

UDS

LIBRO

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD EN SISTEMAS DE SALUD

ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

4° CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD EN SISTEMAS DE SALUD

Objetivo de la materia: Al finalizar el curso los alumnos serán capaces de analizar críticamente y valorar las aportaciones de los principales expertos mundiales de la calidad, al igual que los métodos actuales para evaluar y establecer estrategias para la mejora continua de la calidad en los servicios de salud e implementarlos en sus propios ámbitos.

ÍNDICE

UNIDAD I

HISTORIA DE LA CALIDAD Y LA SALUD

1.1	Introducción	10
1.2	El juramento hipocrático	15
1.3	Concepto de calidad y calidad total	18
1.4	Antecedentes de la calidad asistencial	22
1.5	Calidad de la atención	23
	1.5.1 Complejidades del modelo unificador	
	1.5.2 Enfoques para la evaluación	
1.6	Gestión de la Calidad	33
1.7	Modelos de calidad generales	34
	1.7.1 Modelo ISO 9000	
	1.7.2 Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)	
1.8	Mejora continua de la calidad	38
1.9	Definición de la OMS de la Calidad	39
1.10	Errores en el ámbito industrial y sanitario	39
	1.10.1 En el ámbito industrial.	
	1.10.2 En el ámbito sanitario.	
	1.10.3 Errores sanitarios que se pagan caro: las siete negligencias médicas más comunes.	

UNIDAD II

APLICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD

2.1	Gestión de la calidad en los sistemas de salud.	42
2.1.1	Normativa Legal	
2.1.2	Acreditaciones y/o certificaciones de obligado cumplimiento	
2.1.3	Compromiso de la alta dirección con la calidad	
2.2	Sistemas de gestión de la calidad utilizados en hospitales	46
2.3	Gestión por procesos en un hospital	53
2.3.1	Estructura organizativa	
2.3.2	Concepto de «proceso»	
2.3.3	Tipos de proceso	
2.3.4	Mapa de procesos	
2.4	Implementación de la gestión por procesos	58
2.5	Elaboración de un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente en un hospital	65
2.5.1	Estrategia y políticas de calidad	
2.5.2	Organización de la calidad	
2.5.3	Objetivos de los Planes de Calidad y Seguridad del Paciente	
2.5.4	Plan de Acción	
2.5.5	Sistemas de evaluación	

UNIDAD III

CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MEDICA EN MÉXICO

3.1	Antecedentes	69
3.2	Programa nacional de certificación de hospitales.	77

3.3 Desarrollo del modelo público e implantación de la certificación.	79
3.4 Avances	84
3.5 Resultados	87
3.6 Caso práctico: La experiencia del Institut Català d'Oncologia	89
BIBLIOGRAFÍA	103

UNIDAD I

HISTORIA DE LA CALIDAD Y LA SALUD

1.1 Introducción

La medicina, junto con la farmacia, son tan antiguas como la humanidad. Si bien inicialmente, fue el instinto el que hizo buscar al hombre prehistórico la solución a sus problemas de salud con lo que disponía del entorno natural que le rodeaba, la propia evolución llevó a la aplicación de remedios naturales más complejos, mezclando diversas sustancias (vegetales, animales y/o minerales) que, normalmente por similitud morfológica, creyó que podía servirle para el alivio de sus dolencias o curación de sus males. Posiblemente en la Prehistoria, el más anciano de la familia, precisamente por tener mayor experiencia, fuese el que recomendase el tratamiento más adecuado ante cada mal. Posteriormente, ya existieron personas especializadas del grupo humano de convivencia, más o menos sofisticada, que ya disponía de habilidades quirúrgicas y de conocimientos sobre remedios naturales que, mezclado con la aplicación de creencias sobrenaturales, ejercían como hombres de la medicina.

A pesar de que se considera que la existencia del ser humano tiene un millón de años, no es hasta hace unos cinco mil años que se tiene noticias históricas escritas de la Medicina y la Farmacia, si bien la Paleopatología ya demuestra que la preocupación por la salud es inherente a cada especie animal del planeta tierra y por supuesto, concomitante a la propia existencia del ser humano.

A partir del estudio de las referencias históricas del ejercicio de la Medicina, de la Cirugía y de la Farmacia, se puede comprobar como su práctica se tornaba cada vez más especializada y compleja. Ello estaba de acorde con la obtención de mejores resultados, lo que llevó a la consideración de que la práctica médica era eficaz y confiable, lo que implica una cierta calidad del hecho médico, quirúrgico o farmacéutico.

Vale la pena recordar algunos ejemplos históricos documentados:

1. En el Código de Hammurabi, dictado por dicho rey mesopotámico en fecha que varía según los autores entre el 2000 y el 1600 a.C., se encuentran disposiciones por las que se ha de regir la Medicina, determinándose los precios que se han de exigir según la víscera tratada y la categoría social del enfermo, pero paralelamente, si el acto quirúrgico no tenía éxito, se establecía el correspondiente castigo para el profesional. De hecho, el código no habla de medicina propiamente dicha, sino sólo de cirujanos. Los artículos del 215 al 227 del código, que hacen referencia a la actividad médica, tanto humana como veterinaria, contemplan sólo aquellas acciones que conllevan responsabilidad civil y penal y, ayer como hoy, la responsabilidad penal más claramente definida de mal práctica médica está en el campo de la cirugía.

Así, en el artículo 218, indica que *«si un cirujano o médico (los traductores emplean indistintamente ambos términos) ha tratado a un hombre libre de una herida grave con la lanceta de cobre y ha hecho morir al hombre, o si ha abierto la nube del ojo con la lanceta de bronce y destruye el ojo del hombre, se le cortarían las manos»*. Puede comprobarse que la falta de calidad del trabajo realizado, ya se consideraba entonces como un hecho grave con consecuencias punibles para el profesional sanitario.

2. El Antiguo Egipto también ha proporcionado documentos escritos, en forma de papiros, que reflejan los avances médicos, quirúrgicos y farmacéuticos de la época. Al igual que en la época mesopotámica, el entorno jurídico también castigaba la mala praxis del profesional sanitarios: el médico egipcio estaba obligado a aplicar los tratamientos que le habían enseñado y, si no lo hacía y su tratamiento fallaba, su proceder podía considerarse delictivo y en ese caso, si moría el paciente, se le juzgaba por homicidio. De nuevo, si no se era eficaz y se trabajaba con la calidad necesaria, había consecuencias jurídicas y penales. De esta época se dispone del Papiro de Edwin Smith, fuente de información sobre la terapéutica egipcia; se trata de un papiro de casi 5 metros de largo y 33 centímetros de ancho, del que se ha perdido su parte inicial, redactado por un médico en donde describe 48 casos quirúrgicos de lesiones accidentales, que revelan un conocimiento de la anatomía quirúrgica y de la patología sorprendentemente exacto. El Papiro de Ebers (1550 a.C.) es un rollo de 20,23 metros de largo y de 30 centímetros de ancho, con 108

columnas hieráticas, que contiene 877 recetas referentes a una gran variedad de enfermedades, en donde se indican las proporciones que deben guardar sus componentes, así como el modo de prepararlos, sus indicaciones y el modo de utilización. El papiro de Hearst, escrito en la misma época que el Papiro de Ebers, colecciona una serie de recetas (un total de 255) relacionadas con varias enfermedades, junto con instrucciones para asegurar la exacta y precisa preparación de los medicamentos. En definitiva, en el Antiguo Egipto ya existía un interés por generar, de forma escrita, enfermedades, lesiones, tratamientos y medicinas, haciendo una descripción lo más exacta posible para conseguir la correcta reproducibilidad de todo ello. Se podría intuir en estos papiros los inicios de una preocupación por la calidad de lo que se hacía. También en el Antiguo Egipto se puede constatar la existencia de una organización del Sistema de Salud: los médicos egipcios eran funcionarios del Estado encuadrados en un engranaje burocrático, basado en una cadena jerárquica, desde médicos de la Corte, a jefes de médicos o médicos inspectores, además de existir médicos especialistas, como cirujanos, oftalmólogos y odontólogos, profesionales diferenciados en aquella época.

3. En China se encuentran textos médicos que datan del año 540 a.C., lo que no quiere decir que la medicina china comience en esa época, pues sin duda alguna es mucho más antigua. En estos textos se presenta el estado del arte de la medicina en aquella época, los remedios aplicables y se regulan las competencias de los profesionales. Siguiendo la costumbre china, los médicos seguían exactamente las tradiciones de los mayores (reflejadas en los textos médicos) sin tratar de probar nuevos remedios, no sólo por no perturbar el equilibrio universal con nuevos elementos, sino por un estricto y elemental instinto de conservación, ya que si el enfermo fallecía se acusaba al médico de haber faltado a las normas y de no ser lo suficientemente sabio para llevar a cabo la misión que se había propuesto, por cuya causa era inexorablemente decapitado. Existían, por tanto, unas normas para asegurar la eficacia y calidad de la actuación del profesional sanitario, que si no eran aplicadas se entendía que generaban un fallo en el sistema, con las consecuentes consecuencias, tanto para el paciente como para el médico/cirujano/farmacéutico.

4. La medicina griega, fundamentada en los conocimientos del Antiguo Egipto y de las ideas indias sobre los elementos, se concibe como una parte de la filosofía: el médico era un filósofo de la naturaleza humana, del cuerpo humano, el experto en su funcionamiento y el único que podía conocer sus necesidades. Es una medicina racional y sistemática, cuyo resultado fue un sistema fisiopatológico y terapéutico que perduró hasta el siglo XIX, desplazado entonces por el avance del conocimiento científico de la medicina experimental de Claude Bernard, la teoría microbiana, la teoría celular, el crecimiento económico derivado de la industrialización. A Hipócrates, de la escuela de Cos, se atribuye el conjunto de obras denominado *Corpus Hippocraticum* (450-350 a.C.), textos de diferentes autores, que comprenden temas de medicina general, anatomofisiología, dietética, patología, terapéutica, cirugía, oftalmología, ginecología, obstetricia, pediatría, recogiendo las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos/cirujanos/ farmacéuticos. El hipocratismo es una mezcla de teoría humoral y de actitud clínica ante el enfermo. La actitud clínica se fundamentaba en las observaciones realizadas sobre el mismo enfermo, lo que hacía estar al médico cerca del enfermo, llegando a conocerle desde su más temprana edad, lo que facilitaba conocer su historia e incluso las características clínicas de su entorno y familia; el hipocrático era un auténtico médico de cabecera. Algunas de las reglas de la escuela hipocrática eran la regla del bien hacer, la educación del paciente y la individualización y oportunidad del tratamiento: actuar correctamente, teniendo en cuenta una sistemática racional que haga posible una actuación eficaz y de calidad. Este método de actuación se refleja en el célebre Juramento Hipocrático, compendio de la moral y ética médica y farmacéutica, cuyo fundamento sigue vigente aún en día, aunque no se sabe a ciencia cierta si se escribió en la época griega o fue redactado por autores posteriores.
5. Durante el siglo II a.C., el centro de influencia política del mundo mediterráneo se desplazó de Oriente a Roma. Este cambio no trajo consecuencias científicas revolucionarias. Antes bien, el mundo romano asimiló la ciencia griega (salvo excepciones en meteorología y geografía) y, por supuesto, todo lo relacionado con la ciencia médica y farmacéutica. Los médicos del Imperio Romano se dedican a la compilación: Celso, Dioscórides y Galeno no aportan criterios novedosos, sino

una visión de conjunto de la medicina y la farmacia en épocas anteriores, recopilando, ordenando, sistematizando y puliendo las obras de sus antecesores. De todos ellos, Galeno, nacido en Pérgamo hacia el año 129-130 de padre arquitecto, recibió una sólida formación científica y filosófica, realizando estudios médicos en diversas escuelas médicas del mudo alejandrino, marchando a Roma en el año 163 y, después de realizar viajes para recoger informaciones médicas, fue llamado por Marco Aurelio para permanecer en Roma durante más de 20 años como médico de Corte y redactando sus trabajos. Sus obras médicas pueden clasificarse en cinco grandes grupos:

- a. Escritos históricos, deontológicos y polémicos.
- b. Comentarios a diversas obras hipocráticas.
- c. Textos sobre anatomía y fisiología.
- d. Tratados sobre etiología y diagnóstico.
- e. Escritos farmacéuticos.

La obra de Galeno, en su conjunto, representa tan magna sistematización creadora de la tradición médica griega, que justifica su gran influencia posterior, a través del galenismo, en sus fases medieval, renacentista y moderna. Es importante la recopilación de los medicamentos simples que realiza, definiendo sus cualidades primarias y las cualidades del medicamento que acompañan a las mismas, como son sabor, color, olor e impresiones al tacto, lo que no deja de ser la aplicación de la observación de unos parámetros de calidad para asegurar que el medicamento que se está utilizando es el correcto para cada caso.

Galeno insiste en que, para curar, es necesario un profundo estudio de la calidad de los medicamentos, de la formulación y de la dosificación de los mismos, y del método de preparación y de administración, así como del tiempo adecuado o pauta terapéutica. Galeno, a lo largo de su obra, se refiere a la sustitución de un medicamento por otro siempre que así fuere necesario y es al que se atribuye la implantación de la polifarmacia, la mezcla de varios medicamentos simples para constituir un medicamento complejo que aúna las propiedades de los simples. En todos los casos, transmite en sus obras la preocupación por la labor bien realizada en todas sus fases, exigiendo que en la preparación de los medicamentos se proceda con cuidado, aplicando las reglas

fundamentales de la experiencia y de lo que está escrito, sin dejar que nada sea realizado empíricamente o al azar. Eso es lo que actualmente pretenden los sistemas de calidad.

1.2 El juramento hipocrático

Como puede constatarse, durante casi 2.000 años la medicina occidental y la medicina árabe estuvo dominada teóricamente por una tradición que, remontándose al médico griego Hipócrates adoptó su forma definitiva de la mano de Galeno, un griego que ejerció la medicina en la Roma imperial en el siglo II. Según Galeno, Hipócrates creó el Juramento Hipocrático cuando empezó a instruir a aprendices que no eran de su propia familia, apartándose de la tradición de los médicos de oficio. Este Juramento Hipocrático es un compromiso, que solo pueden hacer las personas que se gradúan en las carreras universitarias de Medicina y actualmente, con un texto más o menos modificado, en los grados del Área de la Salud. Tiene un contenido de carácter solo ético, porque orienta al médico en la práctica de su profesión. En su forma original regula las obligaciones hacia el maestro y su familia, hacia los discípulos, hacia los colegas y hacia los pacientes. A partir del siglo XIX empezó a ser frecuente, se ha popularizado de forma universal, la realización de un juramento basado en un texto modernizado, inspirado por el antiguo, distinto según la escala de valores específica de cada tiempo y lugar. Una de las traducciones más generalizadas es la siguiente:

«Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso:

Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirles en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos y a los hijos de mis maestros, y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento, según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.

No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos.

Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si el juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario».

Ha habido varios intentos de adaptación del juramento hipocrático a lo largo de la historia. En 1948, se redactó un juramento hipocrático en la convención de Ginebra, con el texto siguiente:

«En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica, me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento del que son acreedores.

Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones.

Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí.

Mantendré, en todas las medidas de mi medio, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, partido o clase.

Tendré absoluto respeto por la vida humana.

Aun bajo amenazas, no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

Hago estas promesas solemnemente, libremente, por mi honor».

Otro ejemplo de Juramento Hipocrático es el que establece el Muy Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia, con el siguiente texto:

«Juro por Apolo médico y por Asclepio y por Higia y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:

Trataré al que me haya enseñado este arte como a mis progenitores, y compartiré mi vida con él, y le haré partícipe, si me lo pide, y de todo cuanto le fuere necesario, y consideraré a sus descendientes como a hermanos varones, y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin remuneración ni contrato.

Y haré partícipes de los preceptos y de las lecciones orales y de todo otro medio de aprendizaje no sólo a mis hijos, sino también a los de quien me haya enseñado y a los discípulos inscritos y ligados por juramento según la norma médica, pero a nadie más.

Y me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.

Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.

Y no castraré ni siquiera (por tallar) a los calculosos. Antes bien, dejaré esta actividad a los artesanos de ella.

Y cada vez que entre en una casa, no lo haré sino para bien de los enfermos, absteniéndome de mala acción o corrupción voluntaria, pero especialmente de trato erótico con cuerpos femeninos o masculinos, libres o serviles.

Así pues, si observo este juramento sin quebrantarlo, séame dado gozar de mi vida y de mi arte y ser honrado para siempre entre los hombres; mas, si lo quebranto y cometo perjurio, succédame lo contrario».

Sea cual fuere la versión de Juramento Hipocrático empleada, se establece una determinada forma de vivir y aplicar la práctica médica, un planteamiento ético, moral y deontológico tendente a ejercer con la máxima fiabilidad, eficacia, honestidad y calidad. El profesional sanitario está actualmente implicado en los sistemas de garantía de calidad con el fin de obtener la máxima eficacia y seguridad en los actos profesionales que realice.

1.3 Concepto de calidad y calidad total

Los términos Calidad y Calidad Total, se vienen utilizando en todas las actividades empresariales en la actualidad, sin embargo, el hombre ha sentido la inquietud de utilizarla a lo largo del tiempo, se podría decir desde el principio de los tiempos.

Existen innumerables ejemplos de la obra del hombre en la tierra, así tenemos a las pirámides de Egipto y la Gran Muralla China, como evidencias actuales de que el proyecto realizado en la antigüedad, perdura a través de los años, soportando los influjos del tiempo y las actitudes del hombre que han condicionado guerras, saqueos y la penosa realidad histórica olvidada por todos.

A lo largo de su desarrollo, el concepto de calidad, ha contado con aportaciones de muchos autores, entre ellos Jurán, Crosby, Deming, Ishikawa y otros, que han conseguido evolucionar el concepto mediante sus aportaciones y estudios.

Joseph M. Jurán nacido en 1904, siendo licenciado en derecho e ingeniero, enseñó la doctrina de la Gestión de la Calidad y contribuyó a que la gran potencia japonesa revolucione su forma de pensar y su aptitud al uso de los productos y servicios que globalizan el mundo. Entre sus aportaciones figuran conceptos asociados a disminuir los costos de la no calidad, progresar en calidad a lo largo del tiempo y corregir fallos crónicos asociados a la falta de calidad.

Philip B. Crosby nacido en 1926, creó el concepto de relación cliente proveedor y el concepto del “Cero Defectos” a principios de los años sesenta, aportaciones que son componentes de las empresas como parte de su gestión. Opinaba que la clave para mejorar la calidad, consistía en cambiar la mentalidad de la alta dirección. Si lo que ésta esperaba era imperfección y defectos, los tendría, ya que sus trabajadores impondrían expectativas similares a su trabajo. Pero si impregnaba un rendimiento más elevado y hacía una buena comunicación a todos los niveles, era posible conseguir el “cero defectos”.

W. Edward Deming nació el año 1900 en Estados Unidos y entre sus aportaciones destaca la gestión de calidad a través del control estadístico y la mejora de la calidad de los productos coincidentes con las necesidades de los consumidores. En el año 1958 fue el promotor de la gestión de calidad en el Japón, siendo curioso que tuvieran que pasar

más de treinta años para que las empresas americanas se dieran cuenta de la gestión de la calidad. Tal contribución mereció la institucionalización del premio Deming como reconocimiento a sus trabajos.

Kaoru Ishikawa nacido el año 1915 en Japón, fue consejero de muchas empresas tanto japonesas como americanas y es fundador de los “Círculos de Calidad”, así como promotor del diagrama conocido como el diagrama causa – efecto, o espina de pescado. Diseñó un círculo de calidad basado en seis etapas integradas, que son: la definición de los objetivos, definición del método, el entrenamiento, ejecución de la tarea, controlar los resultados y tomar acciones. Además, su contribución abarca los principios de la calidad basados en el compromiso total de la dirección y los mandos intermedios, una administración participativa, la adhesión del personal a los objetivos de la calidad y una formación sobre las herramientas de la calidad.

Es así que la Calidad Total ha estado vigente en el mundo y muchos países como Estados Unidos, Inglaterra y España han desarrollado modelos basados en estos conceptos y en la actualidad la evolución de la Calidad Total se combina con otras estrategias como las asociadas a la gestión de los procesos, la gestión del conocimiento hasta la aplicación en los negocios tecnológicos.

Algunos conceptos de calidad

La calidad tiene varios significados que dependen del contexto en que se utilice. Así existen dos tipos de calidad que son la interna, entendida como la manera cómo una organización administra la calidad de sus procesos, productos, servicios y la calidad externa, que es la percepción del cliente, consumidor o usuario que tiene respecto del producto o servicio que compra o utiliza. Las organizaciones modernas hacen énfasis mucho más en la calidad externa a través del refuerzo del concepto de calidad interna.

La evolución del concepto de Calidad ha sido enriquecido por el aporte de diversos autores y estudiosos, que se expresan de la siguiente manera:

“La calidad es el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave”. (Horovitz, 1995: 1)

“Adecuación al uso satisfaciendo las necesidades del cliente” (Ruiz C., López J., 2004, p.17)

“La calidad es satisfacer las necesidades de los clientes y sus expectativas razonables” (BERRY, 1995:2)

“La calidad total, es una filosofía de gestión que supone el involucramiento de todos los miembros de la organización en la búsqueda constante de auto superación y perfeccionamiento continuo” (CHIAVENATO, 2002: 690)

Una definición generalmente aceptada es la que identifica la Calidad con el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto/servicio, en relación con las exigencias del consumidor al que se destina, es decir, un producto o servicio es de calidad, cuando satisface las necesidades y expectativas del cliente o usuario, en función de determinados parámetros, tales como seguridad, confiabilidad y servicio prestado.

Se puede decir que el concepto de la Calidad ha venido caracterizado por la eficacia en la fabricación del producto o en la prestación del servicio, y de ahí es que los aportes de los maestros de la Calidad han venido introduciendo paulatinamente aspectos relacionados con el sentir del cliente y con la eficiencia del negocio; es así que el concepto evoluciona al de Calidad Total.

El término Calidad Total (CT), se utiliza para describir el proceso de lograr que los principios de calidad constituyan parte de los objetivos estratégicos de una organización, aplicándolos a todas las operaciones junto con el mejoramiento continuo, y enfocando las necesidades del cliente para fabricar cosas bien hechas la primera vez.

Es importante entender la Calidad Total, más allá de aparecer como concepto completo y evolucionado de otras acepciones más básicas de la palabra Calidad; implica una filosofía de trabajo, e incluso de vida y un camino hacia la excelencia. En este sentido, la Calidad Total, gestión por Calidad o gestión por Calidad Total, es un nuevo paradigma o modelo de gestión que persigue centrar la estrategia de la empresa en dar al cliente lo que necesita y cuando lo necesita, con un precio competitivo y de la manera más eficiente posible.

Características de la Calidad Total

Una organización cualquiera que sea la actividad que realiza, si desea mantener un nivel adecuado de competitividad a medio y largo plazo, debe utilizar procedimientos de análisis y decisiones formales, para sistematizar y coordinar todos los esfuerzos de las unidades que integran la organización encaminados a maximizar la eficiencia global.

Existen varios enfoques para la administración de la Calidad Total, experimentados e implementados en todo el mundo. Casi todos insisten en que el compromiso con la calidad total se aplica a los esfuerzos de todas las personas en la organización y a todos los aspectos de las operaciones, desde la adquisición de los insumos y recursos hasta la manufactura de productos acabados y servicios prestados.

Será importante que las empresas en la actualidad tomen en cuenta las siete características que se señalan a continuación:

La Calidad Total es organizacionalmente amplia y sobrepasa todos los departamentos funcionales.

La Calidad Total se enfoca en la calidad de los procesos que llevan al producto o al servicio.

La Calidad Total es un proceso de mejoramiento continuo. La Calidad Total requiere apoyo de la alta administración y el involucramiento de todas las personas en la actividad, para lograr la calidad.

La Calidad Total se enfoca en el cliente, el usuario o el consumidor.

La Calidad Total reside en la solución de problemas y en el empowerment de la fuerza laboral.

La Calidad Total implica un enfoque de equipos.

En este contexto, las empresas tienen que continuar asumiendo el protagonismo que les corresponde para contribuir al crecimiento y desarrollo social y económico de nuestro País, logrando mayor eficiencia y brindando productos y servicios de calidad.

La competitividad significa un beneficio sostenible para el negocio, así como el resultado de una mejora continua de la Calidad y de la innovación. La estrategia por

Calidad Total, bien aplicada, responde a la necesidad de transformar los productos, servicios, procesos, estructuras y cultura de las empresas, para asegurar su futuro.

I.4 Antecedentes de la calidad asistencial

Los primeros antecedentes documentados que se relacionan con la calidad asistencial se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando una enfermera, Florence Nightingale (1820-1920), estudió las tasas de mortalidad de los soldados en los hospitales militares del ejército británico. Enfermera, escritora y estadística, se la considera la precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Destacó en matemáticas y aplicó sus extensos conocimientos sobre estadística a la epidemiología y a la estadística sanitaria, efectuando estudios que correlacionaban las condiciones sanitarias de los hospitales con la mortalidad producida en los mismos. Ello la llevó a abogar por la importancia de mejorar las condiciones sanitarias hospitalarias y a promover el correcto diseño sanitario de los hospitales.

En los Estados Unidos se considera como precursor de estudio sobre el tema a Ernest Amory Codman, M.D. (1869-1940), cofundador del Colegio Americano de Cirujanos. Llevado por su gran interés en la calidad de la atención médica, colaboró en la dirección de dirección del Colegio Americano de Cirujanos y en la implantación del Programa de Estandarización Hospitalaria, que fue precursora de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud.

Fue un convencido defensor de la reforma hospitalaria y es el fundador reconocido de lo que hoy se conoce como gestión de resultados en la atención al paciente. Codman fue el primer médico estadounidense en seguir el progreso de los pacientes a través de sus recuperaciones de una manera sistemática. Hizo un seguimiento de sus pacientes a través de «Tarjetas de resultados finales» que contenían datos demográficos básicos sobre cada paciente tratado, junto con el diagnóstico, el tratamiento que prestó y el resultado de cada caso. Cada paciente fue seguido durante al menos un año para observar los resultados a largo plazo.

Fue su búsqueda de toda la vida establecer un «sistema de resultados finales» para rastrear los resultados de los tratamientos de los pacientes como una oportunidad para

identificar desventuras clínicas que sirven como base para mejorar la atención de futuros pacientes. También creía que toda esta información debería hacerse pública para que los pacientes pudieran ser guiados en sus elecciones de médicos y hospitales.

En 1996, en homenaje a Ernest Codman, M.D., la Comisión Conjunta publicó el libro *Codman: A Study in Hospital Efficiency*. La Comisión también estableció el Premio Ernest A. Codman por el uso de medidas de resultados para mejorar la calidad y la seguridad de la atención al paciente.

La evaluación de la calidad de la atención de salud se inició como resultado del debate político-económico en torno al papel del Estado como principal proveedor y financiador de los servicios de salud. Responde a la necesidad de disponer de bases técnicas para definir las necesidades cuantitativas y cualitativas de atención.

En su inicio, el debate se centraba en el uso racional y coherente de los recursos disponibles, así como en formular estándares mínimos para acreditar servicios y certificar profesionales y, a la vez, realizar seguimiento del desempeño de los trabajadores de salud a través de auditorías. Es decir, responde por un lado a la necesidad de controlar el gasto creciente en salud y, por el otro, a homogeneizar en cierta medida la práctica de los proveedores de servicios de atención médica.

1.5 Calidad de la atención

Los primeros esfuerzos por conceptualizar la calidad de los servicios sanitarios fueron numerosos, aunque dispersos. Siguiendo los desarrollos propios de la industria, Avedis Donabedian fue el primero en lograr consenso, tanto en el ámbito académico como en el de la prestación de servicios, en la aplicación de conceptos para la evaluación de la calidad de la atención.

Ciertamente, el nombre de Avedis Donabedian es sinónimo de calidad en la atención médica. Definió el concepto de calidad aplicado a sistema sanitario en términos operativos claros y proporcionó un diseño detallado tanto para su medición (conocida

como evaluación de la calidad) como para su mejora (conocida como garantía de calidad).

En 1966 publica un texto en el que sienta las bases de la evaluación sistémica de la calidad de la atención médica y sostiene que

“...el propósito de la evaluación de la calidad es ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido” (Donabedian, 1966). En este trabajo fundacional, Donabedian plantea la necesidad de centrar la evaluación del desempeño de la atención de la salud en la relación entre el médico, el contexto hospitalario y el paciente que demanda atención.

Aquí se observa un énfasis preponderante del hospital como protagonista exclusivo del sistema sanitario, por lo que será el sitio donde dé inicio el desarrollo de los conceptos teóricos de la calidad.

Acerca de lo que debe entenderse por calidad, en el texto se afirma que

“...los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica”. Es decir, la evaluación de la calidad debe delimitar al proceso de atención y definir su desempeño ideal, a fin de compararlo con lo realizado por un servicio o un profesional particular en un momento determinado. Esta es la razón por la que, desde entonces, los principales esfuerzos se han dirigido a precisar los elementos que componen el proceso de atención y las características que lo definen (efectivo, seguro, satisfactorio, y otros). Paralelamente, se han realizado esfuerzos en la búsqueda de indicadores, patrones, escalas de medición, fuentes de información, validez de la misma y técnicas de muestreo; todas herramientas que permiten medir el grado de cumplimiento de dichas características en relación con una situación deseada.

El modelo original de Donabedian explora la calidad de la atención a través de definir lo que llama el módulo más simple de atención, es decir, el tratamiento que proporciona un profesional de la salud de forma individual a un paciente dado, con un episodio de enfermedad claramente definido. Este tratamiento propone dividirlo en dos aspectos diferenciados, aunque íntimamente relacionados. Por un lado, lo referido a la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina –y otras disciplinas complementarias– al manejo de un problema de salud; a este aspecto lo denominó calidad técnica de atención. Por otro lado, se encuentra el aspecto que se relaciona con el vínculo alcanzado por el profesional de la salud y el paciente, en términos de interacción social, económica y cultural; al cual Donabedian denomina calidad interpersonal (Donabedian 1984).

De ambos aspectos, la calidad técnica es considerada como la base del modelo ya que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello los riesgos. Si la medicina fue definida muchas veces como la ciencia y el arte de proteger o recuperar la salud, esta propiedad de la calidad correspondería a la “ciencia” de la salud.

Esta relación que se presenta entre los riesgos y beneficios en la atención de la salud, permite al profesional optar por aquella práctica de atención que, se espera, pueda proporcionar a un paciente determinado el más completo bienestar. A este balance Donabedian lo denomina modelo unificador (Donabedian 1984).

Por su parte, el proceso interpersonal debe llenar los requisitos fijados por las normas, valores y creencias socialmente aceptados que gobiernan la interacción de los individuos en general y de los profesionales de la salud con los pacientes en particular, por ello se lo considera la parte del “arte” del cuidado de la salud. Por supuesto, existe un gran desarrollo teórico de diferentes disciplinas que brindan elementos en relación a un óptimo desempeño en la relación interpersonal entre pacientes y profesionales de la salud, además de que también existen normativas explícitas que regulan estas relaciones desde el punto de vista del profesional y por parte del paciente. Por otro lado, se sabe

que una buena relación puede aumentar de manera muy importante los beneficios de la dimensión técnica, a la vez que una pobre relación interpersonal puede condicionar los alcances técnicos y aumentar los riesgos de la atención.

Existe un tercer elemento diferente a los anteriores, aunque relacionado con la calidad interpersonal, que se ha dado en llamar “amenidades”. Éstas hacen referencia a los elementos de la atención que tienen que ver con proporcionar un ambiente cómodo, cálido, amigable y de cuidado a los pacientes; esto puede ser la sala de espera agradable, buena temperatura, cuidado de las instalaciones, entre otras. La calidad entonces comienza a definirse como la propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, lo que significa que la atención médica con calidad debe valorarse por los beneficios que produce con los menores riesgos, valorando aspectos de calidad técnica, interpersonal y amenidades. Otros elementos que atraviesan transversalmente estos conceptos de calidad pueden ser la cantidad, el costo monetario y la oportunidad.

Si la cantidad de servicios es insuficiente, por más adecuada que sea técnica o interpersonalmente, se considera deficiente en términos de calidad. Este aspecto tiene más relación con el tipo de organización que presta los servicios de salud que con la relación médico-paciente, pero compromete a la calidad. En el mismo sentido, la atención excesiva, al aumentar los costos y ser innecesaria, desvirtúa su propósito e impacta negativamente en la calidad.

Hay también una relación estrecha entre el costo monetario y la calidad. Si bien la atención con buena calidad cuesta cierta cantidad de dinero –pues presupone una cantidad adecuada de intervenciones para la atención y cuidados– la atención ineficaz o de pobre calidad genera mayores costos porque tiene efectos negativos sobre la salud de las personas, lo que significa mayores gastos a mediano y largo plazo.

Lo propio sucede con el costo de oportunidad en relación a la calidad. Los padecimientos en salud requieren ser atendidos a tiempo para poder obtener el mayor beneficio de los conocimientos en salud. En la medida en que la atención se pospone, aumentan los riesgos y los costos, lo que deteriora la calidad de atención.

1.5.1 Complejidades del modelo unificador

El modelo de evaluación basado en el componente técnico de la calidad ha sido muy útil para establecer muchos de los actuales estándares y guías de procedimiento clínico. En este caso, los expertos definen el estándar óptimo de salud y especifican los límites en donde los beneficios de una intervención comienzan a combinarse con los riesgos. Durante muchos años esta visión fue la más utilizada en los estudios de calidad de la atención y la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

No obstante, considerar la calidad de la atención desde una perspectiva exclusivamente técnica desvirtúa el modelo de Donabedian y relega factores muy relevantes para los resultados de la atención médica, como los costos y la satisfacción del paciente. Al quedar relegados, estos elementos se convierten en obstáculos para el logro del estándar óptimo. Donabedian la identifica como la visión *absolutista* de la calidad.

Se puede plantear una visión alternativa que incorpora como principal objeto de la atención el bienestar de los pacientes, lo que implica su corresponsabilidad en la definición de los objetivos del tratamiento. Este enfoque permite incorporar los valores, expectativas y experiencias de los pacientes, y considerar el costo de la atención, lo que facilita alcanzar los objetivos de la atención médica. Cuando se plantea la participación activa del paciente es posible redefinir los estándares técnicos, modificándolos para cada caso particular, grupo o comunidad; a este enfoque Donabedian lo denomina individualizado. Esta perspectiva resulta de mayor complejidad, pues plantea que el costo económico y las condiciones de acceso y utilización de los servicios de atención tienen un efecto en los resultados en términos de calidad; por otro lado, incorpora la dimensión moral, ya que las diferencias en la calidad de

atención que se deben a las características económicas o sociales de los usuarios, pueden y deben considerarse injustas (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Este elemento, cuando se considera con mayor profundidad, es el elemento central de otro posible enfoque sobre la calidad de la atención. Este es el denominado enfoque social, el cual evalúa, desde una perspectiva de servicios o sistemas, el beneficio alcanzado de acuerdo a la distribución social de la calidad.

En resumen, en la calidad de la atención hay tres posibles denominaciones progresivamente complejas e incluyentes: una esencialmente técnica denominada absolutista donde el componente técnico es dominante; otra, la visión individualista, que considera sobre todo las condiciones sociales, económicas y culturales de cada persona atendida; finalmente, la perspectiva social incluye la valoración de la manera en que la calidad de la atención, considerada un bien público, se distribuye diferencialmente entre la población.

1.5.2 Enfoques para la evaluación

Es necesario identificar los elementos que permiten hacer operativos los conceptos acerca de la calidad de la atención y en consecuencia sirven para orientar su evaluación. En principio, y en concordancia con las definiciones de la calidad, se dirá que dicha evaluación de la calidad tendrá elementos diferentes de acuerdo a la visión que se pretenda utilizar, si es la visión técnica o absolutista, o si es la individualista o la social. Estos elementos, de manera esquemática, pueden ser clasificados como propios de la estructura, del proceso o del resultado de la atención de la salud (Donabedian 1984).

En lo referente a la calidad técnica, que se mide desde la perspectiva de los prestadores, se busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones

(atención oportuna, eficaz y segura) en pro de la salud de los usuarios de los servicios (Moreno, 1992).

Para ello, Donabedian considera que la atención médica consiste en la combinación de una serie de actividades realizadas sobre una persona o grupo para el logro de determinados objetivos. Dichas actividades estarán normalizadas por expertos (visión técnica), en conjunto entre expertos y pacientes (visión individualista), o en conjunto con un grupo o sociedad (visión social). A esta combinación de actividades se les puede llamar “procesos” de atención. A su vez se requiere que cada proceso se realice de manera estandarizada e interconectada, de tal manera que las leyes, normas, y demás elementos que organizan el sistema garanticen el funcionamiento de acuerdo a estándares recomendados. Entonces uno de los elementos clave para poder evaluar la calidad de la atención requiere identificar la adecuada implementación de los procesos necesarios para obtener los máximos beneficios y los menores riesgos (Donabedian, 1985).

Un juicio acerca de los procesos requiere de la observación directa de su aplicación o de la falta de ella y, en su caso, de la reconstrucción indirecta mediante fuentes de información, como los registros, que permitan un acercamiento a su implantación. Si la visión que se desea obtener de la implantación de procesos es la versión individualizada de la calidad, se deberán considerar los aspectos procesales que permiten incorporar la experiencia de los pacientes con sus expectativas previas al momento de atención –lo que conforma su satisfacción– y su opinión de la relación interpersonal. Si lo que se plantea es una visión social de la calidad, se debe obtener información agregada acerca de la implementación de procesos de acuerdo al grupo en el que se está evaluando la calidad de atención.

Otro enfoque importante para la evaluación de la calidad se refiere a los elementos que hacen posible el desarrollo de los procesos. A la evaluación en cantidad y adecuación de estos elementos se denomina enfoque de “estructura”. Se entiende que la suficiencia y adecuación de estos elementos aumenta las probabilidades de llevar a cabo los procesos necesarios para una buena calidad de la atención. Pero además de evaluar la cantidad y

adecuación de elementos estructurales debe certificarse su estabilidad en el tiempo. Por otro lado, de acuerdo a la visión de la calidad subyacente, es necesario evidenciar la adecuación técnica de los recursos, la aceptación por parte de los pacientes y su distribución entre los diferentes grupos sociales. Al respecto, el enfoque social plantea que para una población determinada con un perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico definido, corresponde una estructura de recursos (financieros, humanos, físicos y tecnológicos) específica, que garanticen la posibilidad de cubrir sus necesidades.

Por último, se ubica el enfoque de “resultados”, donde se trata de obtener evidencia del cambio entre una situación de salud y otra, producto de la atención médica. Nuevamente, estos resultados se plantean en función de la perspectiva de la calidad elegida, (técnica, individualista o social). Si es la técnica, se esperan resultados en el estado de salud con evidencias objetivas o subjetivas; si es la individualista, a lo anterior se deberán incorporar aspectos relacionados con la satisfacción del paciente; y si la dimensión elegida para evaluar la calidad es la social, se deberán incorporar elementos que permitan medir el impacto de las acciones sobre un grupo de individuos.

En consecuencia, a la hora de evaluar la calidad de atención, de acuerdo a la perspectiva elegida, se debe considerar el tipo de procesos que se deben implementar para el logro de los mayores beneficios y menores riesgos; luego buscar evidencias de la existencia, cantidad, calidad y continuidad de los elementos de la estructura que permitan la realización de dichos procesos; por último –de acuerdo con lo que se desea medir– deben definirse los resultados que se desean obtener a fin de diseñar la mejor manera de convertirlos en objetivos observables.

De lo enunciado hasta aquí se concluye que si la estructura de recursos es la deseada (de acuerdo a la población objetivo) y los procesos se dan de manera homogénea y de acuerdo a lo planeado, los resultados deberán ser los óptimos. De esta forma se separan claramente las dimensiones de la calidad técnica que pueden ser evaluadas de forma singular. Lo más recomendable, empero, es incorporar los tres enfoques de manera articulada.

A continuación, se presentan en forma resumida los diferentes enfoques y sus elementos:

1. Estructura y recursos

a. Físicos

- Existencia de instalaciones adecuada para el tipo de pacientes a los que va dirigida la atención. Si se mide desde una perspectiva técnica, el énfasis estará puesto en el tipo de enfermedades; si la perspectiva incluye las características de las personas, se espera que sean las adecuadas para ellas, y si se evalúa desde una perspectiva social, se buscará identificar la distribución de los recursos entre los grupos.
- Insumos necesarios.
- Disponibilidad de equipo acorde a las personas, los grupos y a las enfermedades a atender.

b. Humanos

- Profesionales en cantidad, calidad y distribución (relación entre profesionales de medicina, enfermería y otras disciplinas; además de las diferentes especialidades médicas).

c. Financieros

- Presupuestos destinados al desarrollo de las actividades normales y programas especiales.

d. Organizacionales

- Marco legal y jurídico en el que se desarrollan las actividades profesionales
- Normas de funcionamiento institucional y guías de práctica clínica. Estas normativas deben estar redactadas de manera que no dejen dudas sobre la forma correcta de proceder y quiénes son los responsables de cada acción. A la vez, esas normas deben ser conocidas y reconocidas por todo el personal.

2. Procesos

Se refieren a cada una de las etapas por las que transita un paciente a través de la estructura sanitaria. Es decir, se trata de describir la actuación del servicio en cuanto a las condiciones de acceso a la atención; al adecuado uso de los procesos diagnósticos y terapéuticos; a la adecuada comunicación del profesional o del personal auxiliar con los pacientes, y en caso de ser necesario, a la forma en que se realiza el seguimiento de los mismos por las estructuras sanitarias. La dimensión social busca la implantación de acciones a nivel grupal o poblacional de acuerdo a las normativas existentes.

3. Resultados

Se reconocen dos tipos de resultados. Unos son los referidos a la situación de salud de los pacientes; es decir, si hubo cambios esperados gracias a las intervenciones realizadas. Por otro lado, se incluye la relación interpersonal entre médico y paciente, y la satisfacción referida por los pacientes con la atención global del servicio.

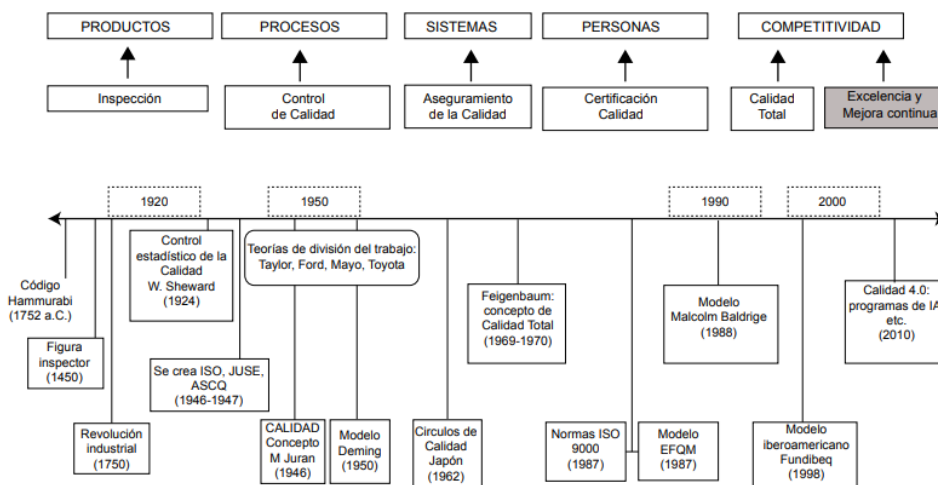
Existe un gran debate para definir los estándares óptimos en cada una de las tres dimensiones, pero lo que se ha discutido con mayor fuerza es si la evaluación debe enfocarse en los procesos o en los resultados alcanzados. Este debate gira en torno a la dificultad para obtener información válida y confiable de los procesos que se dan puertas adentro de los servicios de salud, y para definir los resultados óptimos esperados para cada padecimiento en cada momento.

A este modelo básico se le han hecho una gran cantidad de ajustes, provocando que los modelos de evaluación de la calidad de la atención sean cada vez más complejos (Aguirre-Gas, 1993). Actualmente se considera que la calidad de la atención siempre debe considerar dos grandes dimensiones: i) la calidad técnica, cuyo propósito último es garantizar la efectividad de las acciones de salud y la seguridad de los usuarios; y ii) la calidad percibida por los pacientes o usuarios, que incluye las condiciones materiales, psicológicas y administrativas en que dichas acciones se desarrollan (Ross et al, 2000).

I.6 Gestión de la Calidad

El concepto de Calidad ha ido evolucionando y experimentado un profundo cambio hasta llegar a lo que hoy conocemos por «Calidad Total», también denominada «Excelencia». Si ponemos en marcha una visión retrospectiva podemos constatar que el concepto de calidad se ha ido ampliando progresivamente con el paso del tiempo.

En la figura a continuación se puede ver la evolución del concepto y lo interesante es que este concepto se ha aplicado no solo a las empresas industriales, sino a todas las instituciones que han querido destacar y demostrar su interés por hacer las cosas bien y por la mejora, evidentemente entre éstas, están los hospitales y centros de salud.



Evolución del concepto de calidad en general. Fuente:
TORRES, K., RUIZ, T., SOLÍS, L., & MARTÍNEZ, F. (2012). *Calidad y su evolución: Una Revisión. Dimensión Empresarial*, 100-107.

La función primordial de un hospital es prevenir, curar y aliviar al paciente. Por ello es necesario tener (implantar) una organización compleja que abarque en todas sus actividades la Calidad Integral como factor básico.

En los años 90 del siglo pasado se inicia el traslado de algunas experiencias industriales al sector sanitario, y se demostró con claridad que las técnicas de mejora de la calidad utilizadas en la industria podían ser aplicadas con éxito en la atención sanitaria. De las experiencias que se realizan se desprende que la mejora continua de la calidad es un esfuerzo integrado que se dirige fundamentalmente a los clientes y no como hasta

ahora que había sido orientada a las actividades de los profesionales. El propósito y el éxito de una organización se basa ahora fundamentalmente en sus clientes internos y externos.

I.7 Modelos de calidad generales

Luego del desarrollo y adopción del concepto de Calidad Total, en el mundo surgen dos corrientes de aplicación a mediados de 1999, en donde en Estados Unidos se da impulso a los Sistemas de Gestión de la Calidad basados en la serie de normas ISO 9000; y en Europa a través de la European Foundation for Quality Management (EFQM) se incorpora el concepto de Excelencia como una variante a los sistemas tradicionales de gestión de la calidad, naciendo el Modelo EFQM de Excelencia y promoviendo su utilización a través del Premio Europeo a la Calidad.

I.7.1 Modelo ISO 9000

Es un modelo internacional de gestión de la calidad y universal, por tanto, significa que sirve para cualquier organización, grande o pequeña, independientemente de su campo de actividad. De hecho, según su web, hay más de un millón de empresas y organizaciones en más de 170 países certificadas con ISO 9001.

Estas deciden aplicar voluntariamente el modelo con la finalidad de ser certificada por organismos independientes.

Este estándar se basa en una serie de principios de gestión de la calidad que incluyen un fuerte enfoque en el cliente, la motivación y la implicación de la alta dirección, el enfoque de procesos y la mejora continua. El uso de ISO 9001 ayuda a garantizar que los clientes obtengan productos y servicios consistentes y de buena calidad, lo que a su vez brinda muchos beneficios comerciales.



Mapa procesos según la ISO 9001.

El modelo ISO 9000: 2015 está basado en 7 principios:

- enfoque al cliente
- liderazgo
- Compromiso o participación del personal de la organización
- Enfoque a procesos
- Toma de decisiones basadas en evidencia
- Mejora continua
- Gestión de las relaciones

La norma del 2015 redujo la burocracia y estableció los documentos imprescindibles u obligatorios: la política de calidad, la revisión por la dirección, la auditoría interna y los indicadores objetivos y evaluación de los proveedores

1.7.2 Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)

En 1988, 14 importantes empresas de Europa tomaron la iniciativa de crear la European Foundation for Quality Management (EFQM), reconociendo el potencial de la aplicación de la Gestión de Calidad Total para la obtención de una ventaja competitiva en Europa. La filosofía está basada en que los resultados excelentes (con respecto al Rendimiento de la Organización, a los clientes, las personas y la Sociedad) se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, a las personas de la organización, las alianzas, y recursos y los procesos.

El modelo EFQM se creó con una doble misión:

1. Apoyar a las empresas europeas en su gestión, para acelerar el proceso de convertir a la Calidad Total en un elemento decisivo para obtener una ventaja competitiva global.

2. Estimular y ayudar a todos los estamentos de Europa Occidental a participar en actividades tendentes a mejorar la calidad y promover la cultura de calidad.

Los 9 criterios del modelo EFQM:

Criterio 1 – LIDERAZGO

Las organizaciones excelentes tienen líderes que dan forma al futuro y lo hacen realidad, actuando como modelo de referencia de sus valores y principios éticos e inspirando confianza en todo momento. Son flexibles, permitiendo a la organización anticiparse y reaccionar de manera oportuna con el fin de asegurarse un éxito continuo.

Criterio 2 – ESTRATEGIA

Las organizaciones excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Criterio 3 – PERSONAS

Las organizaciones excelentes valoran a las personas que las integran y crean una cultura que permite lograr los objetivos personales y los de la organización de manera beneficiosa para ambas partes. Desarrollan las capacidades de las personas y fomentan la

justicia e igualdad. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas, incrementar su compromiso con la organización y favorecer que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Criterio 4 – ALIANZAS Y RECURSOS

Las Organizaciones Excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, proveedores y recursos internos, para apoyar el despliegue y ejecución de la estrategia general y sus políticas de apoyo, así como para lograr el eficaz funcionamiento de sus procesos. Se aseguran de gestionar eficazmente su impacto social y ambiental.

Criterio 5 – PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos, productos y servicios para generar cada vez mayor valor para sus clientes y otros grupos de interés.

Criterio 6 - RESULTADOS EN LOS CLIENTES

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de sus clientes.

Criterio 7 - RESULTADOS EN LAS PERSONAS

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de las personas.

Criterio 8 – RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los grupos de interés relevantes de la sociedad.

CRITERIO 9 – RESULTADOS CLAVE

Las organizaciones excelentes alcanzan y mantienen en el tiempo resultados sobresalientes que satisfacen o exceden las necesidades y expectativas de los grupos de interés que aportan la financiación.



Mapa de proceso de la EFQM.

1.8 Mejora continua de la calidad

La mejora continua se consigue aplicando la integración de:

1. Una filosofía de mejora continua orientada a los clientes. Un principio básico es que los empleados quieren dar lo mejor de sí mismos, son los que mejor conocen su propio trabajo y deben estar implicados en la planificación de mejoras.

2. Habilidades analíticas. Tomar decisiones basándose en la utilización de los datos y herramientas analíticas.

3. Habilidades interpersonales. Se generan mejores ideas y se hacen los cambios más rápidamente si las personas que están más cercas de los procesos están implicados en el análisis y en la toma de decisiones. En las organizaciones se deben de estimular el estilo de gestión participativo, la formación continuada para todos los profesionales, la dinámica de grupos, comunicación entre clientes, etc.

4. Estructura y organización. Para asegurar el éxito de mejora de la calidad se debe establecer una estructura y una organización que de soporte a las actividades que surjan

del equipo de mejora de la calidad. En esta década sigue existiendo una preocupación creciente por la variabilidad de la atención, lo cual se traduce en un esfuerzo de sistematización de la evidencia científica mediante el desarrollo de «guías de prácticas clínicas», en las cuales se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología.

Sin embargo, el desarrollo más importante en los últimos años es el cambio del papel de los pacientes en el sistema sanitario. Así podemos observar como la demanda de la sociedad hacia los temas de calidad en los países desarrollados se ha generalizado a todos los ámbitos del servicio y por tanto a los servicios sanitarios. El aumento de la demanda social hacia los temas de calidad ha cambiado también la forma en que se dispensa la atención sanitaria.

1.9 Definición de la OMS de la Calidad

Según la OMS, «la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso». La OMS identifica los componentes básicos para unos cuidados de salud de calidad:

1. Elevado grado de excelencia profesional.
2. Eficiencia en la utilización de recursos.
3. Riesgos mínimos para los pacientes.
4. Satisfacción para los usuarios.
5. Obtención de resultados de salud.

1.10 Errores en el ámbito industrial y sanitario

El error existe: desde los más sofisticados y complejos sistemas espaciales, hasta la administración de una dosis en el tratamiento de un enfermo. Este error socialmente

puede ser muy grave y, de hecho, existen desgraciadamente numerosos ejemplos en la industria alimentaria, en la químico-farmacéutica y en el ámbito sanitario que lo demuestran.

1.10.1 En el ámbito industrial.

En relación con los errores de la Industria Farmacéutica, a pesar de los programas de Garantía de Calidad industriales, continúan existiendo errores, algunos de ellos muy graves.

Estos errores pueden ser debidos a que, durante el proceso de fabricación, no son detectados por los controles en proceso que se realizan y salen al mercado inadvertidos.

Es de interés resaltar que los laboratorios farmacéuticos españoles, desde enero 1992, cumplen con las GMP's (Buenas Prácticas de Fabricación) y las Delegaciones de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios) toman muestras sistemáticamente del mercado y controlan la calidad de los medicamentos distribuidos. Periódicamente publican los errores encontrados, al igual que la FDA.

También cabe citar que otros errores pueden deberse a los efectos secundarios y toxicológicos de la propia sustancia terapéutica, los cuales son detectados a través de los servicios de Farmacovigilancia.

1.10.2 En el ámbito sanitario.

En el informe de Rojas Marcos, en la introducción del libro La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y Seguridad de los pacientes (2º Edición 2017 Fundación Mapfre), leemos:

«Un estudio pionero, publicó en noviembre de 1999 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (reconocido organismo independiente que asesora en materia sanitaria) que en los hospitales de USA, dos millones de pacientes sufren anualmente consecuencias graves, y casi cien mil pacientes mueren a causa de errores previsibles y evitables.

Estas cifras superan a las de fallecimientos por accidentes, enfermedades cerebro vasculares, demencias y diabetes. Entre los desatinos frecuentes se citan la de contraindicaciones o errores en dosis y entre los descuidos frecuentes se incluyen: perforaciones accidentales, olvido de objetos —trozos de gasa, pinzas— en el cuerpo del operado, transfusiones incorrectas y las infecciones postoperatorias por falta de higiene. El costo de estos desaciertos en Estados Unidos supera los tres mil millones de euros anuales».

Desde entonces ha llovido mucho y la aplicación de la Gestión de calidad en Industrias y en el ámbito sanitario especialmente en hospitales, ha sido y es un factor primordial en la disminución de los errores en la práctica sanitaria en hospitales.

1.10.3 Errores sanitarios que se pagan caro: las siete negligencias médicas más comunes

1. Diagnóstico erróneo.
2. Retraso en el diagnóstico.
3. Retrasos en listas de espera (eternas)
4. Falta de consentimiento informado.
5. Errores en tratamientos o intervenciones quirúrgicas.
6. Infecciones contraídas en el hospital.
7. Falta de seguimiento del paciente.

UNIDAD II

APLICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD

2.1 Gestión de la calidad en los sistemas de salud.

El concepto de calidad —en entornos sanitarios tan complejos como son los hospitales— no es un elemento que este en la base de su organización, a diferencia de lo que serían los servicios clínicos o de apoyo, con un largo recorrido organizativo. Nos resulta inconcebible no encontrar dichos servicios en un gran hospital o pensar en que fueran muy diferentes de un centro a otro. Esto mismo no sucede con la calidad. La variabilidad organizativa hace que nos podamos encontrar desde la consideración a nivel superior, como una dirección, hasta un servicio de calidad adherida a alguna dirección organizativa o una unidad de calidad dependiente de un servicio como medicina preventiva o documentación. La organización que cada hospital elija depende de los objetivos a alcanzar o los recursos disponibles.

La calidad está considerada como un elemento estratégico en las organizaciones que producen productos o servicios y le permite posicionarse delante el cliente y la competencia. Esta posición estratégica se considera fundamental y es objeto del interés de la alta dirección. Para la organización estratégica de un hospital, la calidad debería tener esta misma consideración, igual que lo son los resultados en su actividad asistencial en su cuenta de explotación económica.

Por este motivo, no disponer de ninguna estructura identificada, ni recursos humanos o materiales destinados a la gestión de la calidad y, sobre todo, si no hay una política de calidad aprobada -con un seguimiento y análisis de sus objetivos- estamos perdiendo un recurso que proporcionaría datos extremadamente valiosos para optimizar la gestión hospitalaria.

2.1.1 Normativa Legal

En cualquier plan de calidad o acción de calidad que queramos llevar a cabo, lo primero que debemos considerar es la existencia de una normativa legal que establece un marco de obligado cumplimiento. Es imprescindible conocer este marco legal —ya sea autónomo, estatal o federal— porque establecerá las directrices de trabajo en los ámbitos de salud laboral, instalaciones e higiene hospitalaria entre otros aspectos. Hay multitud de normas que impactarán sobre el ámbito de la calidad, por lo tanto, un primer principio a tener en mente es que la calidad y la seguridad van unidas, ya que no hay calidad sin seguridad.

NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

Considerado que con fecha 22 de febrero de 2012, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días naturales que concluyó el día 22 de abril del 2012, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-027-SSA3-2013, REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO Y ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

El Sistema Nacional de Salud, tiene como uno de sus objetivos principales, garantizar la prestación de servicios de atención médica a la población que lo demande, situación que adquiere mayor relevancia cuando el requerimiento de atención médica, se debe a una urgencia médica, ya que, en estas circunstancias, el demandante del servicio se encuentra en un estado de gravedad tal, que precisa de atención inmediata, para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función.

Para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es indispensable que los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, así como que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permitan, atenuar, detener e incluso revertir la gravedad que presenta el paciente en una condición de urgencia médica o quirúrgica.

En esta norma, se describen las características y requerimientos de la infraestructura física, el equipamiento mínimo, los criterios de atención, organización y funcionamiento del servicio de urgencias en un establecimiento para la atención médica, así como del personal del área de la salud que interviene en la prestación de los servicios, lo que conjuntamente con el cumplimiento de otras disposiciones jurídicas aplicables, permiten brindar a los pacientes la atención médica inmediata, segura y con calidad que requiere para enfrentar el estado de urgencia que lo aqueja.

Esta norma tiene por objeto, precisar las características y requerimientos mínimos de infraestructura física y equipamiento, los criterios de organización y funcionamiento del servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, así como las características del personal profesional y técnico del área de la salud, idóneo para proporcionar dicho servicio.

Esta norma es de observancia obligatoria para los establecimientos, el personal profesional y técnico de los sectores público, social y privado, que proporcionan atención médica en el servicio de urgencias, excepto para las unidades móviles tipo ambulancia.

2.1.2 Acreditaciones y/o certificaciones de obligado cumplimiento

Algunas comunidades autónomas han elaborado modelos o sistemas de acreditación de hospitales o centros de atención primaria que es obligatorio superar para poder tener acceso a ofertar servicios a la sanidad pública (o que pueden afectar al contrato programa que estos hospitales mantienen con la administración pública).

Estas acreditaciones se basan en una autoevaluación que realizan los centros en función de unos estándares a cumplir —entregados por la administración correspondiente— y que posteriormente son evaluados y auditados por agentes externos debidamente certificados a tal efecto. La «obligación» que para un centro hospitalario supone la acreditación tiene un aspecto positivo que es la evaluación del sistema que, sin lugar a duda, ayudará a mejorar a estos hospitales. Pero esto por sí solo no supone que estemos en un verdadero marco de calidad.

La calidad es un proceso mucho más ambicioso, que significa estar inmersos en la mejora continua y supone una implicación de toda la organización. Se deben establecer los circuitos y normas estandarizadas de trabajo para minimizar los riesgos derivados de la actividad, mantener la vigilancia del sistema, evaluar sus resultados, analizar las acciones necesarias para la consecución de objetivos y garantizar la toma de decisiones estratégicas basadas en la evidencia.

2.1.3 Compromiso de la alta dirección con la calidad

En una gran organización como es un hospital, el situar la calidad en el interés de la alta dirección, es vital para que ésta tenga la consideración e importancia necesaria entre los diferentes temas que ocupan a los equipos directivos. Si no se sitúa a este nivel se

resentirá, quedando diluida entre los temas siempre urgentes de la gestión hospitalaria diaria. Por este motivo, deberá existir un Plan de Calidad y Seguridad aprobado por la dirección y con objetivos e indicadores que permitan su seguimiento.

Uno de los inconvenientes que suele tener la calidad es que cuando se desarrolla de verdad suele reflejar los problemas de una organización. En contrapartida, también permite ver las soluciones, pero esto conlleva un proceso, unos métodos y un periodo de tiempo hasta observar mejoras y muchos de nuestros directivos suelen querer ver solo «lo excelente» de un hospital y les falta constancia para reconocer y seguir los problemas que la calidad permite identificar. Dichos problemas, mejor aún, las acciones que los solucionen deben estar alineadas en la estrategia que el equipo directivo desarrolle, siendo importante que, en los objetivos anuales de cada hospital, la calidad sea un apartado igual que lo es el cumplimiento de la actividad, los costes, etc. La calidad es fundamental en un hospital y así debe identificarse en los objetivos que los directivos se propongan.

2.2 Sistemas de gestión de la calidad utilizados en hospitales

- Joint Commission

La Joint Commission on accreditation of Health Organizations nace en 1952 de la unión de diferentes organizaciones para impulsar el programa de acreditación de hospitales que —ya en 1918— Ernest Coldman desde el American College of Surgeons puso en práctica.

Una acreditación por la Joint Commission establece que un determinado hospital o centro médico cumple con una serie de estándares de calidad y seguridad, validando la excelencia en la atención sanitaria.

La Joint Commission se basa en el cumplimiento de un elevado número de estándares que son propios del ámbito sanitario ya sea hospitalario, socio sanitario, de

laboratorio de análisis clínicos, atención continuada, transporte sanitario o de atención primaria. Su acreditación representa un modelo propio para el sector sanitario, sin necesidad de adaptaciones desde otros ámbitos de actuación y evaluando la atención del paciente y los aspectos relacionados con la gestión, desde una perspectiva global.

Su conocimiento puede ser de gran utilidad para dirimir lo que es importante en el ámbito de salud, dado que utiliza estándares específicos basados en el conocimiento y la experiencia de expertos y pueden ser aplicados conjuntamente a otros sistemas de gestión de calidad.

- ISO

ISO es el acrónimo para International Standard Organization, una organización internacional no gubernamental compuesta — actualmente— por 165 organismos nacionales de normalización. Para adecuarse a la vocación internacionalista de la organización se llegó al consenso de que -independientemente del país o del idioma- siempre se utilizaría el término ISO en su derivación del griego *isos* = igual.

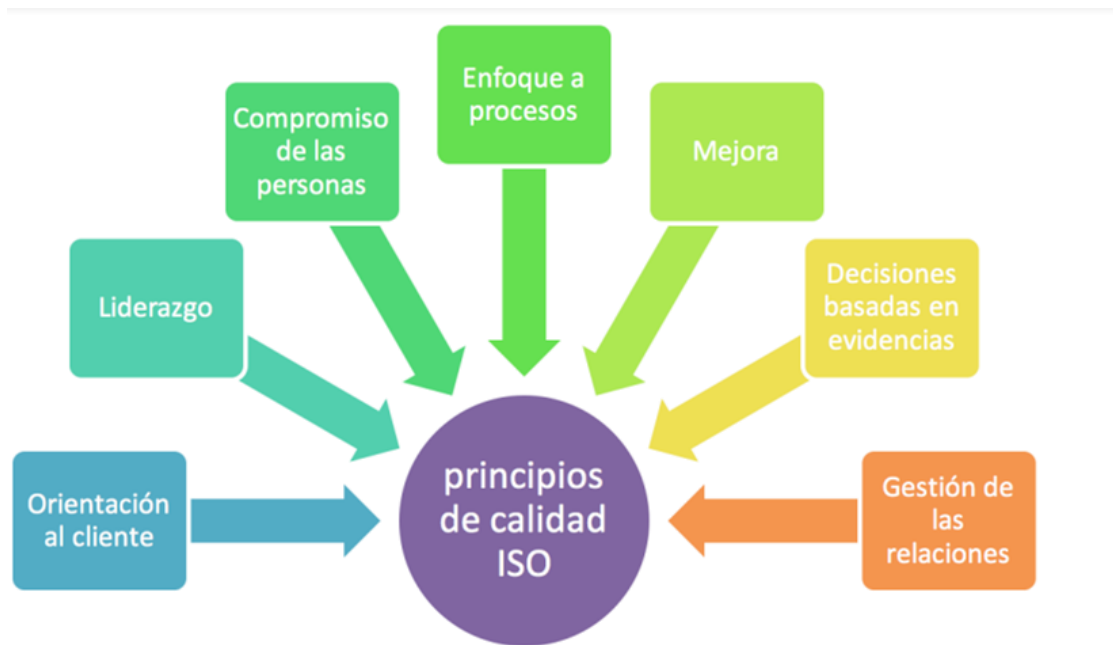
La International Standard Organization nació en 1947 a partir del acuerdo alcanzado por 25 países para garantizar unos estándares de calidad en la industria a nivel internacional, recogiendo los trabajos previos de la oficina de Naciones Unidas UNSCC (United Nations Standards Coordinating Committee) y de la International Federation of the National Standardizing Associations (ISA).

El desarrollo de estándares internacionales, de cumplimiento voluntario, fue ampliándose progresivamente hasta alcanzar ámbitos de aplicación más allá de la industria. Hay 23.794 normas internacionales desarrolladas hasta la fecha, en campos que van desde la Protección Radiológica (ISO 13.280) hasta la Ingeniería militar (ISO 95.040) o la Gestión de la Calidad (ISO 9000).

La familia de estándares ISO 9000 representan un consenso internacional sobre buenas prácticas de Gestión de Calidad y ha evolucionado en el tiempo desde el objetivo primigenio de «control de la calidad», es decir, establecer una *garantía de conformidad* para

las empresas certificadas (primera norma ISO 9001 de 1987) hasta el concepto actual (2015) de «gestión de la calidad total».

La norma se basa en 7 principios de gestión de la calidad:



Principios de calidad según ISO 9001

Desde la orientación al cliente, como eje vertebrador de la política organizativa, se construye un sistema en el que las personas son fundamentales (liderazgo, compromiso y gestión de las relaciones) junto con un enfoque a procesos que genere la mejora continua gracias a la toma de decisiones basadas en evidencias tangibles.

Los sistemas de gestión de la calidad ISO 9001 certifican el trabajo sobre la optimización de la gestión y el incremento de la eficiencia, disminuyendo la variabilidad para eliminar errores o minimizarlos y mejorar tanto la seguridad como la satisfacción de las partes de interés.

- EFQM

El denominado modelo EFQM es un compendio de otros modelos previos que se desarrolló en el marco de la Unión Europea a iniciativa de un grupo de expertos de múltiples ámbitos, con el objetivo de mejorar la competitividad de las empresas europeas en cualquier entorno, siendo de aplicación a cualquier tipo de organización. Según se puede encontrar en su propia página web, la Fundación Europea para la Calidad y la Mejora (EFQM, en sus siglas en inglés) proporciona «un marco de gestión reconocido mundialmente que da respuesta a las organizaciones en la gestión del cambio y la mejora del rendimiento»⁴. En España le representa el Club de Excelencia en Gestión⁵.

El modelo de gestión EFQM tiene un amplio desarrollo en multitud de organizaciones europeas y ha ido evolucionando, con cambios relevantes incorporados gracias al consenso entre los expertos y las empresas que han aportado las mejores experiencias.

En su última actualización, EFQM modificó sustancialmente su estructura para adecuarla a los cambios de lo que se considera un modelo de gestión excelente en el momento actual.

Se fundamenta en tres pilares:

dirección — ejecución — resultados

Que a su vez se corresponden a tres preguntas:

1. ¿por qué?
2. ¿cómo?
3. ¿qué?

Además, otorga un papel preponderante al «ecosistema de la organización» que permite establecer el papel de la organización en su entorno, facilitando la definición de nuevas oportunidades, anticipando amenazas, adaptándose a los cambios de escenario y a las demandas de sus grupos de relación.



Modelo EFQM.

El modelo EFQM tiene 7 criterios (divididos en 23 subcriterios) con 1000 puntos de evaluación. En función del resultado obtenido hay 6 niveles de calificación o Sello EFQM que permiten a las organizaciones demostrar su avance hacia la excelencia (desde 200 puntos hasta 700 o más puntos). Estos sellos son premios a la excelencia (no certificaciones ni acreditaciones).



Sellos de reconocimiento EFQM

- JACIE

JACIE, son las siglas para Joint Accreditation Committee of the ISCT y el European Group for Blood and Marrow Transplantation un sistema de acreditación para programas de trasplante hematopoyético y terapia celular creado desde el convencimiento de que una atención de calidad sólo puede conseguirse con el abordaje de los problemas clínicos y de laboratorio.

Los estándares JACIE son requisitos basados en la evidencia y establecidos por equipos internacionales de expertos que trabajan en comités en los que participan profesionales de todos los ámbitos implicados en centros de recogida, procesamiento y trasplante hematopoyético garantizando que las normas «abordan todos los aspectos de la fabricación y administración celular que afectan la calidad de los productos y la atención terapéutica»⁷

En procesos de elevada complejidad surge la necesidad de acreditaciones específicas como la JACIE para el caso de los trasplantes hematopoyéticos que se centra en un aspecto específico dentro del ámbito de la Hematología.

Es interesante observar el surgimiento de sistemas de acreditación específicos de procesos complejos sanitarios que los mismos profesionales y sociedades científicas promulgan un elemento clave para garantizar la calidad y seguridad de los procesos.

- Otros

Más allá de los sistemas de gestión de la calidad presentados en los puntos anteriores, existen otros sistemas para la implementación de prácticas en materia de gestión de la calidad y de reconocimiento de la excelencia utilizados por entornos hospitalarios:

- Los premios de Calidad Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige National Quality Award) al modelo en excelencia en la gestión nacieron en 1987 para reconocer a las empresas o instituciones estadounidenses ejemplares en la búsqueda de la excelencia e inicialmente se dirigía a la industria, aunque en 1998 se extendió a los

entornos educativos y sanitarios. Depende del National Institute of Standards and Technology (NIST), del Departamento de Comercio de Estados Unidos.

El modelo Baldrige hace hincapié en el liderazgo y resultados, y se enfoca a siete criterios de excelencia en el entorno sanitario: liderazgo, estrategia, clientes, medición, análisis y gestión del conocimiento, personal, operaciones y resultados.

- Premio Deming a la calidad total (TQM) que se entrega desde 1951, con el objeto de reconocer las contribuciones -a título individual y a empresas-, al desarrollo de la calidad.

Para obtener el reconocimiento no hay que seguir un modelo de gestión determinado sino la propia autoevaluación y conocimiento interno debe llevar a la generación de objetivos a alcanzar y establecer los medios para lograrlos.

- La metodología Lean Six Sigma no representa sistema de gestión de la calidad en sí mismo al no vincularse a ninguna norma reconocida o premio, pero sí es un modelo de análisis para la mejora de los procesos.

Se nutre de dos sistemas diferenciados pero complementarios: Six sigma orientado a la reducción de la variabilidad de los procesos y Lean Manufacturing con mayor enfoque a la velocidad en la realización de las actividades que conforman los procesos. Se basa en el método DMAIC:

definir → medir → analizar → mejorar → controlar.

El objetivo es reducir aquellos aspectos que no aportan valor al resultado final deseado:

- Defectos.
- Sobreproducción.
- Esperas.
- Talento no utilizado.
- Transportes innecesarios.
- Inventarios no dimensionados.
- Movilidad innecesaria.

2.3 Gestión por procesos en un hospital

2.3.1. Estructura organizativa

En sanidad, tradicionalmente, la sistemática organizacional — especialmente en el entorno hospitalario— se ha gestionado por departamentos funcionales o áreas de especialidad médica que permitían dar respuesta a la necesidad de desarrollo científico y técnico distintivo de cada ámbito. Igualmente, se establecía una marcada diferenciación entre las áreas asistencial y administrativa, cada una actuando bajo la tutela de un responsable máximo.

Al situar el desarrollo del conocimiento especializado en el centro de la estructura organizativa del hospital se relegaba, en muchos casos, la posición del cliente/paciente/usuario a mero receptor del conocimiento del profesional sanitario, sin intervenir en las decisiones que afectaban a su salud.

Con la creciente demanda de los pacientes/clientes/usuarios de participación en relación a aquellos aspectos que afectan a su salud se establece la corresponsabilidad en la toma de decisiones y en definitiva se genera «nuevo modo de entender la relación terapéutica entre profesionales y pacientes evolucionando de la visión tradicional paternalista a una relación más informada y participativa del paciente»¹¹ con lo cual, los entornos de gestión hospitalaria deben, no sólo dar respuesta al resultado final de la atención sanitaria, sino también a la satisfacción de las expectativas de los clientes/pacientes/usuarios.

Definir la manera de organizar el trabajo, equilibrando por un lado las necesidades organizativas hospitalarias de especialidad con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes/ pacientes/usuarios por otro —y añadiendo a la optimización de los limitados recursos económicos disponibles—, abre el campo para la utilización de la gestión por procesos en el ámbito hospitalario.

2.3.2 Concepto de «proceso»

Para poder evaluar la importancia de la gestión por procesos en un centro hospitalario debemos empezar por definir qué queremos decir cuando hablamos de procesos.

Para la Real Academia Española, un proceso es: 1. m. Acción de ir hacia delante. 2. m. Transcurso del tiempo. 3. m. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.

La normativa ISO aplica la definición: «conjunto de actividades, mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados».

Para el modelo EFQM, un proceso es «una secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones».

Hay una serie de elementos comunes en estas definiciones que permiten establecer cuáles son las características propias de un proceso: a partir de un inicio se describen una serie de actividades interrelacionadas y transformadoras, con un objetivo final o consecución de un resultado.

Trasladando esta visión al entorno sanitario, definir gestión por procesos requiere de un equilibrio entre el conjunto de actividades que se desarrollan en los centros hospitalarios de carácter transversal, multidisciplinar y horizontal con la estructura tradicional por departamento, más jerarquizada y vertical.

Para lograr alcanzar este equilibrio es fundamental colocar la satisfacción de los clientes/pacientes/usuarios de la organización en el centro de todo el sistema. Es pues la satisfacción de las necesidades de los clientes/pacientes/usuarios lo que permite fijar los objetivos finales de los servicios y direcciones orientándose a la gestión por procesos. La mayoría de sistemas de gestión de la calidad tienen el proceso como eje central de sus actuaciones.

2.3.3 Tipos de proceso

Los procesos de una organización -sanitaria o no- se pueden dividir en tres grandes tipos:

1. Procesos clave: Definen aquello a lo que se dedica la organización, son el núcleo de su actividad y están directamente relacionados con la misión de la misma.
2. Procesos estratégicos: Son los procesos de gestión, los que establecen los objetivos estratégicos recogiendo la información del contexto de la organización (expectativas de las partes con las que interactúa, regulaciones o requerimientos legales que afectan al desarrollo de la actividad...) para la obtención de los mejores resultados de los procesos clave.
3. Procesos de apoyo: Asignan recursos para el desarrollo de las actividades de la organización y están al servicio de los procesos clave.

En el entorno sanitario podemos incluir dentro de los procesos de apoyo una división entre procesos de *apoyo asistenciales* y *procesos de apoyo no asistenciales*. Los primeros contribuyen al desarrollo de los procesos clave y se realizan por personal sanitario, mientras que los segundos tienen un carácter técnico y se relacionan con la gestión de los recursos y de apoyo al cliente.

El objetivo de la gestión por procesos es:

- ✓ Disminución de la variabilidad clínica y técnica en el desarrollo de las actividades habituales para minimizar la aparición de errores y obtener entornos más seguros,
- ✓ Compartir el conocimiento interno de la organización orientándolo a la mejora continua con una visión transversal de las actividades,
- ✓ Fomentar entornos colaborativos entre profesionales y con los clientes/pacientes/usuarios de la organización para la mejor satisfacción de sus necesidades,

- ✓ Implementación de un sistema de indicadores que aporten evidencias del estado real de la institución para favorecer la toma de decisiones informadas, mejorando la gestión.

Como cualquier sistema organizacional, la gestión por procesos presenta ventajas y algún inconveniente que deben ser conocidos para evaluar los pros y contras de adoptarlo como sistema de gestión en una organización.

Si hablamos de las ventajas de adoptar un sistema de gestión por procesos podríamos desatacar:

- Permite obtener una visión global de la organización.
- Establece las responsabilidades y niveles de participación en el desarrollo de las actividades.
- El análisis de las acciones que se realizan permite detectar aquellas que no aportan valor al proceso, pudiendo reorganizarlas o sustituirlas por otras más eficientes.
- La mayor eficiencia en las acciones infiere en una optimización de recursos que disminuye los costes.
- Favorece la interrelación de las personas y mejora la comunicación.
- La visión horizontal del proceso permite flexibilizar la toma de decisiones para responder ante cambios en el entorno, adaptándose con mayor rapidez.
- El beneficio común prioriza sobre el beneficio de una de las partes porque la organización se ve como un todo.
- Se establecen sistemas de medición que aportan evidencias sobre el nivel de cumplimiento de los procesos.
- Se incrementa la seguridad gracias al análisis y evaluación.

Entre los inconvenientes para la implementación de la gestión por procesos en un centro hospitalario encontramos:

- La necesidad de planificar correctamente el proyecto. Es importante establecer una consecución de objetivos realista y adaptado a la institución.

- Puede tardar tiempo en mostrar los beneficios. La gestión por procesos establece un sistema de organización, pero no es la panacea instantánea para remediar todos los problemas de una institución.
- Que las partes, ya sea la dirección o los profesionales, no se impliquen en el proyecto.
- Resistencia al cambio.

2.3.4 Mapa de procesos

Si hemos determinado que un proceso es una sucesión de actividades interrelacionadas y transformadoras, con un inicio y un final, podemos inferir que el mapa de procesos es una representación gráfica que recoge, no sólo los procesos de la organización, sino también las relaciones que se establecen entre ellos.

La gestión por procesos como sistema de organización en un hospital requiere de metodologías de representación gráfica que permitan acceder a una visión global de la institución. Esta visión total puede completarse con la diagramación de subprocesos en función de las necesidades detectadas o de la priorización que resulte más conveniente para la organización.

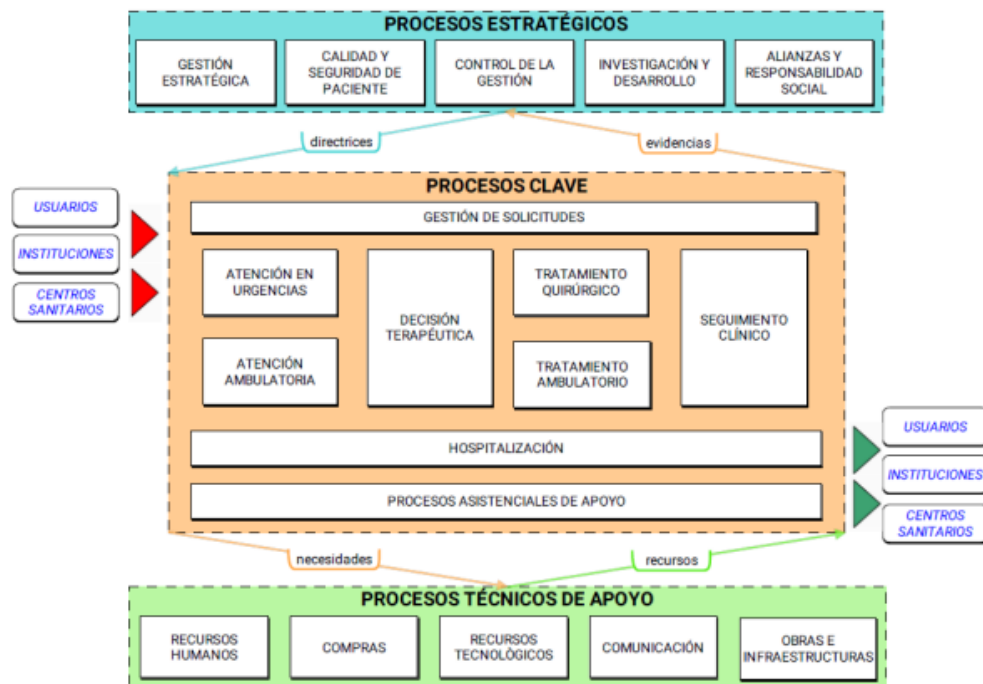
Para la plasmación gráfica de los procesos hay dos tipos de lenguaje que se utilizan habitualmente:

- IDEF (Integration Definition for System Modelling) que permite la representación gráfica estructurada de las actividades y datos que se realizan en una organización.
- ANSI (American National Standards Institute) que da lugar a un sistema de diagramas de flujo que emplean símbolos con significados establecidos para reflejar los distintos procesos de la organización.

En este punto puede resultar muy positivo contar con una herramienta de estructuración/diagramación, que permita describir y construir el sistema de gestión con un lenguaje accesible para todos. Este tipo de herramientas favorecen el acceso a la

información tanto de los procesos como de los documentos asociados a ellos y las herramientas utilizadas para llevarlos a cabo.

A la hora de elegir las aplicaciones o sistemas con los que trabajar hay que partir de la idea de que son las herramientas las que están al servicio de las personas y no al revés. Cualquier aplicación o sistema que no sea de utilidad debe desecharse y sustituirse por uno que facilite la labor de los profesionales.



Modelo de mapa de proceso hospitalario

2.4 Implementación de la gestión por procesos

La implementación de la gestión por procesos supone mucho más que un simple cambio organizacional, es un cambio de paradigma, de visión y de cultura de la organización que pasa a ser vista como un todo, escalando los muros divisorios que separan departamentos, direcciones y unidades.

Para que el proyecto de implementación sea exitoso es imprescindible que la Dirección asuma el liderazgo del proyecto, marcando los objetivos a alcanzar y estableciendo la responsabilidad de estos. Igualmente, es fundamental, que se determinen plazos de ejecución concretos y realistas que no supongan frustración entre los participantes.

Asumir la gestión por procesos como sistema organizativo necesitará de un compromiso por parte de todos los actores de la organización, que deben ver en la implementación un mecanismo de ayuda para la mejora y no una burocratización o imposición de medidas. Para lograrlo es imprescindible contar con la participación de todos los profesionales mediante la planificación de acciones formativas y favoreciendo que puedan expresar sus opiniones y sugerencias relacionadas con el proyecto.

Siguiendo el Ciclo de Mejora Continua podemos establecer cuatro grandes etapas para la implementación de la gestión por procesos en un entorno hospitalario:

Fase I: planificación

La primera fase de la implementación de la gestión por procesos debe establecer la programación de las actividades a realizar, así como el esquema para alcanzarlas. Es muy importante no perder de vista que las organizaciones sanitarias en general —y las hospitalarias en el caso que nos ocupa—, son entornos muy tensionados, con un gran volumen de actividad que obliga a una cuidada valoración de las posibilidades reales de trabajo en equipos multidisciplinares.

En un inicio se debe elegir el proceso o procesos sobre los que se va a trabajar. Hay una serie de criterios que pueden ayudarnos a decidir por donde es conveniente empezar:

- Priorizar aquellos procesos que afecten a mayor número de usuarios/clientes/pacientes.
- Iniciar el proyecto por aquellos procesos que necesitan mejorar.

- Llevar a cabo los procesos con expectativas rápidas de éxito.
- Que sean los procesos que mayor impacten en la opinión del cliente/paciente/usuario.

Una vez elegido el ámbito o ámbitos de trabajo se asignan las responsabilidades en el proyecto. El liderazgo por parte de la Dirección debe producirse desde el primer momento y fomentar de manera expresa la participación de todo el personal.

Es determinante elegir un miembro de la Dirección como «propietario» del proceso y designar a un profesional —del entorno a diseñar— para responsabilizarse del proyecto. Cualquier profesional puede ser elegido para responsabilizarse del proyecto, no es necesario que pertenezca a la dirección, o a un grupo profesional concreto. Sí debe disponer de conocimientos profundos del ámbito de trabajo y cierta ascendencia o capacidad de liderazgo sobre el resto de profesionales, para dinamizar la participación de todos.

Esta participación resulta fundamental para el éxito del proyecto. La comprensión del rol que desempeña cada profesional en los procesos y procedimientos, y como su trabajo contribuye para la consecución de los objetivos generales pueden fomentar el sentimiento de pertenencia a la organización.

Junto a la determinación de roles y responsabilidades, y una vez delimitado el alcance del proyecto, es imprescindible establecer un cronograma de actuación y agenda: deben asignarse plazos realistas para la consecución de las distintas fases o actividades proyectadas. Se deben definir las expectativas y los retos del proyecto estableciendo una dinámica de pequeños pasos que marquen un camino de éxitos relativamente fáciles de alcanzar para fomentar la motivación del personal. En definitiva, debemos disponer de una «hoja de ruta» del proyecto.

Partiendo del diseño del mapa de procesos de la organización, y concentrándonos en los que supone para un hospital, debemos proceder al diseño de los subprocesos y

procedimientos que lo conforman definiendo las informaciones que dichos procesos o procedimientos deben recoger: «Escribimos los que hacemos y hacemos lo que escribimos».

Tradicionalmente se establece la llamada «ficha de procesos» donde se recogen las informaciones relevantes para la gestión. Es un documento paralelo a la diagramación del proceso que contiene aquellos datos relativos a la responsabilidad, objetivo, alcance y elementos asociados (cabe indicar que en muchas de las aplicaciones de diagramación que se encuentran en el mercado se incluyen las fichas de proceso, facilitando la integración de los datos en un único entorno). Cada organización debe determinar aquellos aspectos que considere clave para el seguimiento y análisis de sus procesos, por lo que la ficha de proceso puede confeccionarse en función de las necesidades particulares establecidas.

Fase 2: implementación

La descripción de las actividades que se realizan en el desarrollo de los procesos permite trabajar sobre uno de los aspectos más relevantes al aplicar la gestión por procesos: la gestión del riesgo. Prever qué puede salir mal en el desarrollo de las actividades que realizamos habitualmente nos permite adelantarnos y minimizar los posibles efectos adversos que puedan ocurrir.

Hay varias metodologías aplicables para la detección y análisis del riesgo desde el *brainstorming*, los diagramas de flujo, o el análisis modal de fallos y efectos, empleándose conjuntamente varios de ellos en la mayoría de las ocasiones. Una de las metodologías más utilizadas es el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) que permite asociar el nivel de gravedad (¿qué efectos provoca?), el grado de incidencia (¿cuánto ocurre?) y la posibilidad de detección (¿puedo descubrirlo?) a aquellas acciones susceptibles de dar un resultado no esperado durante su desarrollo.

Aplicar un AMFE permite evaluar de manera prospectiva la posibilidad de un riesgo: El primer paso es la detección de aquellos posibles efectos no deseados para, a continuación, analizarlos y evaluarlos. Se pueden modificar circuitos, añadir acciones,

insertar verificaciones o cualquier otro sistema encaminado a la supresión o minimización del riesgo.

Indefectiblemente ligado a la gestión por procesos encontramos la medición. Saber exactamente la situación real de la organización permite la toma de decisiones con conocimiento para una correcta planificación de aquello que debe realizarse de manera prioritaria.

Fijar los puntos de análisis que permitan detectar el nivel de funcionamiento de los procesos debe realizarse siguiendo criterios de utilidad, es decir, hay que medir aquello que nos proporcione la información que necesitamos y a ser posible que dicha medición se realice de forma automática para evitar sesgos en los resultados (asegurar que siempre se realicen los cálculos de la misma manera).

La comunicación eficaz de los logros que se vayan sucediendo en la implementación es otro aspecto relevante que debe permitir la motivación del personal y su sensibilización acerca de la gestión por procesos.

La realización de actividades formativas para el mayor conocimiento de los motivos de adoptar una gestión por procesos es también un aspecto clave para vencer las resistencias que puedan generarse en la implementación.

Una vez se describan las actividades de los procesos y se establezcan los puntos a evaluar se procederá a la aprobación del trabajo realizado por parte de la máxima autoridad de la organización.

Fase 3: evaluación

Una vez implantada la gestión por procesos se pone en marcha la recogida sistemática de datos para permitir la evaluación de la eficacia de las actividades que se realizan. Se deben establecer puntos de recogida de datos que sirvan de guía para valorar la evolución de las actividades descritas en los procesos. Estos datos obtenidos o

indicadores se comparan con un estándar (valor numérico de referencia) y facilitan información útil, pertinente, concreta y rigurosa.

FICHA DE INDICADORES	
Nombre	Definición nominal del indicador
Dimensión	Dimensiones de la calidad asistencial: Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Equidad, Adecuación, Accesibilidad, Continuidad, Puntualidad, Respeto, Satisfacción
Justificación	Utilidad del indicador
Formulación	Expresión matemática para la obtención del indicador
Definición terminológica	Definir los conceptos relacionados para evitar confusión.
Población diana	Unidad de estudio
Origen datos	Fuente de información
Tipo	Estructura, Proceso o Resultado
Estándar	Índice de referencia orientativo para el resultado obtenido
Comentarios	Aspectos que requieran un desarrollo específico. Bibliografía

Modelo de ficha de indicadores

La adecuada confección de los indicadores permitirá establecer los puntos clave sobre los que fijar la atención para comprobar el desarrollo del proceso y establecer el estado real de situación de este. Pero no sólo debemos fijarnos en los indicadores, la gestión por procesos se nutre de otros aspectos que permiten ver su desarrollo: los datos de actividad, las no conformidades detectadas (aquellos aspectos que han supuesto un incumplimiento de lo establecido en el proceso, discrepancias entre lo que hacemos y lo que decimos que hacemos), la reevaluación del riesgo, la realización de auditorías, el análisis del entorno (DAFO) o la recogida de la satisfacción de las partes de interés que intervienen en el proceso son fuentes de datos a considerar.

La evaluación del sistema no debe limitarse únicamente a la recogida de datos de todas las fuentes posibles. Es imperativo «hacer algo» con la información recopilada y analizarla exhaustivamente para tomar decisiones, desde planificar acciones para mejorar

los puntos que no cumplan con los estándares fijados o rediseñar completamente los circuitos en aquellos más alejados de las aspiraciones del proceso. Igualmente hay que reforzar aquellos puntos en los que los datos aportados cumplan con lo establecido como modelo para evitar acomodamientos que lleven al abandono de las buenas prácticas alcanzadas.

También es de vital importancia la comunicación de los resultados obtenidos, tanto a la Dirección (informes periódicos de revisión por la dirección, presentación de datos relevantes en los diferentes comités y comisiones de dirección...), como a los profesionales implicados en el área que verán como su trabajo diario tiene un reflejo en los resultados obtenidos por la organización.

Esta comunicación de resultados podría extenderse al global de la organización, fomentando así la interacción entre profesionales y publicitando la gestión por procesos para su extensión a todos los ámbitos de la institución.

Fase 4: Mejora continua

La mejora continua es el fundamento de la gestión por procesos y para alcanzarla debemos recuperar la idea de que los procesos interaccionan constantemente entre sí y que cualquier mejora introducida en una parte del proceso comportará la mejora del todo.

Para mejorar el sistema —como comentábamos en el apartado anterior—, la recogida de datos por sí misma no tiene utilidad si no se acompaña del análisis pormenorizado de los mismos. Priorizar la toma de decisiones con conocimiento real, sustentado en evidencias, permitirá una correcta planificación institucional alineada con la misión de la organización.

Hay varias herramientas que podemos utilizar para mejorar los procesos diseñados. Desde las más tradicionales como el análisis de fallos y efectos (AMFE) para el

rediseño de procesos o el análisis de las fuerzas que inciden en los procesos mostrando las debilidades-fortalezas junto a las amenazas-oportunidades (DAFO) a las últimas aportaciones de la metodología Lean Healthcare y Six Sigma aportadas desde la industria y que empiezan a mostrar sus posibilidades de adopción en el entorno sanitario en general y en el hospitalario en particular, introduciendo la optimización de recursos y la gestión de las acciones que no aportan valor transformándolas o sustituyéndolas por otras más eficaces.

Una herramienta muy útil para este punto es la parrilla de Williamson y Hanlon que, modificada para el entorno hospitalario, establece cuatro aspectos a analizar: magnitud o frecuencia, riesgo o gravedad, coste para la organización y capacidad de resolución autosuficiente. Se establece así una priorización de las acciones de mejora de los procesos que destina los recursos necesarios a aquellos puntos más relevantes.

La medida de los procesos permite advertir deficiencias o desajustes que se pueden corregir, generar las acciones de mejora pertinentes y llevarlas a cabo, medir y revisar el proceso... todo ello nos permite mantener la vigilancia activa del sistema.

La estrategia para la mejora de la calidad, con el conocimiento de todas las variables que afectan a los procesos, se establece mediante la mejora continua o *kaizen* («cambio para mejor»).

2.5 Elaboración de un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente en un hospital

2.5.1 Estrategia y políticas de calidad

La elaboración de un Plan de Calidad en una organización hospitalaria responde a la necesidad de establecer los objetivos, líneas de trabajo y acciones que lleven a la excelencia en el desarrollo de las actividades diarias, estableciendo responsabilidades y plazos para la consecución de los mismos.

Los objetivos establecidos deben responder a las líneas estratégicas de la institución y por ello deben estar estrechamente relacionados con la misión, visión y valores que les son propios. Deben igualmente, recoger las aportaciones de los grupos de

interés de la organización y el análisis pormenorizado de la situación del entorno del centro para afrontar de forma realista la priorización de acciones a implementar.

El Plan Estratégico es un instrumento de planificación en el que se marcan las líneas institucionales correspondientes a un periodo de tiempo, que oscila entre los 3 y los 5 años, a partir del cual se definirán las políticas de calidad. Estas políticas recogerán los objetivos genéricos hacia los que la organización quiere avanzar y marcarán los sistemas organizativos para su consecución.

2.5.2 Organización de la calidad

Para la alcanzar los objetivos de calidad es necesario establecer el sistema organizativo que facilite su consecución. Hay diferentes posibilidades organizativas y cada institución deberá elegir la que mejor se adapte a sus características y al tipo de objetivos o acciones planificadas.

Los modelos para la gestión organizativa de la calidad más utilizados:

- Comisión de calidad: grupo permanente, de carácter técnico, que se reúne de manera periódica y tiene una composición estable
- Grupos de trabajo: específicos ante un problema u objetivo concreto, con carácter técnico, de duración determinada (se disuelve el grupo con la consecución del objetivo o solución del problema).
- Grupos de mejora de procesos: pueden participar todos los profesionales directamente relacionados con un proceso para evaluar los resultados obtenidos, proponer acciones de mejora, priorizar actividades
- Comisiones clínicas.
- Círculos de calidad: formados por profesionales voluntarios para abordar aspectos relacionados con la calidad de forma concreta y específica

2.5.3 Objetivos de los Planes de Calidad y Seguridad del Paciente

La definición de los objetivos que se consignan en los planes de calidad y seguridad del paciente y que recogen las directrices establecidas en las políticas de calidad de una organización se orientan hacia:

- Aumentar la eficiencia.
- Disminuir la variabilidad.
- Garantizar la satisfacción de los grupos de interés.
- Promover y mejorar la seguridad de los pacientes (y de todos los grupos de interés en todos los niveles de la institución).
- Integrar la cultura de la calidad en la operativa de todos los profesionales de la institución.
- Potenciar la transparencia en la comunicación, con dinámicas de trabajo participativas.
- Identificar las mejores prácticas para hacerlas extensivas a toda la organización.

Todos los objetivos descritos deben alinearse con la priorización que la organización establezca, en función de los retos y oportunidades del momento, analizados en el plan estratégico y fijados en la política de calidad.

2.5.4 Plan de Acción

Una vez se determinan los objetivos de calidad que deben recogerse en el Plan de Calidad y seguridad del paciente es necesario especificar las acciones que se llevarán a cabo para alcanzarlos.

Cada objetivo puede disponer de varias acciones vinculadas y para cada una de ellas es necesario determinar el alcance, el equipo de trabajo, la responsabilidad y un cronograma o fecha de consecución. Es fundamental una priorización de las actividades en función de la importancia estratégica para la institución y los recursos disponibles para lograr su implementación.

Como las acciones recogidas por objetivo son mayoritariamente complementarias entre sí, es importante coordinar su implementación para la obtención del objetivo final.

2.5.5 Sistemas de evaluación

La efectividad alcanzada en la consecución de los objetivos establecidos en el plan de calidad y seguridad del paciente debe producirse en varios niveles —acciones previstas y objetivos— y como mínimo tener un carácter anual.

Es necesario determinar el grado de consecución de cada una de las acciones previstas por objetivo para lo cual es imprescindible conocer la situación de partida y los resultados de evolución (coste, atención al paciente, incremento de actividad o satisfacción entre otros aspectos). Estos datos se obtienen a través de indicadores definidos *ad hoc*, registros de actividad, auditorías documentales o de proceso, cuestionarios de satisfacción.

UNIDAD III

CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MEDICA EN MÉXICO

3.1 Antecedentes

En 1916 Ernest Codman, en los Estados Unidos, estableció los principios sobre la importancia de la certificación de los médicos y la acreditación de las instituciones, sentando las bases de lo que dos años más tarde constituiría el programa de estandarización hospitalaria. Este planteamiento se hizo realidad mediante la instrumentación del Programa Nacional para la Estandarización de Hospitales, en el que, de un total de 692 hospitales, sólo aprobaron 90.

En 1951 se instaló en ese mismo país la Comisión Mixta de Acreditación Hospitalaria (actualmente Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), como una empresa privada que en 1953 publicó los estándares para la acreditación de hospitales, mismos que incluyeron al cuerpo de gobierno, reglamento médico, instalaciones, preparación de alimentos, control de medicamentos, servicio de dietas y enfermería; estos estándares enfatizaron que el cuerpo médico es responsable ante las autoridades del hospital por la calidad de la atención médica otorgada. Posteriormente introdujo y reforzó conceptos acerca del análisis retrospectivo de casos, por medio de auditorías médicas en la Sociedad Nacional de Médicos y Hospitales.

Aun a pesar de no contar con estos mecanismos de acreditación, las instituciones de salud en México se han esforzado por aplicar diversas medidas tendientes a evaluar y garantizar la calidad de los servicios. de ello existen muchas referencias tanto en instituciones públicas como privadas y de seguridad social. Por ejemplo, el Programa de Círculos de Calidad, instrumentado en el Instituto Nacional de Perinatología, el de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Estudio sobre Satisfacción de Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud realizado en el ISSSTE, el proceso de regulación de los servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud y los comités de morbilidad y mortalidad en hospitales públicos y privados.

En 1990 se inició en nuestro país un conjunto de acciones para hacer aplicativo el Modelo de Garantía de la Calidad y Certificación de Hospitales, como parte del proceso de mejoría en la prestación de los servicios de salud, de esta forma. y bajo el auspicio de la Secretaría de salud, un grupo de 22 importantes hospitales privados establecidos en el área metropolitana de la Ciudad de México conformó en mayo de 1990, el Grupo de Trabajo de la Atención Médica Privada enfocado a la creación de estrategias que coadyuven a elevar la calidad de los servicios de salud que se otorgan en las unidades hospitalarias.

Como resultado de la formación de este grupo de trabajo encaminado a garantizar la calidad de los hospitales, se identificó la necesidad de llevar a cabo las siguientes acciones:

- Dimensionar el sector médico privado mediante un censo nacional de unidades médicas con camas, que permitiera conocer la capacidad instalada y la complejidad de las mismas, de acuerdo a la concurrencia de recursos y su organización.
- Incorporarse a las acciones de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, de instalar y operar comités de infecciones hospitalarias en nosocomios públicos y privados como una estrategia de mejor continua de la calidad.
- Identificar y definir los criterios que hicieran posible la acreditación de hospitales, mediante una propuesta que nos permitiera contar con un modelo de acreditación hospitalaria; dicho modelo debería incluir el manual de estándares, mecanismos de certificación y las características del organismo acreditador.

Se realizaron dos importantes reuniones: la primera el 18 de septiembre de 1992, en el Instituto Nacional Salud Pública de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos; ahí se reunió el grupo de trabajo con 50 expertos en administración de hospitales, coordinado por la Secretaría de salud y con el apoyo de la OPS, a fin de establecer los lineamientos generales que deberían considerarse para iniciar el proceso de acreditación de hospitales en México. Se tomaron como punto de partida los lineamientos marcados en el documento elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, "La Garantía de la Calidad, Certificación de Hospitales para América Latina y el Caribe", con respecto a la conceptualización del modelo de certificación.

En dicha reunión se decidió que nuestro país debería contar con una Comisión Mexicana que fuera la encargada de acreditar los hospitales. Como resultado del trabajo, se establecieron cuatro puntos que sustentan el Modelo Mexicano de Certificación:

1. Definición y función básica del hospital

Para los fines del Modelo Mexicano de Certificación, hospital es todo establecimiento, independientemente de su denominación, dedicado a la atención médica, que cuenta con camas para el internamiento de pacientes, y con los recursos necesarios para proporcionar de manera organizada servicios médicos y quirúrgicos.

La función primordial de todo hospital es proporcionar atención médica continua; como complemento, dependiendo de su nivel de complejidad y de sus objetivos específicos, puede tener otras, entre ellas la formación de recursos humanos, la investigación científica y acciones preventivas.

El establecer criterios para la clasificación de hospitales según su grado de complejidad, congruentes con la heterogeneidad de unidades pequeñas, hizo necesario determinar los estándares de certificación acordes a las características de: baja, mediana o alta complejidad; asimismo, crear un organismo que fije los estándares hospitalarios para la prestación de servicios, cuya certificación este a cargo de una organización civil, y que integre una Comisión Mixta representada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud y otras agrupaciones médicas de prestigio.

2. Definición de los derechos, responsabilidades y obligaciones de los pacientes

En México, la protección de la salud es un derecho constitucional. La certificación es un medio para asegurar niveles suficientes de calidad que garanticen esta protección a cualquier persona y el respeto de sus derechos como ser humano y como paciente, de acuerdo con los valores socialmente aceptados y que se expresan como derecho a recibir:

- Trato digno y respetuoso
- Acceso al tratamiento
- Privacidad y confidencialidad
- Seguridad personal

- Información
- Comunicación
- Negarse a recibir el tratamiento por parte del paciente

Dentro del marco ético establecido en los derechos de los pacientes, éstos tendrán las responsabilidades y obligaciones que siguen:

- Suministro de información
- Apego a las instrucciones
- Respeto y consideración
- Cumplir los reglamentos y estatutos del hospital
- Asumir las consecuencias derivadas de negarse a recibir el tratamiento

3. Condiciones para solicitar la certificación

Todo establecimiento que responde a la definición de hospital mencionada, podrá solicitar voluntariamente su certificación como tal; para ello, deberá reunir los requisitos preliminares siguientes.

- Contar con la aprobación de la autoridad sanitaria federal, estatal o municipal que corresponda.
- Tener al menos un año de funcionamiento continuo, legalmente habilitado. Mantener sus instalaciones en funcionamiento los 365 días del año.
- Mantener las instalaciones, las camas y los servicios disponibles de manera continua las 24 horas del día
- Contar con un cuerpo médico propio que garantice la atención permanente.
- Asegurar que todo el profesional que tenga acceso al uso de sus instalaciones esté autorizado para ejercer sus actividades específicas.

4. Mecanismos de certificación

Se abordaron tres aspectos importantes para definir las funciones del organismo coordinador del proceso de certificación: los atributos de la organización, los integrantes de la comisión, y los objetivos.

Los atributos de la organización

- Autónoma
- Asesora del gobierno
- Organismo privado
- No lucrativa
- Nacional
- Representativa de todos los sectores e instituciones
- Única
- De afiliación voluntaria
- Financieramente autosuficiente

Los integrantes de la comisión mexicana: Los tres sectores- público, social y privado

El sector público integrado por representantes de las siguientes dependencias

- La Secretaría de Salud
- El Instituto Mexicano del Seguro Social
- El Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- El Departamento del Distrito Federal
- La Secretaría de la Defensa Nacional
- La Secretaría de Marina y
- Petróleos Mexicanos

El sector social integrado por

- La Academia Nacional de Medicina
- La Academia Mexicana de Cirugía
- La Asociación Mexicana de Hospitales

- La Sociedad Mexicana de la Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA)
- La Fundación Mexicana para la Salud y La Asociación Nacional de Colegios Médicos Estatales ANACOME)

El sector privado lo integran los hospitales privados.

Objetivos General:

- Contribuir a elevar la calidad de la atención que se otorga en unidades hospitalarias de los sectores público, social y privado.

Objetivos Específicos:

- Diseñar criterios y estándares de certificación.
- Realizar el proceso de certificación y otorgar el aval de reconocimiento a las unidades de atención hospitalaria de los sectores público, social y privado. Según el grado de cumplimiento de los estándares.

Objetivos de Funciones

- Elaborar, actualizar periódicamente y difundir los criterios y estándares de certificación en las unidades hospitalarias.
- Analizar los resultados de las visitas de verificación y emitir recomendaciones para mejorar la calidad de la atención médica.
- Validar la verificación y determinar el otorgamiento de la certificación.

A diferencia de los modelos de Estados Unidos y Canadá, que cuentan con un manual de estándares hospitalarios único, para el caso de México, dada la heterogeneidad en las características de sus unidades, se consideró necesario utilizar diversas técnicas de consenso, que finalmente llevaron a concretar el "Manual de Estándares Mínimos para la Certificación Hospitalaria", con el enfoque que nuestros establecimientos hospitalarios tienen sobre la particularidad de atender a todo tipo de población, asegurada o no. Con una amplia gama de opciones que varían desde la más simple, hasta las de alta especialización y con tecnología compleja.

La segunda reunión se llevo a cabo el 11 de julio de 1993, en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Donde participaron 60 expertos y 12 organismos.

En dicha reunión y por consenso se consolidaron las bases técnicas en que se apoyaría el "Modelo Mexicano de Certificación de Hospitales".

Se aprobó la propuesta para la integración del Manual de Estándares que incluyen los mecanismos de certificación.

Mediante elección directa, se designaron los integrantes de la mesa directiva de la Comisión Mexicana con las características siguientes:

- Presidente (representante del sector privado)
- Primer vicepresidente (del sector social)
- Segundo vicepresidente (representante de la academia nacional de medicina)
- Segundo secretario (de la academia mexicana de cirugía)
- Comisario (representante de un hospital privado de Monterrey N.L)
- Seis Vocales (cinco regionales del país y una de hospitales psiquiátricos)

Dichos puestos tienen una vigencia de dos años, al término de los cuales, la sustitución será rotativa y ascendente.

La Comisión Mexicana fue instituida formalmente por el entonces Secretario de Salud. Su primera tarea fue la elaboración del documento "Mecanismos de Certificación Hospitalaria", que consta de los apartados siguientes:

1) Instituciones que pueden solicitar la certificación, donde se destaca que dicho proceso no tiene carácter coercitivo ni obligatorio.

2) Procedimiento administrativo para solicitar la certificación.

3) Procedimiento para manifestar inconformidad por la certificación.

4) Confidencialidad. dicha información no podrá proporcionarse a persona o institución alguna sin permiso por escrito del director del hospital

5) Los hospitales con ciertas particularidades por ser de alguna especialidad, serán motivo de normatividad y mecanismos de certificación diseñados de manera específica.

6) Objeción por parte de las autoridades de un hospital a aceptar la normatividad, en cuyo caso el director deberá manifestarlo por escrito.

En dicha audiencia con el Secretario de Salud, el Comité hizo entrega del Manual de Estándares y de los Estatutos que regirán la integración y el funcionamiento de la Comisión Mexicana.

En 1992 la Organización Panamericana de la Salud inició el proyecto de promover la acreditación de hospitales en América Latina. Como respuesta a ello, la Secretaría de Salud de México inició acciones para impulsar la calidad de la atención hospitalaria y, como resultado de ese proceso, en 1994 se constituyó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMSS), en la cual participaban representantes de los sectores público, social y privado. Esta Comisión se definió como un organismo nacional, único, privado, no lucrativo, autónomo, con categoría de asesor del gobierno y con representatividad de todos los sectores e instituciones de salud. Además, se dio a la tarea de definir su modelo, mecanismo de certificación y manual de estándares.

Los estándares se describieron en un documento denominado Manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria. Para evaluar su idoneidad, se llevó a cabo una prueba piloto en cuatro hospitales de la Ciudad de México: uno público de segundo nivel, uno de seguridad social de tercer nivel y dos privados de tercer nivel. Los resultados dejaron a la luz problemas estructurales en las cédulas de evaluación, y se hicieron una serie de recomendaciones para su mejoramiento. Esta experiencia no se documentó y se desconocen los resultados obtenidos por los hospitales, sin embargo, fue evidente que el sistema era inoperante.

Además, este primer intento enfrentó otros problemas que influyeron en su abandono. Se pueden resumir en: a) la presencia diluida del gobierno en la estructura de la CMSS, lo que disminuyó la fuerza del proyecto; b) los hospitales se clasificaron a priori en diferentes niveles de complejidad hospitalaria; c) se fundamentó en estándares que para esa época ya empezaban a ser obsoletos; y d) se establecieron niveles de rendimiento muy bajo para los hospitales. Por diversas razones, aun cuando la Comisión

se constituyó legalmente ante un notario público, nunca inició sus actividades de manera regular y todo el proceso previo se vio interrumpido indefinidamente.

En los años posteriores, se constituyeron algunas empresas dedicadas a la asesoría en calidad a hospitales, pero sin fines de certificación. Los criterios elaborados por Qualimed Corporation tomaron como base los utilizados por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization de Estados Unidos y los del Canadian Council on Health Services Accreditation. Se aplicaron en algunos hospitales, tanto públicos como privados entre 1997 y 1999, antes de la existencia de la certificación como tal.

3.2 Programa nacional de certificación de hospitales.

En 1998, el Consejo de Salubridad General (CSG), presidido por el entonces Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente y Octavio Rivero Serrano, Secretario del CSG, tomó la iniciativa de crear el Programa Nacional de Certificación de Hospitales (PNCH). El CSG, la CMSS y los asesores de Qualimed Corp., quienes tenían experiencia en los modelos de acreditación de Estados Unidos y Canadá, trabajaron de manera conjunta con el fin de diseñar el modelo mexicano.

Como parte del Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS) y la estrategia para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población, en la sesión del pleno del CSG del 8 de marzo de 1999, se encargó a éste último estructurar un plan para iniciar el proceso de certificación de hospitales, tanto públicos como privados, generales o de especialidad y con actividades de enseñanza e investigación. Para el desarrollo del PNCH, el CSG llevó a cabo un consenso entre las instituciones del sector salud, públicas y privadas, lo que permitió publicar en el Diario Oficial de la Federación del 1 de abril de 1999 el “Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales”.

El 25 de junio de 1999 se publicaron en el mismo medio “Los criterios para la certificación de hospitales”, y el 21 de julio del mismo año, “La convocatoria dirigida a personas físicas o morales interesadas en participar como evaluadores para la certificación de hospitales”. En el decreto de operación se introduce la figura de Terceros

Autorizados, agencias privadas que serían responsables de realizar las evaluaciones directamente en los hospitales. Con la presencia de las agencias evaluadoras, el modelo diseñado fue una mezcla público-privada.

Los criterios para la certificación de hospitales y los manuales para el evaluador fueron de tres tipos

- Hospitales de menos de 30 camas.
- Hospitales de más de 30 camas.
- Hospitales de especialidad.

Asimismo, se acreditaron a 16 agencias evaluadoras que se dieron a la tarea de aplicar los criterios y evaluar a los hospitales. Para promover el programa entre los interesados, se publicó una invitación en periódicos y se enviaron comunicados a los titulares de los servicios estatales de salud de la República mexicana, así como a los directores de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Para el financiamiento del Programa, en la sesión del 8 de marzo de 1999, el CSG acordó establecer un estímulo económico —el pago de un porcentaje del costo de la certificación— para los hospitales que participaran en su evaluación, del primer año de vigencia del programa a partir de la fecha de convocatoria. Se acordó que el subsidio para el pago de las evaluaciones fuera de 66% para los hospitales públicos y de 50% para los privados, con cargo al presupuesto del Consejo de Salubridad General.

Entre junio de 1999 y diciembre de 2000, se inscribieron en el programa 704 hospitales; se evaluaron y dictaminaron 519; y obtuvieron su calificación 425, de los cuales 350 fueron unidades hospitalarias públicas y 75 privadas. La distribución de los hospitales por institución se muestra en el cuadro I. En esta etapa del programa, la vigencia de la certificación otorgada a los hospitales participantes fue por 3 o 5 años, dependiendo de la calificación obtenida.

La Comisión no tenía la estructura necesaria para realizar la actividad de difusión. Para subsanar esta deficiencia las agencias autorizadas jugaron un papel activo en la promoción de la certificación entre los hospitales. Las agencias privadas hicieron el

trabajo de orientación, educación y en algún caso de convencimiento hacia los directivos hospitalarios.

Cuadro I
Hospitales certificados en la primera etapa del programa de certificación en México, 1999-2001

Institución	Hospitales certificados
Servicios estatales de salud, institutos y hospitales federales de referencia	160
IMSS	144
ISSSTE	21
PEMEX	21
Privados	75
Universitarios	4
Total	425

En esa primera etapa se entregaron, en dos ceremonias, certificados a los directores de los 425 hospitales: la primera, el 27 de marzo de 2000, en el Instituto Nacional de Perinatología, presidida por el entonces Secretario de Salud, Juan Antonio González Fernández; la segunda, el 23 de octubre de 2001, en el Centro de Convenciones del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, presidida por el Secretario de Salud de ese periodo, Julio Frenk Mora.

3.3 Desarrollo del modelo público e implantación de la certificación.

Como consecuencia de la globalización, la certificación de calidad de los productos y servicios ha tomado un auge sin precedentes. Para ser considerados como competitivos, deben contar con el aval de una certificación. Por otra parte, la demanda de la sociedad a sus gobernantes ha hecho que éstos busquen la calidad como un medio para tener mejor aceptación social, además de establecer procesos de atención a la ciudadanía que puedan verificarse.

Con el fin de dar continuidad al Programa Nacional de Certificación de Hospitales iniciado en 1999, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, plantea la calidad como uno de sus retos, por lo que estableció como una de sus estrategias la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y como una de sus líneas de acción la “Certificación de los profesionales de la salud y de los establecimientos proveedores de servicios de salud”.

Para la puesta en práctica de dicha línea de acción se procedió a la evaluación como lo señala el Acuerdo que establece las bases para la instrumentación del Programa de Certificación de Hospitales, en su artículo tercero, fracción VII.

En marzo de 2001 el programa entró en receso en su fase de evaluación (únicamente se recibían solicitudes de inscripción). La Evaluación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales propuesta por el CSG y la Subsecretaría de Innovación y Calidad se llevó a cabo entre marzo y julio de 2001 con el objetivo de mejorar el modelo y modificarlo para garantizar un proceso transparente y mejor controlado. Los resultados de la evaluación señalaron algunas oportunidades de mejora; entre las más relevantes se incluyen las siguientes:

a) Incentivos y costos. El subsidio económico fue quizá el principal incentivo para realizar la evaluación en las primeras etapas; sin embargo, aunque menor, el costo a pagar por el hospital fue considerado como gasto y no como inversión. Para el sector privado, el Reglamento para las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (mayo de 2000) estableció la contratación únicamente de hospitales certificados, aunque se difirió dos años la aplicación de dicha cláusula para que se certificaran.

b) Clasificación de hospitales. Conforme al número de camas y capacidad de respuesta, cada hospital decidió en qué tipo de clasificación inscribirse. Esto generó solicitudes inconsistentes entre el tipo de certificado que deseaban recibir y los recursos y la capacidad de respuesta reales.

c) Criterios. El capítulo de estructura era el más considerado para obtener la certificación, lo que disminuía bastante el peso que debería tener la verificación de procesos de las funciones sustantivas del hospital y de resultados. Un hospital podía alcanzar el mínimo para ser certificado con base en la cantidad de sus recursos y no en la calidad de sus procesos. Por otro lado, no existía una definición de valor ponderal

diferencial para cada criterio con una base reconocida. La única diferencia era la “importancia en la calidad de la atención”, y su valor era de 5 o 3 puntos, cuyo total se alcanzaba mediante una sumatoria simple de los subcriterios contenidos en el mismo.

d) Estandarización metodológica. Quizá la principal desventaja fue la variabilidad metodológica al evaluar al hospital. Si bien el instrumento de evaluación fue el mismo, la falta de indicaciones precisas por parte de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales a las agencias significó una variación metodológica no controlada, que de alguna forma hizo poco válida la comparación de resultados. Esta variabilidad se incrementó con la diferencia en los perfiles de los evaluadores de las agencias: desde médicos especialistas calificados con experiencia en el sector salud, hasta auditores empresariales sin experiencia en el sector.

Con los resultados, el CSG se dio a la tarea de reestructurar el modelo, con el fin de coadyuvar hacia la mejora de la calidad de la atención a la salud en el país. En resumen, los esfuerzos del CSG se enfocaron hacia los siguientes rubros:

- Garantizar la representación de las instituciones públicas de salud en la Comisión.
 - Establecer las reglas de operación para el funcionamiento de la Comisión.
 - Definir los perfiles profesionales de los evaluadores del programa y desarrollar un proceso de estandarización-capacitación para los mismos.
 - Invitar a las instituciones públicas y privadas a contar con evaluadores calificados entre su personal.
 - Separar los criterios de estructura de los de procesos y resultados, para la dictaminación y certificación de los establecimientos.
- 80 CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD**
- Elaborar un mecanismo de ponderación de los criterios, así como definir los niveles de cumplimiento.
 - Establecer la estructura administrativa que permitiera la organización y coordinación del programa.

Por tal motivo, se cambió el nombre de la Comisión, de acuerdo con el marco legal aplicable, a “Comisión para la Certificación de los Establecimientos de Servicios de Salud”, y se publicó el “Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica” en 2002. Se fortaleció la Comisión con la representación de los vocales del Consejo, instituciones de salud públicas y privadas, instituciones educativas, academias, Conamed y ANUIES, así como el Colegio Médico de México y el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de México.

Con el nuevo acuerdo, además de hospitales el programa se extendió a otros establecimientos como los de atención médica ambulatoria, psiquiatría, rehabilitación y hemodiálisis, entre otros. Los criterios de evaluación de los procesos de atención están definidos con un enfoque de calidad, reconocimiento de la satisfacción del usuario, cumplimiento de la normatividad establecida, medición del desempeño y aplicación de acciones de mejora continua, considerando los principios básicos de la gestión de calidad de ISO 9000. El tiempo de vigencia de la certificación es de tres años; las evaluaciones son gratuitas y voluntarias, y las lleva a cabo personal capacitado ex profeso, que realiza su trabajo de manera cruzada, es decir, ninguna persona del equipo puede evaluar un hospital de la institución a la que pertenece.

Para el desarrollo del presente programa se establecieron las siguientes premisas:

a) Que la certificación no sea el fin, sino el medio para la instrumentación de programas de mejora continua, a través de un proceso de evaluación y del compromiso de la propia organización.

b) Que las acciones de mejora de la calidad tengan por objeto a la población usuaria de los servicios.

c) Que el programa de certificación sea:

- auditable
- válido
- confiable
 - por su metodología
 - por su especificidad

- por su administración

d) Que sea plausible:

- por la honestidad de sus participantes
- por la experiencia de sus dictaminadores
- por la imparcialidad de quien certifica
- por el reconocimiento de la sociedad

El modelo público desarrollado contiene las siguientes definiciones y conceptos:

- Criterio. Especificación del desempeño esperado de una acción o serie de acciones.
- Ponderación. Valor asignado a cada criterio de proceso o resultado (cuadro II).
- Calificación. Valor otorgado a cada criterio por el evaluador, quien mide de acuerdo con los hallazgos señalados en cuadro III.

Cuadro II
Detalle de la ponderación de los criterios de procesos y resultados
para la certificación de los diferentes establecimientos de atención médica

Ponderación	Definición
1	Compromete la percepción del paciente hacia la calidad de los servicios prestados
2	Compromete el prestigio de la institución hospitalaria frente a la sociedad civil
3	Compromete el desarrollo de los procesos
4	Compromete la efectividad del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación del paciente
5	Compromete la vida del paciente

Cuadro III
Detalle de los requisitos para calificar cada criterio de procesos y resultados
para la certificación de los diferentes establecimientos de atención médica

Calificación	Definición
0	No existe evidencia documental
1	Existencia de evidencias y conocimiento del proceso por sus participantes
2	Existencia de evidencias, conocimiento y aplicación del proceso por sus participantes
3	Existencia de evidencias, conocimiento, aplicación y registro del proceso
4	Existencia de evidencias, conocimiento, aplicación, registro y seguimiento y mejora del proceso

- **Dictaminación.** Acto por el cual los integrantes de la Comisión emiten un juicio sobre los resultados de la evaluación, en apego al grado de cumplimiento de los criterios del programa.

- **Certificación.** Acto de validación de la dictaminación que se refleja en la emisión de un documento que establece su temporalidad, así como las áreas de oportunidad donde se deberán efectuar acciones de mejora de la calidad.

Los nuevos criterios están organizados de acuerdo con los diferentes departamentos o servicios que puede tener un establecimiento de atención médica, con un enfoque dirigido a evaluar los procesos de atención. Se considera a los procesos como la columna vertebral de la certificación; éstos deben definirse en el deber ser de una organización y deben operarse en consonancia.

3.4 Avances

Actualmente, tanto los servicios de salud públicos como los privados atraviesan una coyuntura entre el pasado y el futuro como consecuencia de las reformas políticas, legales y organizacionales, además del portentoso avance tecnológico y el incremento de la demanda y la participación social, lo cual de manera directa o indirecta ha modificado en forma irreversible la prestación de los servicios, que desde hace poco más de 60 años no habían sufrido cambios tan significativos.

Esta demanda, y las que en el futuro se presenten, estarán mejor atendida por aquellas unidades que se encuentren en las mejores condiciones de organización y gestión para la oferta de servicios competitivos, que rebasen las expectativas de los usuarios y compradores de servicios de atención médica, y que, por consiguiente, demuestren una contribución al mejoramiento de la salud colectiva e individual.

Al señalar el Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa de Certificación en cuanto a la ampliación a otros establecimientos de atención médica, la Comisión estableció grupos de trabajo formados con representantes del IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, y con la participación de expertos del Centro Nacional de Rehabilitación, del DIF, del Instituto Mexicano de Psiquiatría y del Comité Permanente de la Insuficiencia Renal Crónica de la Academia Nacional de Medicina, quienes definieron, además de los criterios para hospitales, los correspondientes a los establecimiento de atención médica psiquiátrica, ambulatoria y de rehabilitación. El número de criterios por cada tipo de establecimiento se detalla en el cuadro IV.

Cuadro IV
Número de criterios de Estructura o Procesos y resultados
para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, según su tipo

Tipo de establecimiento	Número de criterios de estructura	Número de criterios de procesos y resultados
Hospitales	363	208
Atención médica psiquiátrica	221	151
Atención médica ambulatoria	343	82
Atención médica de rehabilitación	176	96
Atención médica de hemodiálisis	102	78

Por otro lado, considerando que las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, además de incrementar el costo social de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad, junto con los días de hospitalización y el gasto hospitalario, y reconociendo que este tipo de infección es

una complicación en la que se conjugan diversos factores de riesgo susceptibles de prevenir en la mayoría de los casos, la Comisión reforzó el instrumento utilizado en hospitales, incluyendo criterios tanto de estructura como de procesos y resultados, para garantizar las condiciones indispensables de seguridad de los pacientes en los servicios de urgencias, salas de atención de partos, atención neonatal, quirófanos y hospitalización. En especial, se hizo hincapié en que los sistemas de infusión intravenosa de soluciones parenterales cuenten solamente con envases de sistemas cerrados, ya que se ha hecho evidente en otros países que esta medida ha contribuido de manera sustancial en la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

La seguridad de los pacientes, definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, está en la agenda de los sistemas de salud del todo el mundo y de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población. La publicación que más ha contribuido en los últimos años a poner en las agendas nacionales e internacionales el tema de la seguridad del paciente fue “To err is human: building a safer health system”.

En el programa de certificación se incluyeron criterios para los establecimientos correspondientes, relacionados con la resolución tomada por la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, en seguimiento a los acuerdos de la 55ava Asamblea Mundial de la Salud de 2002, y que se denominó “Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes”, la cual contempla las siguientes cinco acciones:

1. Servicios limpios son servicios seguros y se orienta al estudio y control de las infecciones intrahospitalarias.
2. Pacientes por la seguridad de los pacientes, enfocada a estimular la movilización y apropiación de la seguridad por sí mismos.
3. Taxonomía de la seguridad del paciente, tema relacionado con la estandarización de los conceptos empleados.
4. Investigación.
5. Informando y aprendiendo.

Entre los diversos criterios a evaluar para garantizar la seguridad del paciente dentro del programa de certificación, se contemplan los de tipo estructural para contar

con medios y recursos necesarios que garanticen espacios limpios y seguros; abasto de materiales suficientes para la disposiciones de residuos biológico peligrosos; y el adecuado aseo del propio personal proveedor de la atención directa a los pacientes; establecimiento y evaluación de procesos enfocados a la capacitación del personal de salud en todos sus ámbitos de participación; educación y orientación para el paciente y para su familia en cuanto a medidas higiénicas, el suministro adecuado de medicamentos y soluciones, la identificación oportuna de riesgos para garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en los establecimientos de atención médica; además de todo lo relativo a contar con comités específicos para el análisis, estudio e investigación de los factores que induzcan a la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias o accidentes en perjuicio de los pacientes.

3.5 Resultados

El interés de las instituciones por el programa es evidente, ya que a partir de junio de 2012 participan 862 establecimientos de atención médica, distribuidos de la siguiente manera: 242 de la SSA, 360 del IMSS, 100 del ISSSTE, 136 Privados, 48 de otras instituciones de seguridad social y seis universitarios. Se han dictaminado 368, de los que se han certificado 346 (cuadro V).

Cuadro V
Establecimientos de atención médica participantes en el
Programa Nacional de Certificación, según avance

Institución	Inscritos	Autoevaluación cumplida	Evalutados y dictaminados	Certificados
SESA's	242	80	72	65
IMSS	360	220	173	164
ISSSTE	100	45	21	18
PEMEX	15	12	7	7
SEDENA	7	7	7	7
SEMAR	13	8	8	8
Privados	136	80	70	67
Universitarios	6	5	4	4
Hospital del Magisterio	2	2	2	2
Inst. de seg. soc. estatal	6	3	2	2
DIF	7	1	1	1
SCT	1	1	1	1
Totales	862	464	368	346

* Incluye hospitales generales, de especialidad, psiquiátricos y de rehabilitación

Un análisis de los resultados de la evaluación a partir de la reestructuración del Programa ha mostrado que los criterios de estructura considerados indispensables en hospitales y que con mayor frecuencia ha sido necesario corregir son los descritos en el cuadro VI.

Cuadro VI
Criterios de Estructura indispensables que presentan menor cumplimiento en los hospitales

Criterio indispensable
● Médico especialista capacitado para resolver urgencias los 365 días del año
● Enfermera capacitada en RCP avanzado adulto en urgencias los 365 días del año
● Desfibrilador en urgencias
● Sistema de intubación en urgencias
● Estuches de diagnóstico en hospitalización y urgencias
● Baumanómetro en hospitalización

De igual manera, en el caso de hospitales, en cuanto a los criterios de procesos cuya ausencia pone en riesgo la vida del paciente, se han identificado como faltantes los correspondientes a servicios de alto impacto para la atención de pacientes graves; servicios para la atención de la mujer embarazada y su producto; los servicios de pediatría y imagenología cuando se hacen estudios con administración de medios de contraste (cuadro VII). En los criterios de resultado, el indicador de calidad que generalmente no se cumple es el cálculo de la tasa ajustada de mortalidad, mismo que en la literatura se considera un buen proxy de la calidad hospitalaria.

Cuadro VII
Criterios de Procesos y resultados que identifican cuándo se pone en riesgo la vida del paciente y que presentan menor cumplimiento en los hospitales

En servicio de urgencias

- Actividades a realizar al recibir pacientes con lesiones que rebasen la capacidad técnica del hospital
- Proceso de referencia contrarreferencia
- Que 90% de los pacientes que llegan a urgencias con lesiones o traumatismos que ponen en riesgo su vida sean atendidos inmediatamente

En servicio de ginecoobstetricia

- Indicaciones para la realización del legrado uterino instrumentado
- Procedimientos que pueden poner en peligro la vida de la madre o la del producto
- Indicaciones para practicar una cesárea

En el servicio de pediatría

- Reanimación inmediata del recién nacido en tococirugía
- Evaluación oportuna y especializada del recién nacido por personal calificado

En el servicio de imagenología

- Existen procedimientos por escrito que establezcan las acciones a seguir en caso de que un paciente presente reacciones adversas al medio de contraste

En resumen, la certificación de los establecimientos de atención médica, como una estrategia hacia la calidad, persigue el establecimiento de acciones de mejora continua. Esto, tanto de la estructura como de los procesos involucrados en los diferentes servicios que ofrece la organización, siempre en función de las expectativas de sus usuarios, tanto internos como externos, con una adecuada y comprometida participación de todos los involucrados y con directivos líderes en la definición, conducción y logro de los objetivos planteados.

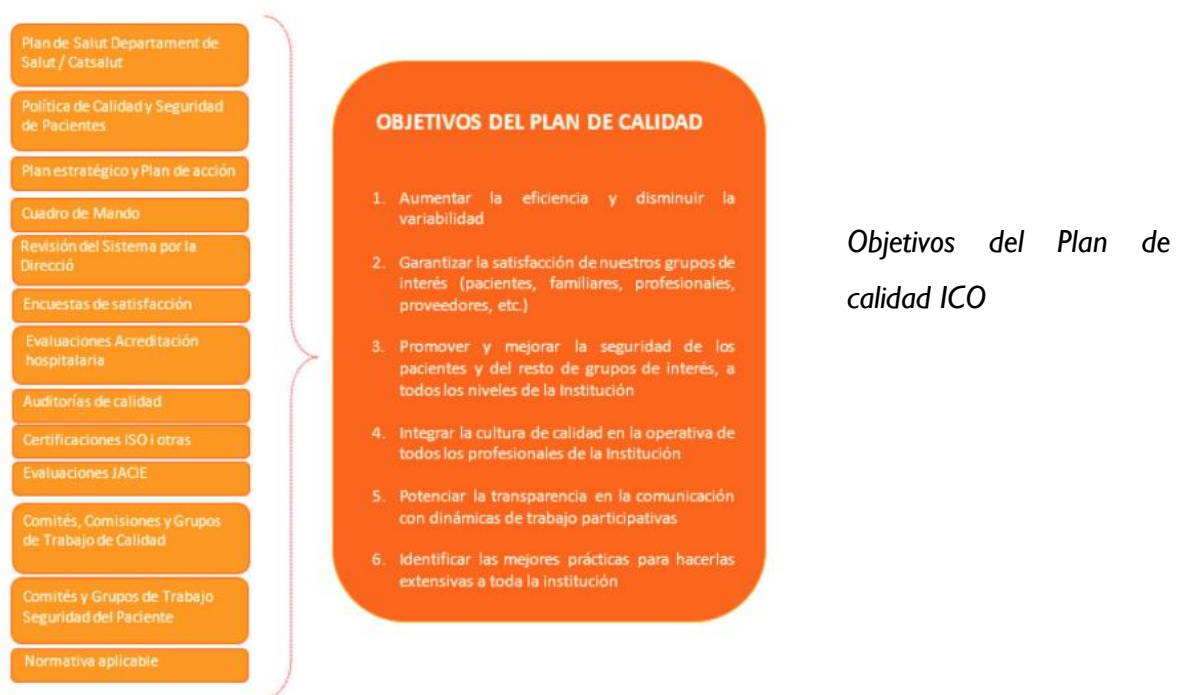
3.6 Caso práctico: La experiencia del Institut Català d'Oncologia

En el Institut Català d'Oncologia (en adelante ICO) la calidad forma parte de la estructura directiva de la Institución. Su participación, como miembro del comité ejecutivo, le permite posicionarse como elemento estratégico clave para la toma de decisiones.

Esta capacidad ejecutiva permite el establecimiento de una política de calidad centrada en tres ejes principales y alineada con la misión, visión y valores institucionales I5:

- La mejora de la calidad de los servicios sanitarios
- La mejora de la calidad en gestión
- La satisfacción de los pacientes

Para la elaboración del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, atendiendo al concepto de modelo de calidad corporativa, se han tenido en consideración una serie de trabajos, documentos y datos previos que han permitido la definición de los objetivos de calidad y las líneas de trabajo y las diferentes acciones a desarrollar para alcanzarlos.



Los objetivos descritos se desarrollan en una serie de actividades que permitan su consecuci3n, siempre alineadas con las líneas estratégicas de la Instituci3n.

El detalle de la planificación de los objetivos específicos propuestos en el ICO y su desarrollo en las actividades a realizar podrían concretarse en los puntos descritos a continuación.

I. Aumentar la eficiencia y disminuir la variabilidad

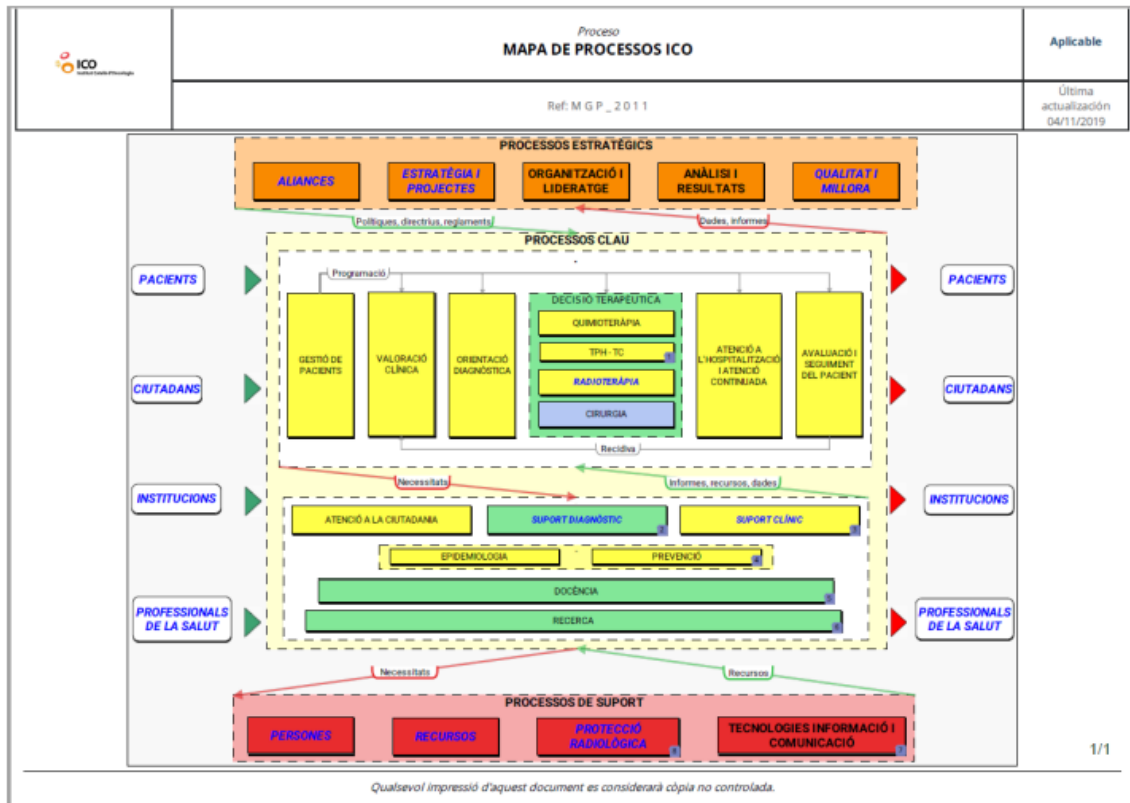
Consolidar el modelo corporativo integrado de gestión y mejora de la calidad

- ✓ **Acreditación hospitalaria:**
 - Desarrollar un nuevo modelo de responsabilidades en relación con las normas de acreditación vinculadas a las áreas de competencia.
 - Elaborar y desplegar el plan de trabajo para el mantenimiento de los requisitos de acreditación hospitalaria.

- ✓ **Sistema Integrado de Gestión y Mejora de la Calidad con carácter corporativo que nos facilitará la consecución de los diferentes sistemas de calidad (Acreditación, ISO, JACIE u otros):**
 - Representar gráficamente los procesos y procedimientos de los diferentes campos a través de la herramienta corporativa de diagramación (PYX4) en todas aquellas áreas de aplicación de la norma ISO 9001:2015 y aquellos ámbitos que lo soliciten.
 - Implementación de la herramienta de mejora para el seguimiento de incidencias y/o no conformidades de toda la institución.
 - Revisión de la documentación del sistema de gestión de la calidad para adaptarlo a los cambios organizativos de la institución y cumplir con los requisitos de validez (política de calidad, plan de calidad...).
 - Fomentar la conciencia de un Sistema Integrado de Gestión y Mejora de la Calidad para garantizar una metodología y seguimiento acorde con las decisiones tomadas por los órganos de gestión.

Avanzar en la definición, difusión y despliegue del modelo corporativo integrado de gestión y mejora de la calidad

- ✓ Implantar el Sistema Integrado Corporativo de Gestión y Mejora de la Calidad basado en la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 en nuevas áreas:
- Ampliar el proceso de prescripción QMT a la administración dentro de la certificación ISO.
 - Iniciar la gestión por procesos según criterios ISO 9001:2015 en el área de Compra Pública (Compras y Contrataciones)
 - Incorporar el seguimiento del TPH (JACIE) en Badalona, L'Hospitalet y la expansión en Girona y Tarragona desde Calidad Corporativa con un referente experto.
 - Reorientación de la gestión de la calidad ISO en el área de gestión de personas
 - Seguimiento de los resultados de todos los sistemas de indicadores, incidencias, no conformidades, por parte de los grupos de trabajo, comités y comités constituidos.
 - Realizar las auditorías internas de los servicios certificados por la norma ISO 9001-2015, con los nuevos miembros.
 - Aumentar el equipo de auditores internos y reconocer institucionalmente la participación de los profesionales en el despliegue del sistema de gestión de la calidad.



2. Garantizar la satisfacción de nuestros grupos de interés (pacientes, familiares, profesionales, proveedores, etc.)

- ✓ Garantizar la satisfacción de los clientes externos sobre la atención recibida y los servicios prestados.
 - Incorporar los requisitos de la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 al Proyecto para la implantación del plan de gestión de los grupos de interés. Coordinar, junto con la Dirección de Estrategia y Responsabilidad Social Corporativa, a los grupos de interés constituidos en los tres centros.
 - Incorporación de la voz de los pacientes en los procesos clave de la institución: Constitución del Grupo de Pacientes ICO.
 - Medición de la satisfacción de pacientes y familiares atendidos en la Unidad Funcional de Mama. Constitución del grupo focal sobre pacientes con cáncer de mama.

- Resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares (atención hospitalaria, consultas ambulatorias, dispensación de medicamentos, hospital de día, hospital de 24 días, tratamientos de oncología radioterápica/braquiterapia, unidad de atención continuada onco-hematológica).
 - Encuestas de satisfacción de destacados profesionales de otras instituciones, en relación con los procesos del sistema integrado de gestión y mejora de la calidad corporativa.
 - Seguimiento mensual de las quejas, reclamaciones y sugerencias por el Grupo de Supervisión.
 - Desarrollo del Plan de Acción para las áreas de mejora detectadas.
- ✓ Garantizar la satisfacción de nuestros profesionales
- Analizar la percepción de los clientes internos sobre la atención recibida y los servicios prestados:
 - Encuestas internas de satisfacción del cliente de los procesos del sistema integrado de gestión corporativa y mejora de la calidad.
 - Proyecto de estandarización de las encuestas de satisfacción de los profesionales de la institución y elaboración del cuestionario on-line.
 - Elaboración de cuestionarios on-line que midan la satisfacción de los clientes internos.
 - Desarrollar un plan de acción para las áreas de mejora detectadas
- ✓ Coordinar el calendario de todas las encuestas de satisfacción de la institución.

3. Promover y mejorar la seguridad del paciente

- ✓ Garantizar el funcionamiento de los diferentes grupos de trabajo constituyentes, así como las acciones de trabajo definidas en cada grupo.
- Grupo de Seguridad del Paciente – Prevención de Caídas:
 - Publicación y difusión en hospitalización del procedimiento mecánico de contención.

- Difusión a hospitalización del procedimiento de prevención de caídas.
 - Integrar al menos una estrategia para reducir el riesgo de caídas.
 - Educación e implicación de pacientes y familias (seguimiento).
 - Integrar el riesgo de caída en nuestra práctica diaria (seguimiento).
- Grupo de seguridad del paciente – Prevención de errores de medicación:
- Verificación del cumplimiento de los procedimientos implementados:
 Medir el grado de implementación del protocolo de seguridad para medicamentos de alto riesgo.
 Medir el grado de implementación del protocolo para la conciliación de la medicación con el alta de los pacientes.
 - Aplicación y medición de los procedimientos.
 Procedimiento para órdenes verbales médicas y de enfermería.
 Procedimiento de control de temperatura para refrigeradores de medicamentos en unidades de enfermería y hospital de día.
 - Actualizar los procedimientos actuales:
 Adaptación del procedimiento de alto riesgo a la Guía del Departamento de Salud para el manejo de fármacos de alto riesgo.
 - Plan de mejora del cuestionario ISMP para obtener resultados más bajos.
- Grupo de seguridad del paciente – Sangre o transfusiones hemo-derivadas:
- Acciones formativas en todos los centros:
 Notificaciones de reacciones adversas.
 Protocolos de recordatorio del personal médico de hemo-derivados irradiados.
 - Implementar en TODOS los centros de alarma SAP por prescripción irradiada.
 - Incidentes del objetivo 0 relacionados con hemo derivados irradiados.

- Grupo de Seguridad del Paciente – Identificación:
 - Aumentar el número de unidades con resultados >90% de identificación de pacientes.
 - Realizar ≥ 2 cortes de observación directa sobre el cumplimiento del protocolo de identificación inequívoca.
 - Realizar ≥ 2 cortes de observación directa en el cumplimiento del protocolo de identificación activa.
 - Elaboración y difusión de PNT de identificación de muestras biológicas.

- Grupo de seguridad del paciente – Prevención y control de infecciones nosocomiales:
 - Prevención de bacterias relacionadas con el catéter.

Monitorización periódica de bacteriemia relacionada con el catéter venoso.

Establecer medidas para mejorar las tasas de bacteriemia según los resultados de cada centro.

Revisión de los procedimientos de extracción hemocultiva.

Revisión de los procedimientos de cuidado y mantenimiento del catéter (CAP, CVC y periféricos).

Elaboración de un díptico sobre el cuidado y vigilancia del apósito CVC.

Monitorear bacteriemia CVC en pacientes trasplantados (JACIE) Sin catéteres.
 - Higiene de manos.

Mantener las acciones de datos / oportunidades > 70% en los 3 centros.

Evaluación de conocimientos sobre higiene de manos para profesionales sanitarios.

Seguir el Modelo de Plan de Acción según los resultados de la Autoevaluación del Centro.

Cambiar la señalización de los 3 centros.

Prueba piloto en la unidad de hospitalización ICO de Hospitalet con nuevo dispositivo con dispensadores que identifican. Con la colaboración de VINCAT.

- Aislamiento.
 - Formación del personal relacionado con la asistencia sanitaria en relación con las precauciones de aislamiento.
 - Optimizar la indicación del circuito de precauciones de aislamiento, registro y monitoreo.
 - Informar de las tasas de LA y el número de aislamientos realizados según el microorganismo.
- Control microbiológico ambiental.
 - Procedimientos de revisión en relación con la vigilancia ambiental en los tres centros.
 - Recoger los resultados de los cultivos de agua y aire de los tres centros.
- Grupo de Seguridad del Paciente – Úlceras por presión (UPP):
 - Realizar \geq 1 corte observacional directo del registro UPP al pie de la cama, comparándolo con los registros GACELA/ SIRENA con el fin de evaluar si los registros se realizan correctamente en los tres centros. Evaluar indicadores de cumplimiento del protocolo.
 - Reducir la tasa estándar de los indicadores establecidos.
 - Tasa de evaluación del riesgo de úlcera por presión (EMINA).
 - Tasa de pacientes con úlceras por presión adquiridas durante la estancia hospitalaria (Grado I, II, III, IV).
- ✓ Garantizar el despliegue de acciones de trabajo comunes en todos los grupos
 - Desarrollar un plan para mejorar el modelo de seguridad del paciente según los resultados de la autoevaluación.
 - Seguimiento de los sistemas de registro de eventos adversos y sistemas de información:
 - Herramienta TPSCloud – Millora'm (propio del ICO) (Acordar criterios de registro en herramientas de notificación).
 - Extenderse a los centros de gestión de riesgos.

- Promover la sensibilización y gestión del conocimiento relacionado con la seguridad del paciente: Resultados de las rondas de seguridad: acciones implementadas y su efectividad.
 - Formación presencial en seguridad de medicamentos dirigida a enfermería y facultativos.
 - Mejorar la comunicación interna sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente.
 - Realizar el procedimiento para el tratamiento de las segundas víctimas y la comunicación de eventos adversos.
 - Cultura de seguridad del paciente en radioterapia: cuestionario SENECA.
 - Incorporar Tarragona a los grupos.
- ✓ Incorporación de nuevos equipos que innovan en aspectos relacionados con la calidad, la seguridad del paciente (nuevos equipos de radioterapia, braquiterapia, física, etc.).
- Garantizar la contratación y compra de los sistemas de seguridad del paciente más avanzados, así como que las empresas proveedoras dispongan de certificaciones de calidad de los productos y/o servicios que ofrecen.

4. Integrar la cultura de calidad en las operaciones de todos los profesionales de la institución

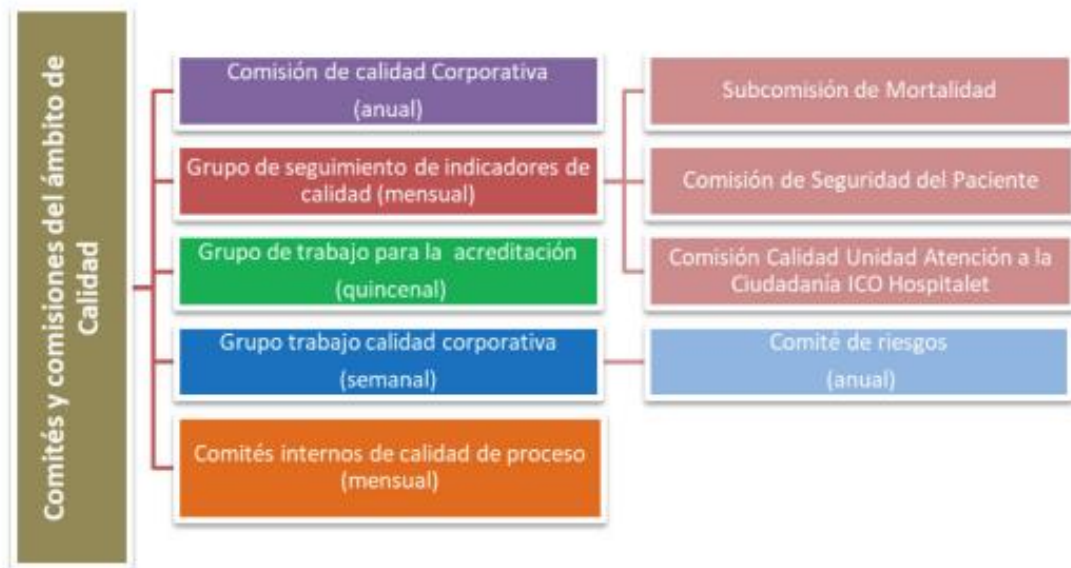
- ✓ Aplicar la metodología de seguimiento y mejora continua en las diferentes áreas de la institución:
- Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos e instalaciones de electromedicina de todos los centros ICO.
 - Plan de contingencia corporativo.
 - Evaluar a los principales proveedores de la institución, de acuerdo con los criterios establecidos por Suministros.
 - Proyecto de identificación de las necesidades de auditoría documental de los procesos sanitarios.

- ✓ Promover el conocimiento interno a través de la capacitación:
 - Capacitación en acreditación hospitalaria.
 - Sistema de Gestión de calidad basado en la norma UNE-EN-ISO 9001:2015.
 - Capacitación en análisis de riesgos y análisis de causa de origen.
 - Auditores Internos del Sistema de Gestión de la Calidad.
 - Formación en procesos y herramientas de gestión del Sistema de Calidad Corporativa.
 - Capacitación en segundas víctimas.
 - Formación específica en calidad para los miembros del grupo de trabajo de calidad corporativa.

5. Promover la transparencia en la comunicación con dinámicas de trabajo participativas.

- ✓ Fomentar la participación de los profesionales en el análisis y mejora de los procesos.
 - Redefinir el modelo de trabajo en comités y comités de calidad:
 - Comité corporativo de calidad: Establecer los objetivos anuales de calidad de la institución y supervisarlos.
 - Grupo de seguimiento de indicadores básicos de calidad: Monitorear los indicadores, informar a las direcciones de salud y hacer propuestas de mejora en todas las áreas de gestión.
 - Grupo de Trabajo de Acreditación Hospitalaria: Lograr la acreditación de acuerdo con los requisitos del Departamento de Salud.
 - Grupo de trabajo de calidad corporativa y comité de riesgos de calidad corporativa: Objetivo del comité de riesgos: Determinar los riesgos de los procesos y acciones de control con el fin de eliminar los riesgos o reducir la gravedad de sus efectos, su probabilidad de ocurrencia o aumentar la probabilidad de detección.

- Comités internos de calidad de servicios certificados con ISO: Monitorear sus sistemas de gestión de calidad, a través de sus indicadores, para ayudarles a tomar decisiones de mejora continua.
- Recursos de calidad. La Dirección de Calidad está compuesta por un directivo y técnicos formados en calidad que son los que realizarán la metodología, seguimiento y dinamización del plan de calidad, pero es muy relevante contar con los profesionales asistenciales de cada ámbito, así como con los directivos del centro para alcanzar la consecución de los objetivos marcados.



- ✓ Promover acciones y difundir los resultados en el ámbito de la calidad internamente.
- Actualizar el contenido de la sección de calidad de la intranet.
- Difundir los resultados clave de calidad.
- Mantener el blog de calidad.
- Incorporar temas de calidad en el plan de comunicación institucional.

6. Identificar las mejores prácticas para que sean extensas en toda la institución

✓ Promover la visibilidad del campo de la calidad.

Mejorar la percepción de la sociedad y los grupos de interés en el área de influencia del ICO sobre su calidad y prestigio:

- Participar en la Conferencia de Resultados Oncológicos para Ciudadanos en Aspectos de Calidad (septiembre 2019).
- Presentación de comunicaciones a la sociedad catalana de calidad asistenciales.
- Presentación de comunicaciones en la jornada de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
- Presentación de trabajos a otras conferencias científicas.
- Participación en programas de formación de otras instituciones explicando el modelo de gestión de la calidad del ICO.
- Participación en programas de formación internos explicativos del modelo de gestión de la calidad del ICO.

✓ Promover el benchmarking entre centros. Acordar nuevos indicadores y criterios entre todos los centros ICO:

- Auditores internos cruzados de los procesos que han implantado el Sistema Integrado Corporativo de Gestión y Mejora de la Calidad basado en la norma UNE-EN-ISO 9001:2015, para crear sinergias de trabajo entre los grupos. Auditorías cruzadas internas entre servicios.
- Despliegue de los Planes de Mejora definidos a partir de los resultados evaluados a través de la auditoría y definición del proceso de evaluación.
- Seguimiento y comunicación, en las Direcciones, de los Resultados de Calidad.
- Seguimiento acreditaciones JACIE integradas en el sistema de gestión de la calidad.
- Incorporación de las fichas de obtención de indicadores en el catálogo de indicadores corporativos.

- Continuar con el análisis de la variabilidad clínica con la incorporación de nuevas patologías de los servicios ICO de oncología radioterápica y servicios europeos de Oncología Radioterápica.

Con este apunte sobre los diferentes sistemas de gestión de la calidad que comúnmente se aplican en el ámbito hospitalario hemos pretendido poner en relieve la importancia que para una organización tiene -hoy en día- el desarrollo de la calidad en sus líneas estratégicas.

Junto con la orientación a la gestión por procesos -y alineando el servicio a las necesidades de los grupos de interés- hemos esbozado la experiencia derivada del trabajo continuo en nuestra institución, según la cual, la organización de la calidad en un centro hospitalario debería pasar por la existencia de un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobado por el Comité de Dirección, donde situar aquellos objetivos derivados de las evidencias proporcionadas por los diferentes sistemas de gestión de la calidad que la organización tenga implementados y una estructura organizativa de la calidad orientada en comités y comisiones de profesionales, que con el soporte de los técnicos de calidad de la institución harán posible la consecución de los objetivos marcados.

Es importante que el Plan de Calidad contemple el cómo se van a medir los objetivos y el seguimiento mediante indicadores precisos de los elementos más sensibles del ámbito de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

César Camisón, Sonia Cruz y Tomás González Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas PEARSON EDUCACIÓN, S. A., Madrid, 2006

HARRINGTON H. James “Mejoramiento de los procesos en la empresa”, Ed. McGraw-Hill, Colombia, 1995.

RUIZ Canela y LÓPEZ José “La Gestión por Calidad Total”, Ed. Alfa Omega, México, 2004.

BarquínCalderón, M. *Dirección de Hospitales*. 7ª edición. McGraw Hill Interamericana. México, 2004.

Bohigas, L. «Acreditación de hospitales y utilización de medicamentos». En Lacasa, C., Humet, C., Cot, R. *Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Sociedad Española de Calidad Asistencial. AESO, S.L. Barcelona, 2001.

El Juramento Hipocrático. https://wikipedia.org/wiki/juramento_hipocratico (consultado octubre 2024).

Aguirre-Gas H (1993). *Calidad de Atención Médica*. México DF: Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, pp.166–206.

Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.

IOM (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America & IOM: National Academy Press.

Ross A, Luis J, Infante A (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*; 8(1):93–8.