

APLICACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SISTEMAS DE
SALUD
UNIDAD II.
(CUADRO SINOPTICO).

Alumna: Paola Jazmín Monzón Hernández

Parcial: 1ero.

Cuatrimestres: 4°

Docente: Mabel Domínguez.

Materia: Administración de la calidad en Sistemas de Salud

Fecha: 18 de octubre 2024

GESTION EN LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

GESTIÓN EN LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La Gestión de Calidad en los Servicios de Salud representa un conjunto de prácticas y procesos destinados a asegurar que la atención médica proporcionada cumpla con los más altos estándares de calidad y seguridad. Es un enfoque holístico que abarca desde la planificación y ejecución de los procedimientos clínicos hasta la gestión eficiente de los recursos y la atención centrada en el paciente.

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

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.

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.

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. 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.

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.

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; 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. 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.

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, estas acreditaciones se basan en una autoevaluación que realizan los centros en función de unos estándares a cumplir 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.

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.

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.

La calidad es fundamental en un hospital y así debe identificarse en los objetivos que los directivos se propongan.

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD UTILIZADOS EN HOSPITALES

JOINT COMMISSION

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 por 165 organismos nacionales de normalización. 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).

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:

1. Orientación al cliente
2. Liderazgo
3. Compromiso de las personas
4. Enfoque a procesos
5. Mejora
6. Decisiones basadas en evidencias
7. Gestión de las relaciones

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.

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, 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?

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).

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».

OTROS

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:

1. Los premios de Calidad Malcolm Baldrige
2. Premio Deming a la calidad total
3. La metodología Lean Six Sigma

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

1. Defectos.
2. Sobreproducción.
3. Esperas.
4. Talento no utilizado.
5. Transportes innecesarios.
6. Inventarios no dimensionados.
7. Movilidad innecesaria.

GESTIÓN POR PROCESOS EN UN HOSPITAL

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

¿En sanidad, tradicionalmente, la sistemática organizacional 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.

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.

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, abre el campo para la utilización de la gestión por procesos en el ámbito hospitalario.

CONCEPTO DE «PROCESO»

Para la Real Academia Española, un proceso es: 1. 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..

TIPOS DE PROCESOS

Los procesos de una organización 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:

1. 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,
2. 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,
3. 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.

MAPA DE PROCESOS

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:

1. IDEF (Integration Definition for System Modelling) que permite la representación gráfica estructurada de las actividades y datos que se realizan en una organización.
2. 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.

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.

IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

JOINT COMMISSION

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.

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 son entornos muy tensionados, con un gran volumen de actividad que obliga a una cuidadosa 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:

1. Priorizar aquellos procesos que afecten a mayor número de usuarios/clientes/pacientes.
2. Iniciar el proyecto por aquellos procesos que necesitan mejorar.
3. Llevar a cabo los procesos con expectativas rápidas de éxito.
4. 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. Es determinante elegir un miembro de la Dirección como «propietario» del proceso y designar a un profesional para responsabilizarse del proyecto. 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. 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.

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 II: 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. 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. 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.

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.

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.

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 III: 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.

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, la reevaluación del riesgo, la realización de auditorías, el análisis del entorno 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 de vital importancia la comunicación de los resultados obtenidos, tanto a la 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 IV. 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 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.

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.

ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL

ESTRATEGIAS Y POLITICAS 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.

Se deben 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.

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:

1. Comisión de calidad: grupo permanente, de carácter técnico, que se reúne de manera periódica y tiene una composición estable ☑
2. 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).
3. 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 ☑
4. Comisiones clínicas.
5. Círculos de calidad: formados por profesionales voluntarios para abordar aspectos relacionados con la calidad de forma concreta y específica

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:

1. Aumentar la eficiencia.
2. Disminuir la variabilidad.
3. Garantizar la satisfacción de los grupos de interés.
4. Promover y mejorar la seguridad de los pacientes (y de todos los grupos de interés en todos los niveles de la institución).
5. Integrar la cultura de la calidad en la operativa de todos los profesionales de la institución.
6. Potenciar la transparencia en la comunicación, con dinámicas de trabajo participativas.
7. 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.

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.

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 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. Estos datos se obtienen a través de indicadores definidos ad hoc, registros de actividad, auditorías documentales o de proceso, cuestionarios de satisfacción.