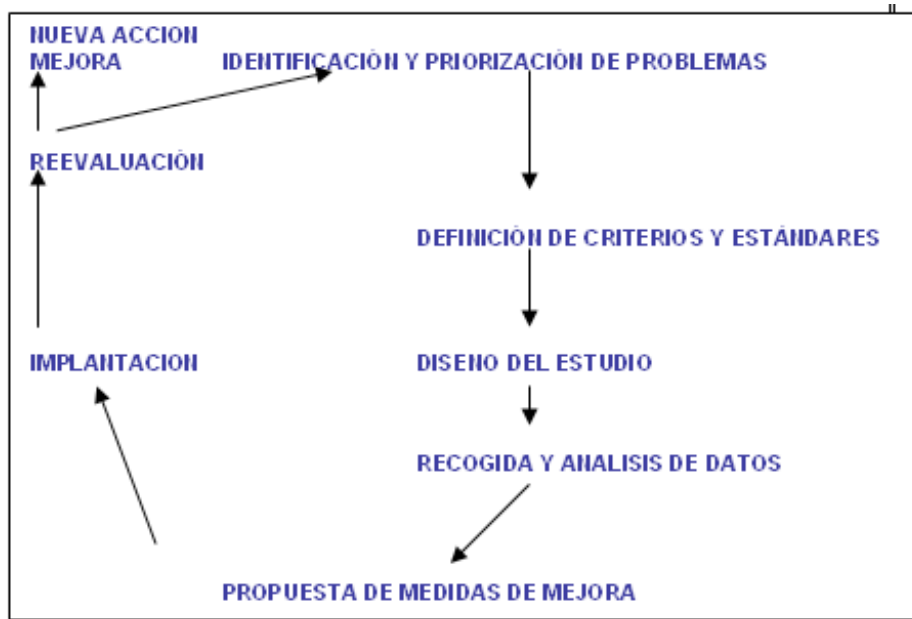


Figura 3 . El ciclo de la evaluación

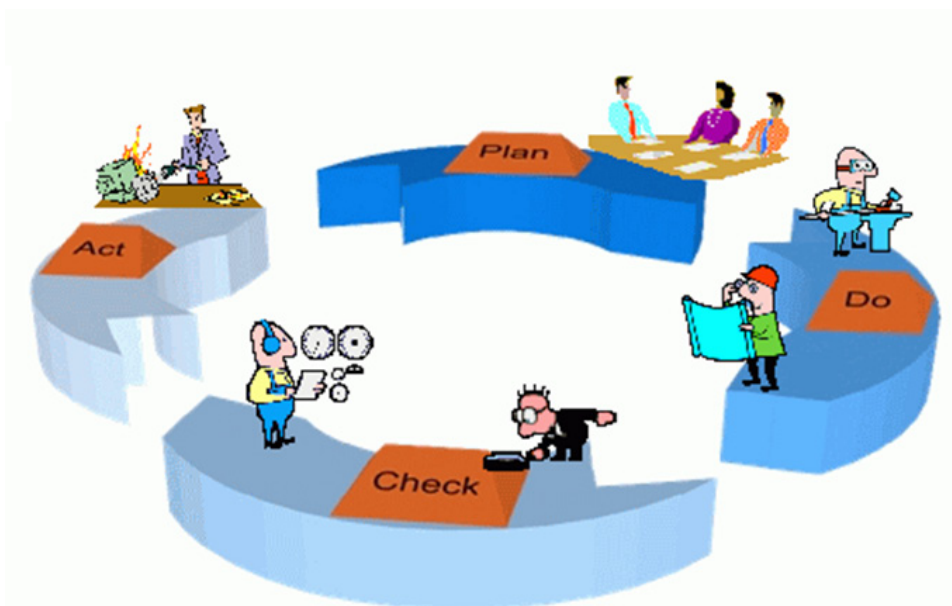


Figura 4. PDCA

### 4.3. Definición de criterios, indicadores y estándares

Criterios: al hablar de criterios, definimos el patrón de aquello que queremos medir. Establecemos un instrumento de medida y, como tal, éste debe de ser válido (capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado), fiable (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y sensible (si aquello



*Definir un criterio es definir el patrón de aquello que queremos medir.*

que medimos varía, el criterio debe de ser capaz de detectar dicha variación).

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos:

- Según el momento en que se formulan. Explícitos, previa a la medición, o implícitos, si una vez que hemos recogido un hecho, nos planteamos qué es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos esta actuación. Los criterios explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez.
- Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, hablamos de criterios **específicos**. Si analiza aspectos más amplios del proceso asistencial tendríamos criterios **generales**.
- Cuando fijamos un criterio de acuerdo a la práctica y a resultados previamente obtenidos, establecemos un criterio empírico. Si lo hacemos en términos teóricos, teniendo en cuenta aquello que consideramos como la mejor asistencia posible, estaríamos fijando un criterio **ideal**.

Otras características o condiciones mínimas que se le deben de exigir a un criterio son:

- simplicidad (detallados y precisos);
- aceptabilidad (basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia);
- adaptables a los recursos de los profesionales y pacientes;
- actualización.

**Indicadores:** Los datos obtenidos para ser indicativos de una situación o aportar información al respecto, han de tener cierta elaboración. Los valores absolutos o brutos deben de estar referidos a algo o alguien en forma de porcentajes, ratios, tasas etc., para permitir su interpretación y comparación.

Ej: Decir que en un servicio de cirugía, 3 pacientes han sufrido

una infección de herida, no aporta información. Decir que 3 pacientes de los 30 que ingresaron durante ese mes sufrieron una infección, aporta algo más. Decir que 3 pacientes, de los 230 días de estancia que tuvieron los 30 pacientes ingresados durante ese mes, sufrieron una infección aporta aún mayor información.

**Estándares:** son los valores del indicador que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable.

Al igual que los criterios, pueden ser ideales o empíricos. A su vez, los estándares ideales pueden dividirse en "óptimos" y "absolutos". Mientras que los estándares ideales absolutos únicamente aceptan valores de 0 ó 1 o frecuencias del 100% o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores o frecuencias intermedias, basadas en resultados de los mejores hospitales u opiniones de expertos.

Los estándares empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos de estadísticas o encuestas de centros similares.

Los estándares han de ser consensuados y aceptados por los clínicos.

*Los indicadores son los métodos empleados para medir un criterio.*

#### 4.4. Técnicas para identificar y priorizar problemas

Herramientas	Identificación	Priorizando
Diagrama de flujos	XXXXX	
Lluvia de ideas	XXXXX	
Técnica de grupo nominal	XXXXX	
Gráfico de Pareto	XXXXX	XXXXX
Diagrama de causa-efecto	XXXXX	XXXXX
AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)	XXXXX	XXXXX
Gráfico de desarrollo	XXXXX	XXXXX
Histograma		XXXXX
Gráfico de control		XXXXX
Análisis de campos de fuerza		XXXXX
Diagrama de dispersión		XXXXX

Tabla 4. Métodos para identificar y priorizar problemas

## a) Identificando problemas

Un problema es una situación considerada como deficiente, bien por el usuario o familiares (cliente externo), por los trabajadores (cliente interno) o por la organización. Habitualmente, no es necesario buscar los problemas, llegan a través de cualquiera de los colectivos que acabamos de mencionar. Sí que es necesario constatar que todas las deficiencias manifestadas son problemas reales. Los métodos que más frecuentemente se emplean para identificar problemas son:

- A través de indicadores. Pueden basarse en una proporción (porcentaje de pacientes que sufren reacciones adversas a medicamentos, úlceras por presión, etc.), razón (médicos por cama, enfermeras por cama, etc.) o en una tasa (incidencia de infección, caídas, etc.), o bien ser indicadores basados en un suceso centinela (miden un hecho grave y frecuentemente evitable).
- A través de encuestas de opinión. En los centros hospitalarios, pueden ser de gran utilidad los resultados obtenidos desde las encuestas posthospitalización que habitualmente se realizan.
- A través de métodos de consenso. Sin profundizar en ellos, mencionar tanto las técnicas Delphi como las de brainstorming, brainwriting y, especialmente, las técnicas de grupo nominal.

## b) Priorizando problemas

En la priorización de problemas deben de considerarse conjuntamente aspectos como el número de pacientes a los que afecta un problema, la gravedad de dicho problema, la existencia o no de posibles soluciones y el coste de las mismas.

---

## 4.5. Diseño de estudios

---

Una vez identificado y priorizado el problema a mejorar, el siguiente paso es realizar un estudio para conocer los puntos

débiles o posibles causas del problema con el objetivo de que puedan ser instauradas las medidas correctoras oportunas. El diseño de un protocolo de estudio para evaluar la calidad de la atención no difiere de cualquier otro diseño de estudio. Los pasos a seguir, de forma resumida, incluyen:

- a) **Definir la población diana o muestra del estudio.**
- b) **Relación temporal del estudio:** retrospectivo, transversal o prospectivo.
- c) **Tipo de datos:** datos de estructura, de proceso o de resultados.
- d) **Las fuentes de datos:** historia clínica, la observación, las estadísticas de admisión y archivos (especialmente, el Conjunto Mínimo Básico de Datos) y las opiniones de los pacientes.

El método de la observación directa ha sido muy empleado por la American Hospital Association (AHA) y, especialmente, para valorar procesos de enfermería. La observación puede ayudar a valorar la empatía de las relaciones médico-paciente u otras actividades del proceso asistencial. Consiste en elaborar una hoja de observación donde figuren un número determinado de criterios cuyo estándar únicamente pueda ser 0 (respuesta negativa) ó 1 (respuesta positiva). Con este método se puede llegar a obtener un índice global de calidad (IC) ( $IC = \frac{\text{Respuestas positivas}}{\text{Total de respuestas posibles}}$ ) para la unidad de estudio que hemos seleccionado. La opinión del paciente servirá para valorar aspectos que el profesional, en muchas ocasiones, no considera importantes. Existen distintos tipos de encuestas que pueden variar en función del momento en que se realicen: (intrahospitalización, poshospital, etc.) o según sean orales, escritas, telefónicas, etc.

- e) Recogida de datos: definir claramente la hoja de recogida y las instrucciones para ello.

---

## 4.6. Análisis de los datos

---

El análisis de los datos permite comprobar si se alcanzan los estándares previamente definidos y, si no es así, analizar los posibles factores causales. Preferentemente se realizará el análisis por más de un evaluador, profesionales del tema, quienes emiten un juicio sobre si las desviaciones observadas están o no justificadas (revisión por pares, colegas o peer review).

---

## 4.7. La acción de mejora o acción correctora

---

El objetivo de cualquier programa de Mejora de Calidad debe ser la intervención, con el fin de evitar aquellos problemas que han sido detectados. Las causas de estos problemas frecuentemente son de tipo organizativo o de actitudes. Según el tipo de problemas, la intervención variará desde medidas que requieren la decisión de órganos ejecutivos, por necesitar incremento o redistribución de recursos, hasta la formación e información de los profesionales sobre los resultados del trabajo. Toda necesidad de cambio debe estar siempre bien documentada o de lo contrario será difícil lograrla. Se hará un informe detallado de las medidas o alternativas de intervención para solucionar el problema y el informe sobre las medidas necesarias para volver a evaluar la eficacia de dichas acciones correctora. Los informes se tienen que presentar a quienes tienen la responsabilidad y la autoridad para implantar las medidas correctoras. Por ello, es necesario que cualquier institución u organización tenga debidamente definido y asumido que, aunque en última instancia la responsabilidad máxima recaiga en la Dirección, debe tener establecido quiénes son los responsables de la calidad a cada nivel.

---

## 4.8. La reevaluación

---

El ciclo no puede ser cerrado hasta que la reevaluación de las acciones de mejora se haya realizado, para continuar con la planificación de la siguiente fase de mejora.

*La participación de los profesionales es fundamental desde el inicio de los estudios, pues va a condicionar las resistencias al cambio.*

## 5. Técnicas de evaluación de servicios asistenciales

---

### 5.1. Audit médico

---

- En los años 50, eran frecuentes en Estados Unidos las auditorías externas en los hospitales. Al evaluar directamente a los profesionales y las organizaciones, producía cierta incomodidad. Como alternativas surgen en 1960, por parte de la Comisión on Professional and Hospital Activities (CPHA), lo que se conoce hoy como audit médico, ampliamente empleado como método de control de calidad. El audit médico se define como la evaluación retrospectiva de la práctica asistencial realizada por los profesionales sanitarios. Se trata de una autoevaluación de las actividades clínicas realizada por los responsables de la asistencia. De esta forma, resulta más fácil conseguir implantar los cambios que se hayan detectado como necesarios. Suelen ir dirigidos a evaluar aspectos concretos y puntuales de la asistencia.

### 5.2. Círculos de calidad

---

Paralelamente al desarrollo en los hospitales de Estados Unidos del audit médico, en la industria se introduce el concepto de una nueva gestión con responsabilidades compartidas y comienzan a desarrollarse los llamados círculos de calidad. Aunque esta idea de los círculos de calidad había nacido en los Estados Unidos, fue en Japón donde primero se llevó a la práctica y desde donde se propagan dentro del mismo Japón (con más de un millón de círculos) y posteriormente hacia los Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña y en la década de los 80 hacia nuestro país. Este proceso, se adopta en algunos sectores sanitarios unos años más tarde. Los círculos de calidad están constituidos por un grupo de voluntarios que, utilizando una metodología común, tratan de evaluar la asistencia prestada e implantar una serie de medidas para mejorar la calidad de la misma.

Para que estos círculos de calidad sean efectivos es necesario:

- que estén apoyados por la Dirección

- que los participantes sean voluntarios y
- que asuman que la calidad es algo que se consigue entre todos.

### **5.3. Evaluación del riesgo en los servicios clínicos**

El elevado porcentaje de efectos adversos que sufrían los pacientes como consecuencia de actuaciones médicas, así como el aumento del número de reclamaciones que por esta causa se producían en los hospitales, junto con la importante elevación de los costes llevó, hacia 1976, a la Asociación Médica y a la Asociación de Hospitales de California a implantar un sistema de mejora de la calidad orientado fundamentalmente a la búsqueda de aquellos sucesos adversos que ocurrían en los pacientes (APO) y que, en situaciones óptimas, no deberían haber ocurrido; según W. R. Fijer se trataría de medir la discalidad. Este proceso conlleva los siguientes pasos:

- Fijar los criterios que describen sucesos que no son consecuencia normal de una enfermedad ni de su tratamiento o diagnóstico.
- Utilizar un estándar de 0% (no deben ocurrir, salvo en las excepciones marcadas con el criterio).
- Analizar la historia clínica para revisar los criterios durante las primeras 48 horas del ingreso del enfermo y posteriormente cada 3 días y 2 semanas tras su alta.
- Realizar un informe resumen de cada enfermo.
- Revisar y estimar las desviaciones a los estándares por servicios y por staff médico o profesional al que corresponda.
- Respuesta inmediata a los mismos.
- Nueva revisión y estudio de tendencias.

## 5.4. Comisiones clínicas

---

Para evaluar la calidad asistencial en nuestros hospitales, las comisiones clínicas sean probablemente el sistema de organización más clásico. Diferentes normativas han exigido su constitución.

Son órganos consultores sobre planificación, control y mejora de la calidad.

Colaboran en la coordinación y ejercicio de la actividad directiva

Para su buen funcionamiento es importante definir sus objetivos y funciones y contar con el apoyo de la dirección.

Hoy en día, se consideran verdaderos grupos de mejora en la mayoría de nuestros centros.

- Biblioteca
- Catástrofes
- Documentación clínica
- Docencia
- Farmacia
- Hemoterapia
- Infecciones
- Investigación
- Mortalidad
- Quirófanos
- Sesiones clínicas
- Tecnología y adecuación de métodos diagnósticos y terapéuticos
- Urgencias
- Tumores
- Cuidados de enfermería



## 5.5. Los programas de mejora a nivel de Servicio / Unidad Asistencial

Se expone a continuación el método propuesto por la JCAHO.

Pasos para la realización de un programa de calidad

- Paso 1. Asignar responsabilidades: grupo de personas.
- Paso 2. Describir el campo de actuación: tipo de cuidados o servicios que se prestan.
- Paso 3. Identificar los aspectos más importantes de esos cuidados o servicios que se prestan. Aquellos que van a permitir mejores resultados, aquellos que aportan mayor volumen de trabajo, sobre los de más alto riesgo o sobre aquellas áreas consideradas como problemáticas. Se trata de responder a las siguientes preguntas: ¿Qué actividades son tan frecuentes que queremos estar seguros de que son de calidad? ¿Cuáles tienen un impacto potencial tan importante sobre los pacientes que un error podría ser nefasto? ¿Cuáles son tan complicadas que tienen una tendencia natural a crear problemas?
- Paso 4. Identificar los indicadores. Hay que identificar indicadores adecuados a los objetivos planteados y definir claramente qué se pretende medir con ellos, cuál es su construcción o fórmula y qué tipo de indicador es (estructura, proceso o resultado, o bien centinela o proporción).
- Paso 5. Establece estándares para la evaluación. Cada indicador identificado o elegido debe acompañarse de una medida específica que defina lo mejor, permitiendo determinar el momento en que se debe realizar una evaluación intensa. Los estándares se pueden obtener del consenso entre los profesionales implicados, de la bibliografía o de los resultados de una vigilancia anterior. En cualquier caso, deben ser individualizados.
- Paso 6. Recogida y organización de los datos.

- Paso 7. Iniciar la evaluación.
- Paso 8. Realizar acciones basadas en las recomendaciones de las personas que han realizado la evaluación. Deben existir responsables con autoridad.
- Paso 9. Asegurar la efectividad de las acciones y mantener el objetivo o, lo que es lo mismo, determinar si las acciones son efectivas mediante la "monitorización" continua.
- Paso 10. Comunicar los resultados a las personas y grupos relevantes. El departamento/servicio comunica los resultados del programa de garantía de calidad según la necesidad.

---

## **5.6. Instrumentos para gestionar la utilización de recursos y reducir selectivamente la utilización inapropiada**

---

Entre los métodos más empleados podemos citar:

- Gatekeeping: médicos de atención primaria como puerta de entrada al segundo nivel asistencial.
- Programas de segunda opinión: emisión de un segundo dictamen para indicar un procedimiento.
- Gestión de casos (case management), dirigidos a enfermedades crónicas y/o de ancianos; desde un punto de vista sociosanitario se planifica una atención individualizada.
- Planificación del alta: identificación activa y temprana de pacientes que pueden plantear demoras en el momento del alta (bed-blockers).
- Revisión de la utilización: aplicación de criterios explícitos o juicios de expertos para monitorizar la pertinencia de las intervenciones.

Estas técnicas pueden ser prospectivas (programas de segunda opinión, realización de pruebas de preingreso, programación adecuada); retrospectivas (adecuación de Ingresos y estancias: Appropriateness Evaluation Protocol), servicios diagnósticos o revisión de utilización de medicamentos o intercurrentes (revisión concurrente de la hospitalización, planificación del alta y asignación de la duración de estancia máxima).

### 5.7. Vías clínicas o críticas (clinical pathways)

Son planes asistenciales multidisciplinares, que se aplican a enfermos con una patología determinada y de curso clínico predecible. Coordinan todas las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más valorados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios) como los de los enfermos (información y ajuste de las expectativas), así como aspectos de eficiencia y gestión de costes.

La presentación más común de las vías clínicas es la de una matriz temporal, con divisiones por días/horas, donde se distribuyen todas las acciones e intervenciones. La información se distribuye en categorías que ocupan las cabeceras de las filas de la matriz, mientras que el tiempo se representa en las columnas.

Hacen compatibles algoritmos, protocolos y toda clase de recomendaciones en la atención del paciente.

Algunas de sus ventajas: reducción de la variabilidad no deseada en la asistencia, evitando ineficiencias, información redundante y decisiones retrasadas; definición de responsabilidades de cada profesional, mejorando el ambiente laboral; seguridad legal. Son de gran utilidad en formación de residentes y una valiosa forma de informar al paciente y acompañantes. Les informa de lo que pueden esperar día a día y establece un compromiso de la institución con su atención y cuidado.

*En el proceso de gestión clínica, las vías clínicas representan la línea más idónea para la evaluación y mejora.*

## 6. La satisfacción del usuario

La calidad de la atención que percibe el paciente está determinada por la diferencia entre las expectativas y la percepción de los resultados reales. Por ello, la satisfacción va a depender en gran parte de la información o expectativas que sobre la prestación de un servicio tengan nuestros pacientes. Será, por tanto, una responsabilidad de los servicios el dar participación a los usuarios o pacientes tanto para conocer sus necesidades y expectativas como para ver en qué nivel consiguen satisfacerlas. En la Tabla 5 se presentan las posibles relaciones entre la realidad de un centro o servicio y la percepción que los usuarios pueden tener de ese servicio. Así, se puede observar que en muchas ocasiones la realidad de nuestros centros puede ser excelente mientras que nuestros pacientes o usuarios no la perciben como tal, y viceversa. Surgen de este modo un gran número de falsos positivos y falsos negativos que sólo la información clara y veraz y el tratar de igualar las expectativas a la realidad podrá evitar.

Percepción	Realidad	
	IMAGEN	
	+	-
+	1	2
-	3	4

1. Situación idónea o de verdaderos positivos.
2. Algo en la organización no funciona y los clientes no se han percatado, situación de falsos positivos.
3. Para nosotros la organización funciona bien, pero los clientes no lo perciben así, situación de falsos negativos.
4. La organización tiene problemas y los clientes lo saben, situación de verdaderos negativos.

Son pocos los medios de participación que en este aspecto utilizan los servicios sanitarios. Para conocer aquello que quieren los usuarios se dispone de las reclamaciones y las encuestas de satisfacción. Aunque toda reclamación debería ser interpretada como una oportunidad de mejora, es frecuente que al recibir éstas no sean entendidas en este sentido, sino únicamente como una afirmación de que existe un defecto desde la percepción del paciente en la calidad del servicio, lo que sin duda es también cierto. El número de reclamaciones que reciben los servicios

*Las expectativas del usuario determinan en gran parte la satisfacción con los servicios recibidos.*

*"conocer aquello que los usuarios esperan de nosotros es sólo una parte del reto. La otra, la más grande es corresponder a sus expectativas".*

sanitarios, aunque está incrementándose durante los últimos años, es habitualmente bajo. Razones, fácilmente deducibles, hacen que el paciente no reclame cuando debería de hacerlo y que, en ocasiones, lo haga cuando no existe un problema real sino percibido.

Las encuestas de satisfacción han comenzado a generalizarse durante los últimos años en la mayoría de los servicios sanitarios. No obstante, la dificultad de realizar una encuesta hace que muchas de ellas no sean desde el punto de vista metodológico correctas y que sus resultados carezcan de validez.

## **7.- La organización y los modelos de calidad en el hospital. La orientación al paciente y a la excelencia**

### **7.1. La estructura organizativa para implantar el plan de calidad en el hospital**

La experiencia acumulada en los últimos años, en aquellos centros que han tenido un profesional dedicado a impulsar acciones de calidad, ha dado buenos resultados. Según las características de cada hospital, el Coordinador del Programa de Calidad dedica toda su actividad a esta función, o la compagina con otra actividad asistencial.

El Coordinador del Programa de Calidad desarrolla funciones en el área de planificación y en el de mejora de la calidad. Así, debe asumir entre otras las siguientes funciones:

- Asesorar al equipo directivo en el diseño del programa de calidad del centro y su estrategia de implantación;
- Impulsar la constitución de las Comisiones Clínicas y de la Comisión Central de Garantía de Calidad;
- Colaborar con la Dirección en la definición de objetivos tanto a nivel de hospital, como hacen las Comisiones Clínicas, como de Servicio;

*Es necesario contar con una estructura organizada para mejorar la calidad. La responsabilidad máxima de la calidad de la atención en el hospital recae en la Dirección.*

- Coordinar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas, fomentando la participación de todos sus miembros y garantizando la eficacia de sus sesiones;
- Diseñar el Plan de Seguimiento y evaluación de objetivos y colaborar en el control y cumplimiento de los mismos;
- Facilitar apoyo logístico y metodológico a los profesionales que participen en las actividades de mejora de la calidad;
- Organizar y llevar a cabo actividades docentes en mejora de la calidad; e
- Impulsar la realización de actividades tendentes a la mejora de la calidad, procurando la difusión interna y externa de las mismas.

## **7.2. El European Forum for Quality Management: Un modelo de excelencia**

---

El enfoque de la contención de costes hacia la reducción del uso inapropiado de los recursos sanitarios evita sucesos adversos, reduce costes y mejora la calidad. Eisenberg, en 1985, estima que los médicos en Estados Unidos, menos del 0,5% de la población, efectúan decisiones que se traducen en el consumo de más del 10% (gastos en sanidad de Estados Unidos) del Producto Nacional Bruto. Este criterio, entre otros, avala la necesidad de evaluar la efectividad de estas decisiones y su eficiencia. En la práctica, una baja calidad asistencial suele coexistir con ineficiencia, pues los costes de la "no calidad" asistencial, de la necesidad de reingresos no esperados, de la aparición de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, de reacciones adversas a medicamentos, de reacciones postrasfusionales, etc. y la necesidad de nuevos gastos conlleva un elevado coste-oportunidad. Resultaría fácil ignorar los costes y asumir que la calidad asistencial viene dada sólo por aquellos cuidados que esperamos que consigan alcanzar los mejores resultados de salud.

La excelencia, la innovación y la anticipación son las tres claves del éxito en el futuro de las organizaciones. La excelencia para Barker es la clave del éxito sólo durante un tiempo, después será

*La innovación, la participación de los profesionales, el liderazgo de la Dirección y el enfoque hacia los procesos serán componentes importantes para la mejora de los resultados.*

la puerta de entrada, el requisito previo para cualquier organización. Ni el control estadístico del proceso, ni la mejora continua, ni el benchmarking, etc., son suficientes para mejorar. Sólo la búsqueda y el aprendizaje continuo de toda la organización serán la forma para seguir sobreviviendo.

En Europa, 14 empresas líderes tomaron, en 1988, la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM), estableciendo en 1991 el Premio Europeo a la Calidad. En 1994, esta Fundación constituyó un grupo de trabajo para el Sector Público con el objetivo de adaptar el modelo a la atención sanitaria, educación, ayuntamientos y otros sectores públicos, publicando actualizaciones periódicas.

El modelo EFQM (European Forum for Quality Management) esquematiza de forma clara los criterios necesarios para el éxito de una organización, así como los criterios para evaluar sus resultados. Tras lo expuesto queda clara la influencia de los factores de organización de una empresa, la política de motivación e incentivación de su personal o la forma de realizar los procesos claves de esa organización para unos resultados excelentes.

Por ello, este modelo, que se mueve por el principio de la participación, el liderazgo y la autoevaluación, no es más que un modelo de gestión de una organización que trata de conseguir la mejora continua de la calidad de sus servicios.

El modelo EFQM de 2003 se ha actualizado en 2010, simplificando sus términos y mejorando su validez a todas las actividades y sectores. Se incluyen las nuevas tendencias emergentes y temas de interés de 'Creatividad e Innovación', 'Sostenibilidad', 'Gobernanza Corporativa', 'Agilidad Organizacional', 'Gestión del Riesgo', 'Promoción de productos y servicios' y 'Gestión de los Proveedores'.

En el nuevo modelo, se ha revisado y simplificado la ponderación de los criterios, a la vez que se mantiene el valor 'igualitario' entre la capacidad de una organización a través de los 5 criterios agentes y el rendimiento que ofrece a todos los grupos de interés en los 4 criterios resultados. Cada uno mantiene el 50% del total.

En la Figura 5 se presenta un esquema de los criterios agentes y resultados de este modelo así como la ponderación que alcanza cada criterio en el modelo.



El EFQM promueve la Autoevaluación como proceso clave de la actividad de una organización. Se trata de un análisis global y sistemático de las actividades y resultados de una organización que se compara con un modelo de excelencia empresarial (normalmente de una organización líder en el sector).

Permite identificar puntos fuertes que deben mantenerse y aprovecharse al máximo y otros que necesitan un mayor desarrollo, las áreas de mejora.

Facilita la posibilidad de promover y comparar, mediante Benchmarking la excelencia con otras áreas de la organización o con otras de la misma o distinta naturaleza.

La autoevaluación no consigue por sí solo mejorar la organización, pero ofrece una imagen del estado de la organización en un momento concreto, lo cual va a permitir poner en marcha acciones de mejora.



---

### **7.3. La Certificación ISO.**

---

Establecer un sistema de calidad según normas ISO es una responsabilidad de la Dirección que debe establecer, para cada una de las funciones definidas del sistema de calidad.

La International Organization for Standardization (ISO) se constituyó en 1947 y agrupa hoy a más de 130 países una organización adecuada, con responsabilidades definidas y recursos adecuados. Es una federación no gubernamental cuya misión es promover el desarrollo de la estandarización en gran variedad de campos y actividades, facilitando el intercambio de conocimiento y la cooperación internacional.

La familia de normas ISO 9000 constituye la base para el desarrollo de un sistema de gestión de calidad. Las más utilizadas ISO 9001, 9002 y 9003, dan las bases para llegar a sistematizar y desarrollar los estándares necesarios para obtener la certificación. El uso de estos estándares es totalmente compatible con cualquier otra estrategia de gestión de la calidad. La norma ISO 9000:2000 es una introducción a las normas principales y un elemento vital de las nuevas series principales de normas sobre sistemas de gestión de la calidad.

---

### **7.4. La participación del paciente: El informe Clinton y la respuesta del Gobierno estadounidense**

---

En 1999, el Presidente Clinton solicitó a la AHRQ un informe sobre los errores médicos. Dicho informe se elaboró en el plazo record de tres meses con la participación de diferentes agencias, y declara abiertamente que los errores médicos son una de las razones principales de muerte y lesión en los EEUU.

El Instituto de Medicina, estima que entre 44,000 y 98,000 personas mueren en los hospitales del país anualmente como resultado de errores médicos. Esto quiere decir que mueren más personas a causa de los errores médicos que de accidentes de tráfico, cáncer de mama, o SIDA.

Para la prevención de dichos errores el informe plantea una serie de estrategias que abarcan fundamentalmente el registro de los mismos y el análisis de factores causales dirigido a establecer medidas de prevención. Además implica directamente a los pacientes en su propio autocuidado (informe completo en la dirección [www.ahcpr.gov](http://www.ahcpr.gov)).

La respuesta del Comité para la Calidad del Gobierno americano:

Nuestros pacientes deben estar seguros de que reciben los cuidados apropiados a sus necesidades y que estos son consistentes con los conocimientos y las posibilidades que brinda la ciencia en ese momento. Sin embargo esa no es la realidad de muchos pacientes, dentro y fuera de nuestro medio. El Comité Asesor para la Calidad de los Estados Unidos ha aceptado que los problemas de calidad de la atención están en todos los medios y que la diferencia que existe entre los cuidados que reciben un gran número de pacientes y los que deberían de recibir no es una pequeña brecha o gap sino que existe un abismo entre ambos.

A partir de este informe, la Seguridad del Paciente comenzó a estar presente en la agenda de Organizaciones e Instituciones, impulsándose la cultura de Seguridad desde la OMS a todos los países, y se comenzaron a desarrollar distintas estrategias entre las que se incluye la implicación de los pacientes en su propia seguridad.

## Referencias bibliográficas

1. GRAHAM, N. O., ed. (1995). *Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution*. Maryland, 1995.

*Un buen texto que aborda la evolución de los modelos de dirección y gestión en los servicios sanitarios enfocados a la búsqueda de la mejora de la calidad asistencial. Bastante centrado en el sistema sanitario de Estados Unidos, su lectura permite extrapolar la experiencia de ese país a otros medios como el nuestro. Colaboran en él grandes expertos en evaluación sanitaria, como Wennberg o A. Donabedian.*

2. JURAN, J.M. (1990). *Juran y el liderazgo para la Calidad. Un Manual para Directivos*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

*Dirigido a directivos de cualquier sector, aunque no hace referencias específicas al sector sanitario, es recomendable su lectura para todos aquellos que quieran ejercer funciones de dirección y planificación en servicios sanitarios. Un manual para directivos que integra en los modelos de dirección la perspectiva de la gestión de la calidad de cualquier empresa.*

3. VARO, J. (1993). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

*Uno de los pocos textos en castellano que aporta una visión global sobre la calidad de los servicios sanitarios tanto desde la perspectiva de planificación como de gestión y metodología de la evaluación. Es un texto adaptado a nuestro medio.*

4. WENZEL (1993). *Quality Assurance. Perspectives for Clinicians*. Williams & Wilkinsons, 1993.

*Específicamente dirigido a profesionales que desarrollan su labor en el campo clínico, Wenzel, un prestigioso epidemiólogo experto en enfermedades infecciosas, consigue con este texto acercar la teoría a la realidad del día a día de los servicios hospitalarios. Presenta un gran número de programas e indicadores para el seguimiento de los diferentes servicios. Urgencias, cirugías, anestesia, etc.*